

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO TRIÂNGULO MINEIRO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO *STRICTO SENSU* EM
ATENÇÃO À SAÚDE**

FLAVIA APARECIDA DIAS

**INDICADORES DE PROCESSO DA QUALIDADE DA
ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM AO IDOSO NA ATENÇÃO
PRIMÁRIA**

UBERABA-MG

2017

FLAVIA APARECIDA DIAS

**INDICADORES DE PROCESSO DA QUALIDADE DA
ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM AO IDOSO NA ATENÇÃO
PRIMÁRIA**

Tese apresentada à Universidade Federal do Triângulo Mineiro como requisito parcial para obtenção do título de Doutor em Atenção à Saúde.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Darlene Mara dos Santos Tavares

Coorientador: Prof. Dr. Zenewton André da Silva Gama

UBERABA-MG
2017

Dados Internacionais de Catalogação-na-Publicação (CIP)
(Biblioteca Frei Eugênio, Universidade Federal do Triângulo Mineiro, MG, Brasil)

D541i Dias, Flavia Aparecida, 1978 -
Indicadores de processo da qualidade da assistência de enfermagem ao idoso na atenção primária/Flavia Aparecida Dias. -- 2017.
394f.: il.; tab.
Tese (Doutorado em Atenção à Saúde) – Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Uberaba, 2017.
Orientadora: Prof^ª. Dr^ª. Darlene dos Santos Tavares.
Coorientador: Prof. Dr. Zenewton André da Silva Gama.

1. Indicadores de qualidade em assistência à saúde. 2. Qualidade da assistência à saúde. 3. Cuidados de enfermagem. 4. Atenção Primária à Saúde. 5. Enfermagem Geriátrica I. Tavares, Darlene dos Santos. II. Gama, Zenewton André da Silva. III. Universidade Federal do Triângulo Mineiro. IV. Título.

CDU 616-083.98

FLAVIA APARECIDA DIAS

**INDICADORES DE PROCESSO DA QUALIDADE DA ASSISTÊNCIA DE
ENFERMAGEM AO IDOSO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA**

Tese de Doutorado apresentada à Universidade Federal do Triângulo Mineiro como requisito parcial para obtenção do título de Doutor em Atenção à Saúde. Área de concentração: Saúde e enfermagem.

Aprovada em 09 de fevereiro de 2017.

Prof^a. Dr^a. Darlene Mara dos Santos Tavares
Universidade Federal do Triângulo Mineiro
Orientadora

Prof. Dr. Zenewton André da Silva Gama
Universidade Federal do Rio Grande do Norte
Coorientador

Prof^a. Dr^a. Angela Maria Alvarez
Universidade Federal de Santa Catarina
Membro

Prof^a. Dr^a. Elaine Thumé
Universidade Federal de Pelotas
Membro

Prof^a. Dr^a. Leiner Resende Rodrigues
Universidade Federal do Triângulo Mineiro
Membro

Prof^a. Dr^a. Sybelle de Souza Castro
Universidade Federal do Triângulo Mineiro
Membro

DEDICATÓRIA

Ao meu Deus, a quem sirvo de consciência pura (2 Tm 1:3), que me dá força confirmando a sua aliança (Dt 8:18).

À minha mãe, Nelma, pelas orações, pelo apoio e pelos cuidados do dia a dia sempre.

À minha irmã, Dani, pelas orações e pelo apoio.

Aos meus amigos em Cristo pelo companheirismo e pela amizade.

AGRADECIMENTOS

À FAPEMIG pelo apoio financeiro.

À Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais pela colaboração na avaliação dos indicadores.

Ao Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) e ao Departamento de Enfermagem Gerontológica da Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn) pela colaboração da validação dos indicadores.

À Secretaria Municipal de Saúde de Uberaba, em especial ao Departamento de Atenção Básica, pelo apoio nesta pesquisa.

Às enfermeiras do Departamento de Atenção Básica da Secretaria Municipal de Saúde e Estratégia Saúde da Família, que auxiliaram na discussão de etapas específicas do Projeto, em especial à Ana Paula Coelho Jardim e à Judete Silva Nunes pela disponibilidade e pelo auxílio.

Às equipes de Estratégia Saúde da Família, que colaboraram na etapa do estudo piloto.

À bibliotecária, Ana Paula Azevedo, pelo auxílio nas buscas bibliográficas e normas.

Aos secretários do Programa de Pós-Graduação em Atenção à Saúde, Daniele Cristina M. Machado e Fábio Renato Barboza, sempre disponíveis a nos auxiliar.

Aos profissionais da Unidade de e-Saúde da Gerência de Ensino e Pesquisa (GEP) do Hospital das Clínicas da Universidade Federal do Triângulo Mineiro pelo auxílio nas reuniões por videoconferência/skype.

Às minhas amigas Nayara Gomes e Nayara Martins pela colaboração no estudo piloto.

Aos meus colegas doutorandos pelo convívio neste período, em especial à Nayara Martins, Janaína, Maurícia, Sara, Fernanda, Pollyana, Alisson e Maycon pela valiosa amizade.

Aos professores que participaram do painel de validação pelo empenho e contribuições.

Ao Professor Doutor Vanderlei Haas pelos ensinamentos e orientações.

À Professora Doutora Sueli Riul pelas contribuições no modelo conceitual.

À Professora Doutora Angela Maria Alvarez pelas contribuições na fase final.

À Professora Doutora Elaine Thumé pelas contribuições nas etapas deste Projeto.

À Professora Doutora Sybelle Castro pelas contribuições na fase final.

À Professora Doutora Leiner Resende Rodrigues pelas contribuições.

Agradeço a todas as pessoas que de alguma forma estiveram comigo, sem elas nada disso seria possível.

AGRADECIMENTOS ESPECIAIS

Ao Professor Doutor Zenewton André da Silva Gama, coorientador deste estudo, pelos ensinamentos, disponibilidade e apoio. Obrigada pela confiança.

À Professora Doutora Darlene Mara dos Santos Tavares, orientadora deste estudo, pelo valioso ensino e dedicação nestes 10 anos, que se iniciaram na graduação.
Muito obrigada.

“A ciência nunca resolve um problema sem criar pelo menos outros dez.”

George Bernard Shaw

RESUMO

DIAS, Flavia Aparecida. **Indicadores de processo da qualidade da assistência de enfermagem ao idoso na atenção primária**. 2017. 394f. Tese (Doutorado em Atenção à Saúde) - Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Atenção à Saúde, Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Uberaba, 2017.

Os indicadores são em aspectos importantes na gestão dos serviços. Reforça-se a necessidade de priorizá-los na atenção primária. Os objetivos deste estudo foram elaborar um modelo conceitual para as dimensões do trabalho do enfermeiro na atenção primária ao idoso; converter em indicadores as atribuições específicas do enfermeiro estabelecidas pelo Ministério da Saúde e Secretaria do Estado de Saúde de Minas Gerais direcionadas a saúde do idoso na atenção primária; avaliar a validade de face, a terminologia, a validade de conteúdo e a necessidade dos indicadores propostos; testar os indicadores propostos em relação à confiabilidade; avaliar a viabilidade, a utilidade e a usabilidade dos indicadores. Trata-se de uma pesquisa metodológica, sendo as etapas baseadas no processo de desenvolvimento pelo *National Database of Nursing Quality Indicators* associadas ao *Agency for Healthcare Research and Quality*, a saber: revisão da literatura; desenvolvimento do modelo conceitual; envolvimento de especialistas; especificação inicial dos indicadores candidatos; painel de revisão, e; análises empíricas. O documentos selecionados referiam-se a publicações no período de 1994 a 2014. Este projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, parecer nº 1.058.438. O modelo conceitual identificou concepções específicas dos metaparadigmas. Foram construídos 21 indicadores, após reformulados totalizaram 22 indicadores validados pelo painel. Todas as medidas foram consideradas apropriadas, com conteúdo válido e obtiveram acordo acerca da terminologia e necessidade. O número de respostas concordantes pelos avaliadores nos 13 indicadores assistenciais testados obteve percentual de 93,3-100%. Dentre os 22 indicadores, apenas quatro indicadores foram avaliados como não disponíveis e não viáveis para serem coletados por ambos avaliadores. Apenas o indicador “monitoramento da mobilidade física dos idosos” obteve resposta negativa quanto a

utilidade para a qualidade da assistência de enfermagem. Obteve resposta negativa quanto à utilidade para qualidade da assistência apenas o indicador “monitoramento da condição de saúde do idoso”. Não foram considerados úteis para determinar o recebimento de incentivos financeiros 13 indicadores; na avaliação sobre a usabilidade para comparar os relatórios públicos entre as Estratégias Saúde da Família (ESFs) e o nível das áreas geográficas também obtiveram pontuação relativamente baixa pela gestão estadual seis indicadores. Diante destes dados, este estudo finaliza com a recomendação de implementação dos 22 indicadores: planejamento de atividades direcionadas à população idosa; monitoramento da condição de saúde do idoso; avaliação das ações de saúde direcionadas a população idosa; coordenação da equipe de enfermagem na atenção ao idoso; coordenação dos agentes comunitários de saúde na atenção ao idoso; cobertura da consulta de enfermagem ao idoso; avaliação do idoso na consulta de enfermagem; cobertura da consulta para rastreamento de diabetes mellitus; cobertura da consulta de enfermagem ginecológica; avaliação da idosa na consulta de enfermagem ginecológica; vacinação adequada ao idoso; utilização da caderneta do idoso nos atendimentos de enfermagem; cobertura da consulta de enfermagem ao idoso com diabetes mellitus; avaliação do idoso com diabetes mellitus na consulta de enfermagem; cobertura da consulta de enfermagem ao idoso com hipertensão arterial sistêmica; avaliação do idoso com hipertensão arterial sistêmica na consulta de enfermagem; cobertura da consulta de enfermagem ao idoso com sobrepeso/obesidade; avaliação do idoso com sobrepeso/obesidade na consulta de enfermagem; cobertura da consulta de enfermagem ao idoso com pressão arterial limítrofe; avaliação do idoso com pressão arterial limítrofe na consulta de enfermagem; prescrição de cuidados em Atenção Domiciliar 1; visita domiciliar em Atenção Domiciliar 1. Estes resultados podem contribuir para a gestão da atenção ao idoso redirecionando as ações realizadas pelo enfermeiro na atenção primária.

Palavras-chave: Indicadores de qualidade em assistência à saúde; Qualidade da assistência à saúde; Cuidados de enfermagem; Atenção Primária à Saúde; Enfermagem Geriátrica; Idoso.

ABSTRACT

DIAS, Flavia Aparecida. **Quality process indicators of nursing care for the elderly in primary care**. 2017. 394f. Thesis (Doctoral in Health Care) – Program Postgraduate *Stricto Sensu* in Health Care, Federal University of Triangulo Mineiro, Uberaba, 2017.

Indicators are important aspects of service management. It reinforces the need to prioritize them in primary care. The objectives of this study were: to elaborate a conceptual model for the dimensions of nurses' work in primary care for the elderly; to convert the specific nurse attributions established by the Ministry of Health and the State Secretary of Health directed to the elderly health in primary care; to evaluate the face validity, terminology, content validity and the need for the proposed indicators; test the proposed indicators in relation to reliability; to evaluate the feasibility, utility and usability of the indicators. This is a methodological research, the steps being based on the development process by the National Database of Nursing Quality Indicators associated to the Agency for Healthcare Research and Quality, to know: literature review; development of the conceptual model; involvement of specialists; initial specification of candidate indicators; review panel, and; empirical analyzes. The documents selected concerned publications from 1994 to 2014. This project was approved by the Research Ethics Committee of the Federal University of Triangulo Mineiro, no. 1,058,438. The conceptual model identified specific conceptions of metaparadigms. Were built 21 indicators; after restatements totaled 22 indicators validated by the panel; all measures were considered appropriate, with valid content and agreement on terminology and need. The number of responses agreed by the evaluators in the 13 care indicators tested had a percentage of 93.3-100%. Among the 22 indicators, only four indicators (borderline blood pressure and overweight / obesity) were evaluated as not available and not viable to be collected by both evaluators; with the exception of one indicator, the remaining considered available and feasible were highly recommended regarding the feasibility of collection. Only the indicator "monitoring the physical mobility of the elderly" obtained a negative answer as to the utility for quality of care. Were not considered useful for

determining the receipt of financial incentives 13 indicators; in the evaluation of the usability of the indicator to compare the public reports between the Family Health Strategies (FHS) and the level of the geographic areas also obtained relatively low score, by state management, six indicators. Based on these data, this study ends with the recommendation of implementation of the 22 indicators: planning of activities directed to the elderly population; monitoring the health condition of the elderly; evaluation of health actions directed to the elderly population; coordination of the nursing team in the attention to the elderly; coordination of community health agents in care for the elderly; coverage of nursing consultation for the elderly; evaluation of the elderly in the nursing consultation; screening coverage for diabetes mellitus screening; coverage of the gynecological nursing consultation; evaluation of the elderly in the gynecological nursing consultation; appropriate vaccination for the elderly; use of the elderly carnet in nursing care; coverage of the nursing consultation to the elderly with diabetes mellitus; evaluation of the elderly with diabetes mellitus in the nursing consultation; coverage of the nursing consultation to the elderly with systemic arterial hypertension; evaluation of the elderly with systemic arterial hypertension in the nursing consultation; coverage of the nursing consultation for the elderly with overweight/obesity; evaluation of the elderly with overweight/obesity in the nursing consultation; coverage of the nursing consultation to the elderly with borderline blood pressure; evaluation of the elderly with borderline blood pressure at the nursing consultation; home care prescription 1; home visit in home care 1. These results may contribute to the management of care for the elderly by redirecting actions provided by the nurse in primary care.

Keywords: Quality Indicators, Health Care; Quality of Health Care; Nursing Care; Primary Health Care; Geriatric Nursing; Elderly.

RESUMEN

DIAS, Flavia Aparecida. **Indicadores de proceso de la calidad de los cuidados de enfermería de ancianos en atención primaria**. 2017. 394f. Tesis (Doctorado en Atención de la Salud) – Programa de pos graduación *stricto sensu* en la Atención Sanitaria, Universidad Federal del Triángulo Mineiro, Uberaba, 2017.

Los indicadores son aspectos importantes de la gestión de los servicios. Se refuerza la necesidad de dar prioridad en la atención primaria. Los objetivos de este estudio fueron: desarrollar un modelo conceptual de las dimensiones del trabajo de enfermería en la atención primaria a los ancianos; convertir en indicadores específicos enfermera asignaciones establecidas por el Ministerio de Salud y la Secretaría de Estado de Salud de Minas Gerais dirigidos a la salud de las personas mayores en la atención primaria; evaluar la validez aparente, la terminología, la validez del contenido y la necesidad de los indicadores propuestos; prueba los indicadores propuestos en relación con fiabilidad; evaluar la viabilidad, utilidad y el uso de indicadores. Se trata de una investigación metodológica, y los pasos basados en el proceso de desarrollo de la Base de Datos Nacional de Indicadores de Calidad de enfermería asociados a la Agencia para la Investigación y Calidad, a saber: revisión de la literatura; el desarrollo del modelo conceptual; participación de expertos; especificación inicial de los indicadores candidatos; panel de revisión; análisis empírico de fiabilidad, viabilidad, utilidad y uso. Los documentos seleccionados que se refiere a las publicaciones en el período 1994-2014. Este proyecto fue aprobado por el Comité de Ética de la Universidad Federal de Triángulo Mineiro, n.1.058.438. El modelo conceptual identifica concepciones específicas de metaparadigmas. Se construyeron 21 indicadores; después reconfigurado ascendió a 22 indicadores validados por el panel; Se consideraron todas las medidas apropiadas con el contenido válido y obtuvo acuerdo sobre la terminología y la necesidad. El número de respuestas concordantes por los evaluadores en los 13 indicadores de cuidado probados obtenido porcentaje del 93,3 al 100%. De los 22 indicadores, solamente cuatro indicadores se evaluaron como no disponible y no es factible para ser recogidos por ambos evaluadores. Tienes la respuesta negativa en

la utilidad para la calidad de la atención solo el indicador de "monitoreo de la movilidad física de las personas mayores". No se consideraron útiles para determinar la obtención de incentivos financieros 13 indicadores; en la evaluación de uso del indicador para comparar los informes públicos de las Estrategias de la Salud (ES) y el nivel de áreas geográficas también tuvieron puntajes relativamente bajos, la administración del estado seis indicadores. Teniendo en cuenta estos datos, este estudio concluye con la aplicación de la recomendación 22 indicadores: la planificación de actividades dirigidas a las personas mayores; vigilar el estado de salud de las personas mayores; evaluación de las acciones de salud dirigidas a las personas mayores; la coordinación del equipo de enfermería en la atención a las personas mayores; coordinación de los agentes comunitarios de salud en la atención a las personas mayores; la cobertura de la consulta de enfermería a los ancianos; Evaluación de las personas mayores en la consulta de enfermería; la cobertura de consultas para la detección de la diabetes mellitus; la cobertura de la consulta de enfermería ginecológica; evaluación de ancianos en la consulta de enfermería ginecológica; la vacunación adecuada a los ancianos; usar del libro antiguo en el cuidado de enfermería; la cobertura de la consulta de enfermería a las personas mayores con diabetes mellitus; evaluación de los pacientes ancianos con diabetes mellitus en la consulta de enfermería; la cobertura de la consulta de enfermería a los ancianos con hipertensión; evaluación de los pacientes ancianos con hipertensión en la consulta de enfermería; la cobertura de la consulta de enfermería a las personas mayores con sobrepeso/obesidad; evaluación de las personas mayores con sobrepeso/obesidad en la consulta de enfermería; la cobertura de la consulta de enfermería a los ancianos con hipertensión arterial limítrofe; evaluación de los ancianos con hipertensión arterial limítrofe en la consulta de enfermería; cuidado de en la atención domiciliaria 1; visita a la casa en la atención domiciliaria 1. Los resultados pueden contribuir a la gestión de la atención ancianos y redirigir acciones por parte de enfermería en la atención primaria.

Palabras clave: Indicadores de Calidad de la Atención de Salud; Calidad de la Atención de Salud; Atención de Enfermería; Atención Primaria de Salud; Enfermería Geriátrica; Anciano.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1- Distribuição percentual da população projetada por grupo de idade no Brasil de 2020-2060.....	26
Figura 2 - Mudanças dos sistemas piramidais e hierárquicos para as redes de atenção à saúde.....	32
Figura 3 - Estrutura operacional das redes de atenção à saúde.....	33
Figura 4 - Linha do cuidado na rede de assistência integral.....	34
Figura 5 - Atendimento do idoso nos pontos de atenção.....	35
Figura 6 - Três dimensões para avaliação da qualidade da assistência em saúde.....	48
Figura 7 - Etapas para o desenvolvimento de indicadores da NDNQI.....	62
Figura 8 - Fases para o desenvolvimento de indicadores da AHRQ.....	63
Figura 9 - Etapas iniciais para o desenvolvimento de indicadores da NDNQI segundo as quatro fases da AHRQ.....	64
Figura 10 - Representação visual dos procedimentos metodológicos utilizados neste estudo.....	65
Figura 11 - Etapas do processo de adequação RAND/UCLA, utilizadas neste estudo.....	76
Figura 12 - Linha do tempo (em meses) para cada etapa deste estudo.....	82
Figura 13 - Estudos primários elegíveis e motivos de exclusão nas bases de dados.....	89
Figura 14 - Modelo lógico para construção de indicadores de processo da atenção ao idoso no contexto primário baseado nas publicações do Ministério da Saúde e Secretaria do Estado de Saúde de Minas Gerais com foco nas atribuições do enfermeiro.....	104
Figura 15 - Modelo conceitual para as dimensões do trabalho do enfermeiro na atenção primária ao idoso baseado nas publicações do Ministério da Saúde e Secretaria do Estado de Saúde de Minas Gerais.....	106

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Momentos relevantes da atenção primária no Brasil.....	29
Quadro 2 - Categoria dos indicadores clínicos.....	54
Quadro 3 - Nível de adequação aos indicadores.....	78
Quadro 4 - Indicadores em saúde propostos por organizações relacionadas à saúde.....	84
Quadro 5 - Síntese dos estudos com delineamento de pesquisa quantitativo e/ou qualitativo, 2003 a 2013.....	90
Quadro 6 - Síntese dos estudos com delineamento metodológico ou relato de experiência/projeto, 2003 a 2013.....	91
Quadro 7 - Atribuições do enfermeiro e/ou outros profissionais da equipe de saúde referente às atividades gerenciais baseadas nas publicações do Ministério da Saúde e Secretaria do Estado de Saúde de Minas Gerais.....	98
Quadro 8 - Atribuições do enfermeiro e/ou outros profissionais da equipe de saúde referente às atividades relacionadas ao cuidado baseadas nas publicações do Ministério da Saúde e Secretaria do Estado de Saúde de Minas Gerais.....	100
Quadro 9 - Identificação dos indicadores candidatos segundo dimensão, subdimensão e delimitação.....	108
Quadro 10 - Comentários dos painelistas na rodada um, Uberaba, MG, 2017	112
Quadro 11 - Resumo da discussão do painel na videoconferência, Uberaba, MG, 2017.....	114
Quadro 12 - Comentários dos painelistas na rodada dois, Uberaba, MG, 2017.....	116

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Caracterização dos painelistas desta pesquisa, Uberaba, MG, 2017.....	74
Tabela 2 - Valores da mediana e número de painelistas no intervalo para a validade de face, terminologia e necessidade e CVI, Uberaba, MG, 2017.....	111
Tabela 3 - Valores da mediana e número de painelistas no intervalo para a validade de face, terminologia e necessidade e CVI dos sete indicadores reavaliados, Uberaba, MG, 2017.....	115
Tabela 4 - Distribuição dos painelistas segundo frequência das classificações e experiência no painel, Uberaba, MG, 2017.....	117
Tabela 5 - Verificação da concordância interavaliadores pela aplicação do índice Kappa aos indicadores, Uberaba, MG, 2017.....	119
Tabela 6 - Avaliação da viabilidade de coleta dos indicadores pelos dois avaliadores independentes (1 e 2) , Uberaba, MG, 2017.....	122
Tabela 7 - Avaliação da utilidade e usabilidade dos 22 indicadores pelos gestores da atenção primária estadual e municipal, Uberaba, MG, 2017.....	127
Tabela 8 - Realização dos indicadores na coleta piloto pelos dois avaliadores, Uberaba, MG, 2017.....	139

LISTA DE SIGLAS

ABEn - Associação Brasileira de Enfermagem
ACNP - Cuidados Primários de Saúde com Práticas de Enfermagem
ACS - Agentes Comunitários de Saúde
AD 1 - Atenção Domiciliar 1
AHRQ - *Agency for Healthcare Research and Quality*
AIS - Ações Integradas de Saúde
AMAQ - Autoavaliação para a Melhoria do Acesso e da Qualidade
ANA - *American Nurses Association*
ASQC - *American Society for Quality Control*
BCH - *Bristol Community Health*
CINAHL - *Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature*
COFEn - Conselho Federal de Enfermagem
COSAPI - Coordenação de Saúde da Pessoa Idosa
CVI - *Content Validity Index*
DeCS - Descritores em Ciências da Saúde
DPOC - Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica
ESF - Estratégia Saúde da Família
HSCIC - *Health and Social Care Information Centre of United Kingdom*
IOM - *Institute of Medicine*
IPEA - Instituto de Pesquisa Econômica e Aplicada
JCAHO - *Joint Commission on Accreditation of Healthcare*
LILACS - Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde
LQAS - *Lot Quality Assurance Sampling*
MeSH - *Medical Subject Headings*
NAGEH - Núcleo de Apoio à Gestão Hospitalar
NASF - Núcleos de Apoio à Saúde da Família
NDNQI - *National Database of Nursing Quality Indicators*
NOB - Norma Operacional Básica
NQF - *National Quality Forum*
NQMC - *National Quality Measures Clearinghouse*
NQIRE - *Nursing Quality Indicators for Reporting and Evaluation*
OECD - *Organisation for Economic Co-Operation and Development*
PAB - Piso de Atenção Básica
PACS - Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PAPP - Programa de Actividades Preventivas y de Promoción de la Salud
PSF - Programa Saúde da Família
Plano CONASP - Plano de Reorientação de Assistência à Saúde no âmbito da Previdência Social
PMAQ-AB - Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica
PNSPI - Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa
PREV-SAÚDE - Programa Nacional dos Serviços Básicos de Saúde

PROADESS - Projeto Desenvolvimento de Metodologia de Avaliação do Desempenho do Sistema de Saúde Brasileiro

PROESF - Projeto de Expansão e Consolidação da Saúde da Família

PubMed - *National Library of Medicine National Institutes of Health*

RAND/UCLA - *Research and Development /University of California Los Angeles*

RIPSA - Rede Interagencial de Informação para a Saúde

SCIP - Indicador Sintético sobre Planos de Saúde Simples

SISAP-Idoso - Sistema de Indicadores de Saúde e Acompanhamento de Políticas do Idoso

SPSS - *Statistical Package for the Social Sciences*

SUDS - Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde

SUS - Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	24
1 ENVELHECIMENTO HUMANO, QUALIDADE DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM E INDICADORES	25
1.1 ENVELHECIMENTO POPULACIONAL E ATENÇÃO À SAÚDE	25
1.2 ATENÇÃO PRIMÁRIA NO CONTEXTO DO IDOSO	29
1.2.1 <i>Atenção primária à saúde</i>	29
1.2.1.1 <i>Atenção primária à saúde e redes de atenção à saúde</i>	30
1.2.1.2 <i>Atenção primária à saúde: processo de trabalho e qualidade dos serviços</i>	35
1.2.2 <i>Assistência ao idoso na atenção primária</i>	36
1.3 QUALIDADE NA ATENÇÃO À SAÚDE	40
1.3.1 <i>Aspectos históricos da qualidade</i>	40
1.3.2 <i>Qualidade na atenção primária</i>	43
1.3.3 <i>Qualidade da assistência</i>	45
1.4 O USO DE INDICADORES PARA MENSURAR A QUALIDADE	49
1.4.1 <i>Atributos dos indicadores</i>	50
1.4.2 <i>Indicadores de qualidade em saúde: idoso, assistência em enfermagem e atenção primária</i>	55
1.5 JUSTIFICATIVA DO ESTUDO	56
1.5.1 <i>Proposta do estudo</i>	58
2 OBJETIVOS.....	60
2.1 OBJETIVO GERAL	60
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	60
3 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS.....	61
3.1 TIPO DE ESTUDO.....	61
3.2 PROCEDIMENTOS	61
3.2.1 <i>Etapas para a construção de indicadores</i>	61
3.2.1.1 <i>Tarefa um: identificação dos indicadores de candidatos</i>	65
3.2.1.2 <i>Tarefa dois: avaliação de indicadores candidatos</i>	70
3.2.2 <i>Linha do tempo</i>	81
3.3 ASPECTOS ÉTICOS	82
4 RESULTADOS.....	83
4.1 DESENVOLVIMENTO DO MODELO CONCEITUAL	83

4.2 CONVERSÃO DAS ATRIBUIÇÕES ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO EM INDICADORES.....	108
4.3 VALIDADE DE FACE, TERMINOLOGIA, VALIDADE DE CONTEÚDO E NECESSIDADE.....	110
4.4 CONFIABILIDADE.....	119
4.5 VIABILIDADE, UTILIDADE E USABILIDADE.....	120
5 DISCUSSÃO.....	130
5.1 DESENVOLVIMENTO DO MODELO CONCEITUAL.....	130
5.2 CONVERSÃO DAS ATRIBUIÇÕES ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO EM INDICADORES.....	132
5.3 VALIDADE DE FACE, TERMINOLOGIA, VALIDADE DE CONTEÚDO E NECESSIDADE.....	132
5.4 CONFIABILIDADE.....	133
5.5 VIABILIDADE, UTILIDADE E USABILIDADE.....	134
5.6 CONTRIBUIÇÕES GERAIS.....	136
5.7 LIMITAÇÕES.....	138
6 RECOMENDAÇÕES PARA ESTRUTURAÇÃO DO SERVIÇO.....	139
7 CONCLUSÃO.....	145
8 REFERÊNCIAS.....	147
ANEXO 1.....	177
ANEXO 2.....	179
ANEXO 3.....	180
ANEXO 4.....	185
ANEXO 5.....	187
ANEXO 6.....	188
ANEXO 7.....	189
ANEXO 8.....	190
APÊNDICE 1.....	192
APÊNDICE 2.....	195
APÊNDICE 3.....	196
APÊNDICE 4.....	197
APÊNDICE 5.....	203
APÊNDICE 6.....	221
APÊNDICE 7.....	237

APÊNDICE 8.....	254
APÊNDICE 9.....	257
APÊNDICE 10.....	260
APÊNDICE 11.....	261
APÊNDICE 12.....	275
APÊNDICE 13.....	276
APÊNDICE 14.....	278
APÊNDICE 15.....	279
APÊNDICE 16.....	282
APÊNDICE 17.....	286
APÊNDICE 18.....	287
APÊNDICE 19.....	288
APÊNDICE 20.....	290
APÊNDICE 21.....	291
APÊNDICE 22.....	293
APÊNDICE 23.....	295
APÊNDICE 24.....	302
APÊNDICE 25.....	304
APÊNDICE 26.....	324
APÊNDICE 27.....	391

APRESENTAÇÃO

A presente pesquisa decorreu do meu interesse em investigar a assistência de enfermagem direcionada ao idoso na atenção primária. Desde a graduação, entre os anos de 2003 a 2007, tive a oportunidade de desenvolver atividades de extensão universitária, as quais estiveram vinculadas à saúde do idoso. Posteriormente, ingressando no Mestrado, o foco esteve relacionado ao desenvolvimento das atividades educativas grupais direcionadas aos idosos e sua relação com a qualidade de vida. Considerou-se que essa etapa da vida deve ser vivenciada com independência e qualidade e que os serviços de saúde devem contribuir nesse aspecto, tendo as atividades educativas grupais como suporte para essas ações.

Após o Mestrado, tive oportunidade de atuar como docente colaboradora na disciplina de Saúde do Adulto e do Idoso, na qual pude acompanhar algumas ações de enfermagem desenvolvidas nos serviços de atenção primária, direcionadas ao idoso.

A partir daí, iniciou-se a preocupação sobre a qualidade desse serviço. Em um contexto de envelhecimento populacional, no qual o idoso vivencia mudança de papéis, dependência funcional e aumento das morbidades, surgiram alguns questionamentos: Como tem sido organizado o serviço de atenção primária para atender essa demanda? O que os idosos têm buscado neste espaço de atenção? Nestes locais são desenvolvidas atividades preventivas direcionadas a incapacidades e morbidades?

Considerando o enfermeiro como protagonista neste espaço de atenção, emergiram novos questionamentos: Quais ações em saúde o enfermeiro tem realizado na assistência ao idoso? Quais são as características desta assistência? É possível mensurar a sua qualidade? O uso de indicadores poderia desvelar como a assistência de enfermagem ao idoso tem sido realizada na atenção primária e como poderia contribuir para a sua melhoria?

Diante disso, surge a proposta deste estudo, no sentido de identificar possíveis indicadores de qualidade da assistência de enfermagem. Acredita-se que esta pesquisa possa contribuir para ampliar a reflexão acerca do que tem sido feito na assistência de enfermagem ao idoso na atenção primária, especialmente como ela tem sido realizada.

1 ENVELHECIMENTO HUMANO, QUALIDADE DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM E INDICADORES

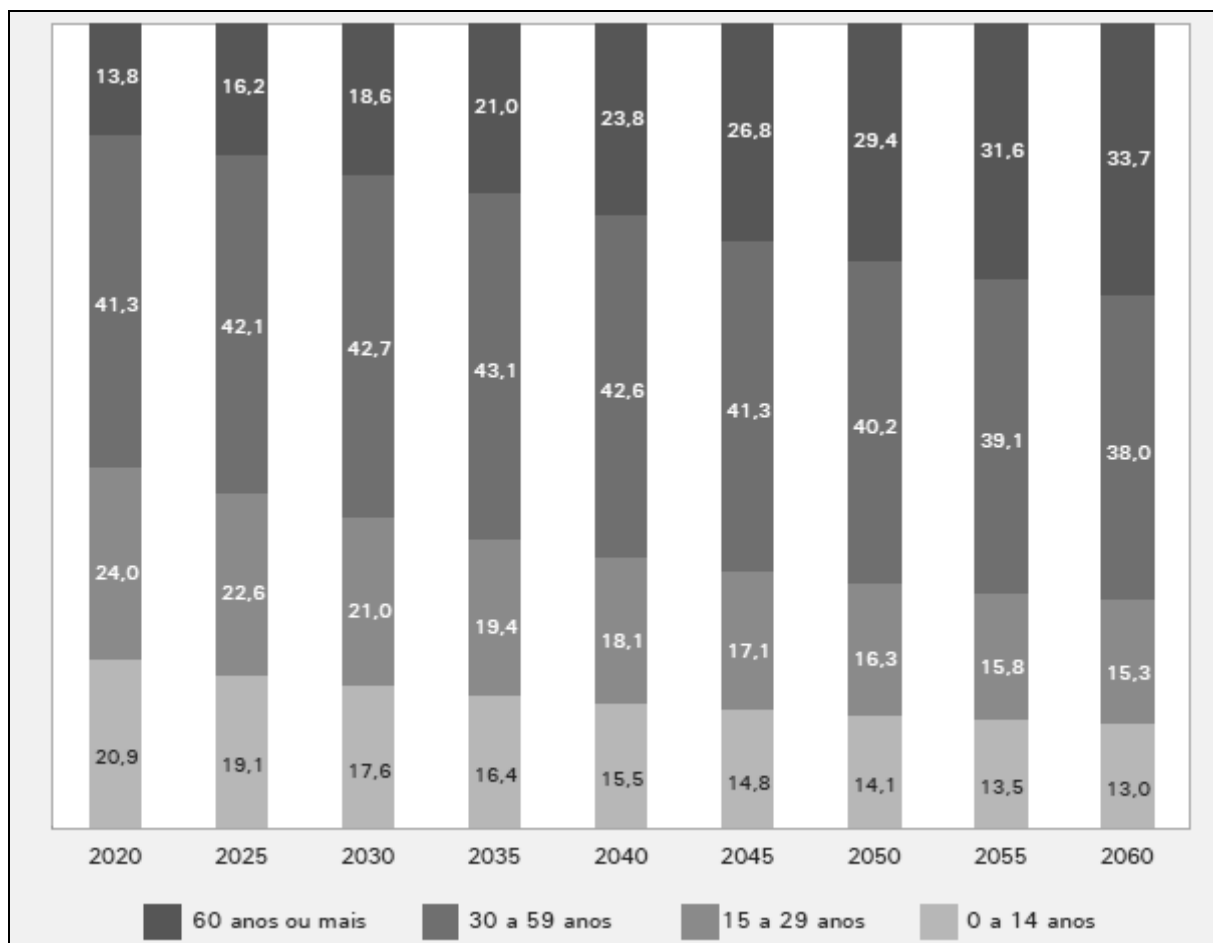
Este capítulo será apresentado em quatro tópicos, *envelhecimento populacional e atenção à saúde*, que descreverá aspectos demográficos e epidemiológicos do envelhecimento populacional que impactam na atenção à saúde; *atenção primária no contexto do idoso* abordará as redes de atenção primária à saúde, o processo de trabalho bem como a assistência ao idoso; *qualidade da assistência* descreverá conceitos relacionados à qualidade em saúde com foco na atenção primária e enfermagem e *uso de indicadores para mensurar a qualidade* abordará atributos necessários aos indicadores.

1.1 ENVELHECIMENTO POPULACIONAL E ATENÇÃO À SAÚDE

O envelhecimento populacional é uma realidade mundial. De acordo com o censo demográfico realizado em 2010 no Brasil o contingente de idosos atinge aproximadamente 20,5 milhões de indivíduos, representando 10,8% da população (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2011).

No entanto essa tendência torna-se mais evidente ao se observar a distribuição da população projetada por grupos de idade. O grupo de idosos, pessoas com 60 anos ou mais de idade, será maior que o grupo de crianças com até 14 anos após 2030. Em 2055 a participação de idosos na população total será maior que a de crianças e jovens com até 29 anos de idade, conforme Figura 1 (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2013b).

Figura 1 - Distribuição percentual da população projetada por grupo de idade no Brasil de 2020-2060



Fonte: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2013b.

O envelhecimento populacional pode ser ainda visualizado por meio do índice de envelhecimento, ou seja, número de pessoas de 60 anos ou mais de idade, para cada 100 menores de 15 anos. Em 1950, esse índice era de 10,3 subindo para 28,9 em 2000. Em 2010, aumentou para 44,8, ou seja, para cada 100 jovens, havia 45 idosos (VASCONCELOS; GOMES, 2012).

Destaca-se que o crescimento da população idosa terá maior intensidade a partir de 2020, passando de 28,3 milhões (13,7%) para 52 milhões (23,8%) em 2040, representando aproximadamente um quarto do total de habitantes do Brasil (MENDES et al., 2012).

A mudança nesse perfil decorre da transição demográfica. Até a década de 1940, predominavam altos níveis de fecundidade e mortalidade no Brasil. Com a diminuição da mortalidade e a manutenção dos altos níveis de fecundidade, o país iniciou um período de rápido crescimento populacional, chegando a 3,0% ao ano na

década de 1950. No início dos anos de 1960, iniciou-se o declínio dos níveis de fecundidade, que se acentuou na década seguinte, diminuindo as taxas de crescimento até os dias atuais. Assim, a esperança de vida ao nascer para ambos os sexos, que era menos de 50 anos em 1950, passou para 74,8 anos em 2013. (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2013a). Essa diminuição das taxas de fecundidade bem como o aumento da expectativa de vida refletiu principalmente no envelhecimento da população (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2012; 2010). No Brasil, em 2002, já era observado o estreitamento da base da pirâmide populacional, que se mostrou mais acentuado nos anos seguintes indicando a redução de crianças e adolescentes e o aumento da população idosa (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2010). Esse processo de transição demográfica, além de ser determinante no tamanho populacional, também altera a estrutura por idade da população de forma generalizada em cada uma das regiões brasileiras (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2013a).

Esse processo relaciona-se à transição epidemiológica caracterizada pela mudança do perfil de morbidade e de mortalidade da população. Conceitualmente, a teoria da transição epidemiológica centra-se no complexo de mudança nos padrões de saúde e doença e sobre as interações entre esses padrões e seus determinantes demográficos, econômicos e sociológicos. Fortes evidências podem ser citadas para documentar essa transição em que as doenças crônico-degenerativas e as causadas pelo homem substituem as infecções e passam a ser as principais causas de morbidade e mortalidade (OMRAM, 2005).

Assim, no Brasil, ocorreu a diminuição progressiva das mortes por doenças infecto-contagiosas e a elevação daquelas relacionadas a morbidades crônicas não-transmissíveis. Porém, nos países desenvolvidos, essa transição ocorreu em um período longo, enquanto naqueles em desenvolvimento ocorreu de maneira rápida. Esse fato culminou na necessidade de adaptação dos serviços de saúde às novas realidades (BRASIL, 2010c).

Os agravos decorrentes das doenças crônicas não-transmissíveis têm sido as principais causas de óbito entre idosos (BRASIL, 2010c). Nesse contexto, destaca-se que a população idosa constitui-se na maior demanda aos serviços de saúde (PILGER; MENON; MATHIAS, 2013), com internações hospitalares mais frequentes e maior tempo de ocupação do leito. As doenças dos idosos são crônicas

e múltiplas, perduram por vários anos e exigem acompanhamento médico e de equipes multidisciplinares permanentes (BRASIL, 2006d). Estudo realizado no Paraná observou que os serviços de saúde mais utilizados pelos idosos nos últimos três meses foram a consulta médica (49,6%) e os exames clínicos (38,4%) (PILGER; MENON; MATHIAS, 2013). Outro inquérito realizado no Rio Grande do Sul demonstrou que a atenção primária foi utilizada por 49,7% dos idosos, especialmente dentre aqueles em situações de fragilidade relacionadas às condições econômicas e de saúde (PASKULIN; VALER; VIANNA, 2011).

Esses dados demonstram a necessidade de mudança no modelo de atenção, que atualmente está baseado no cuidado a doenças agudas. Assim, ao considerar o aumento das morbidades crônicas, exigem-se modelos de atenção à saúde direcionados a essas condições. Esses modelos são construídos a partir de um modelo seminal, de atenção crônica, do qual derivam várias adaptações, aplicadas em diferentes contextos no mundo. Nessa perspectiva, destaca-se o modelo dos cuidados inovadores para condições crônicas proposto pela Organização Mundial da Saúde. Esse deriva de sua inserção em um cenário político abrangente envolvendo os usuários dos serviços e suas famílias, as comunidades e as organizações de saúde (MENDES, 2011). Deste modo, evidencia-se que o processo de transição exige maior capacidade de planejamento do futuro da assistência à saúde tornando necessário repensar o modelo de atenção à saúde, de modo a preparar-se para o grande crescimento da população idosa nas próximas décadas (MENDES et al., 2012).

Assim, salienta-se a necessidade do Sistema Único de Saúde (SUS) se reorganizar diante da demanda crescente por procedimentos diagnósticos e terapêuticos das doenças crônicas não-transmissíveis bem como dos serviços de saúde para reabilitação física, mental e social do idoso. Nesse sentido, sugere-se que o SUS estabeleça indicadores de saúde capazes de identificar idosos de alto risco de perda funcional, como quedas, dificuldade de realizar as atividades básicas e dificuldade de acesso aos serviços de saúde. Somam-se, ainda, ações concentradas na prevenção de doenças, reabilitação dos agravos já instalados e promoção de saúde (PILGER; MENON; MATHIAS, 2013). Deste modo, será exposto a seguir a atenção primária à saúde no país especialmente no contexto de atendimento ao idoso.

1.2 ATENÇÃO PRIMÁRIA NO CONTEXTO DO IDOSO

1.2.1 Atenção Primária à Saúde

O termo atenção primária se caracteriza pelo desenvolvimento de um conjunto diversificado de atividades clínicas de baixa densidade tecnológica. Em muitos países, como no Brasil, englobam-se as atividades de saúde pública referindo-se a espaços nos quais ocorre o primeiro contato dos indivíduos com o sistema, existindo a capacidade para a resolução de grande parte dos problemas de saúde (LAVRAS, 2011). Esse nível de atenção oferece acesso direto, ou seja, busca dos serviços pelo próprio indivíduo; é contínuo ao longo do tempo e direcionado para a prevenção, cura, reabilitação, promoção, manutenção e melhora da saúde. A atenção primária é sensível às necessidades sociais de saúde em mudança na comunidade. Neste espaço de atenção é atendida uma variedade mais ampla de problemas, tanto individuais como coletivos, usualmente em unidades comunitárias como consultórios, unidades de saúde, escolas e residências (STARFIELD, 2002).

No Brasil, desde o surgimento dos Centros de Saúde Escola nos anos 1920 até a atualidade, ocorreram várias tentativas de se organizar a atenção primária. Em diferentes regiões do país, em função de interesses e concepções distintos, foram configurados vários modelos (LAVRAS, 2011).

Na década de 1970, as primeiras experiências de medicina comunitária, sob influência do movimento de reforma sanitária e com o apoio das Universidades, marcaram o início de participação dos municípios no desenvolvimento da atenção primária. A partir daí foram criados diversos programas direcionados a atenção primária. No Quadro 1 a seguir encontram-se alguns momentos relevantes da atenção primária no Brasil.

Quadro 1 - Momentos relevantes da atenção primária no Brasil

(continua)

Déc. 80	Programa Nacional dos Serviços Básicos de Saúde (PREV-SAÚDE): reversão do modelo privatista de prestação de serviços em um SUS; Plano de Reorientação de Assistência à Saúde no âmbito da Previdência Social (CONASP): reorganização da assistência médica previdenciária; Ações Integradas de Saúde (AIS); Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS).
1990	SUS.

Quadro 1 - Momentos relevantes da atenção primária no Brasil

(continuação)

1991	Criação oficial do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS).
1994	Criação do Programa Saúde da Família (PSF). Primeiro documento oficial “Programa Saúde da Família: dentro de casa”.
1996	Norma Operacional Básica do SUS (NOB-SUS/96): redefinição das responsabilidades dos Estados, do Distrito Federal e da União. Primeiro número do “Cadernos de Saúde da Família: construindo um novo modelo”.
1997	Publicação da Portaria MS/GM n.º 1.882, criando o Piso de Atenção Básica (PAB). Publicação da Portaria MS/GM nº 1.886, com as normas de funcionamento do PSF e do PACS.
1998	O PSF passa a ser considerado estratégia estruturante da organização do sistema de saúde. Início da transferência dos incentivos financeiros ao PSF e ao PACS, do Fundo Nacional de Saúde para os Fundos Municipais de Saúde.
2000	Criação do Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde (DAB/MS) para consolidar a Estratégia de Saúde da Família; Publicação dos Indicadores 1999 do Sistema de Informação da Atenção Básica.
2001	Edição da “Norma Operacional da Assistência à Saúde – NOAS/01”, ênfase na qualificação da atenção básica.
2002	Projeto de Expansão e Consolidação da Saúde da Família (PROESF);
2003	Início da execução do PROESF. Publicação dos Indicadores 2000, 2001 e 2002 do Sistema de Informação da Atenção Básica.
2004	Política Nacional de Saúde Bucal.
2006	Pacto pela Saúde (Pacto de Defesa do SUS, Pacto de Gestão, Pacto pela Vida; 2006);
2008	Criação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) junto ao PSF: as equipes multiprofissionais se associam aos serviços de atenção primária para expandir a sua cobertura e apoiar o desenvolvimento das redes de referência e contra referência regionais.
2011	Política Nacional de Atenção Básica. Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB): com o objetivo de ampliar o acesso à atenção básica e de melhorar a sua qualidade, permitindo maior transparência e efetividade das ações governamentais direcionadas à atenção básica em saúde.

Fonte: adaptado de Brasil, 1990; 1996; 2001b; 2003b; 2004a; 2004b; 2011a; LAVRAS, 2011; PAIM et al., 2011; TEIXEIRA, 1985.

1.2.1.1 Atenção Primária à saúde e redes de atenção à saúde

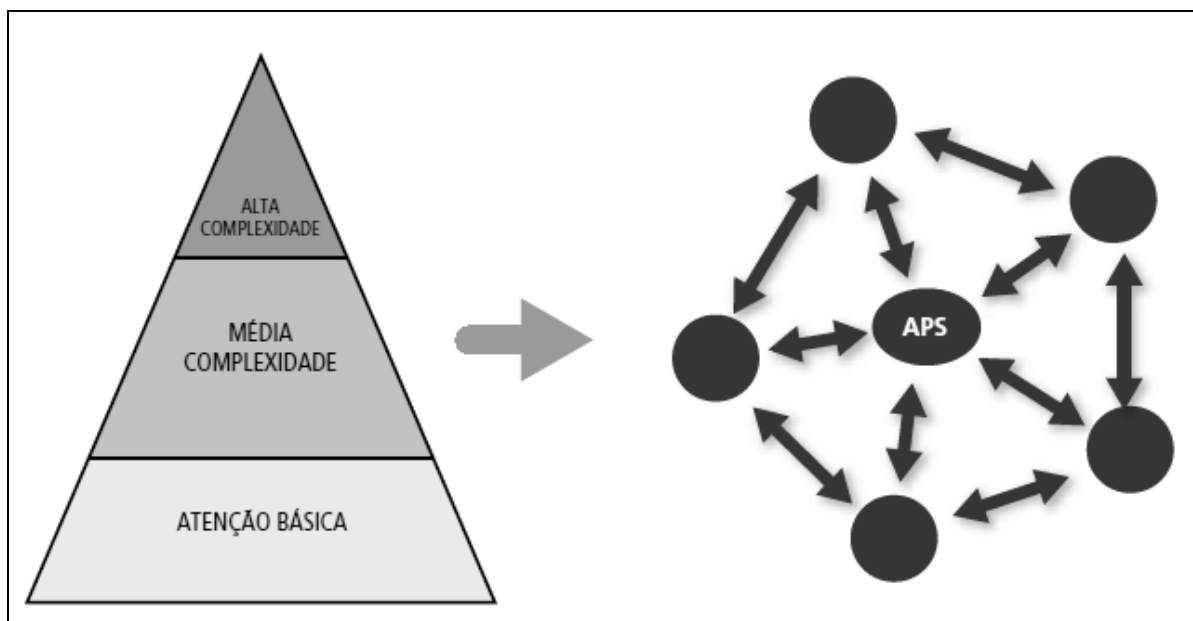
A atenção primária no Brasil é desenvolvida com base na descentralização e capilaridade, ou seja, ocorre no local mais próximo de onde vivem os indivíduos

(BRASIL, 2012e). Nesse contexto, destaca-se a aprovação da Política Nacional de Atenção Básica em 2011, que define a organização de redes de atenção à saúde como estratégia para o cuidado integral e direcionado às necessidades de saúde da população. Ela estabelece a revisão de diretrizes e normas para a organização da atenção básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e para o PACS (BRASIL, 2011b). Essa Estratégia deve ser o contato preferencial dos usuários, constituindo-se na principal porta de entrada e centro de comunicação com toda a rede de atenção à saúde (BRASIL, 2012e) bem como local de acompanhamento no decorrer do tempo (STARFIELD, 2002).

As redes de atenção à saúde constituem-se em arranjos organizativos formados por ações e serviços de saúde com diferentes configurações tecnológicas e missões assistenciais. Esses arranjos estão articulados de forma complementar e com base territorial, tendo diversos atributos, destacando-se a atenção primária estruturada como primeiro ponto de atenção; salienta-se que esta é constituída de equipe multidisciplinar que cobre toda a população, integrando e coordenando o cuidado e atendendo as suas necessidades de saúde (BRASIL, 2011b).

Nessas redes, a atenção primária deve atender à maioria dos problemas de saúde da população que demandam tecnologias de baixa densidade tecnológica, mas complexas, como aquelas relativas a mudanças de comportamento e estilo de vida. Os níveis de atenção secundários e terciários constituem-se de tecnologias de maior densidade tecnológica, não necessariamente de maiores complexidades. Assim, propõe-se que a concepção hierárquica e piramidal seja substituída por redes poliárquicas de atenção à saúde (Figura 2), em que, respeitando-se as diferenças nas densidades tecnológicas, se rompem as relações verticalizadas (MENDES, 2011).

Figura 2 - Mudanças dos sistemas piramidais e hierárquicos para as redes de atenção à saúde

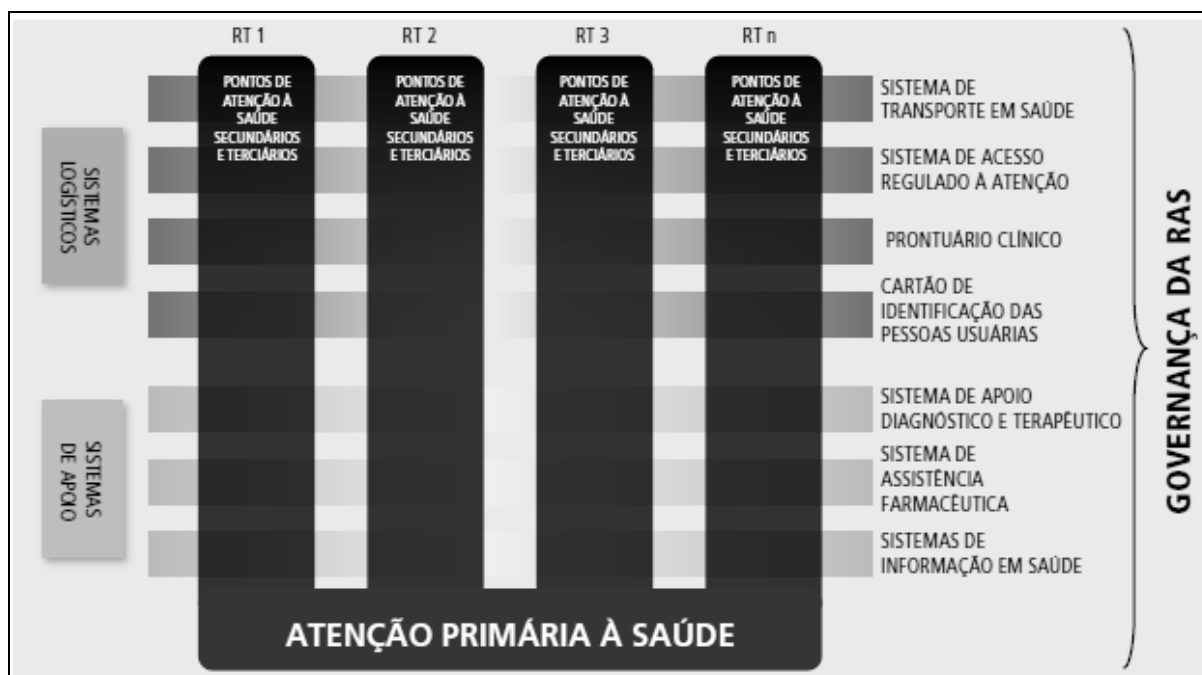


Fonte: Mendes, 2011.

Nessa perspectiva, a estrutura operacional das redes compõe-se de cinco componentes: o centro de comunicação que é a atenção primária; os pontos de atenção à saúde, secundários e terciários; os sistemas de apoio (diagnóstico e terapêutico, assistência farmacêutica e informação em saúde); os sistemas logísticos (cartão de identificação, prontuário clínico, sistemas de acesso e sistemas de transporte) e o sistema de governança. Os três primeiros correspondem aos nós das redes e o quarto constitui-se nas ligações que comunicam os diferentes nós. (MENDES, 2011), conforme Figura 3.

A atenção primária como estratégia de organização do sistema de atenção à saúde deve-se a sua forma singular de apropriar, recombina, reorganizar e reordenar todos os recursos do sistema visando a satisfação das necessidades, demandas e representações da população. Isso resulta em sua articulação como centro de comunicação das redes de atenção à saúde (MENDES, 2011), Figura 3.

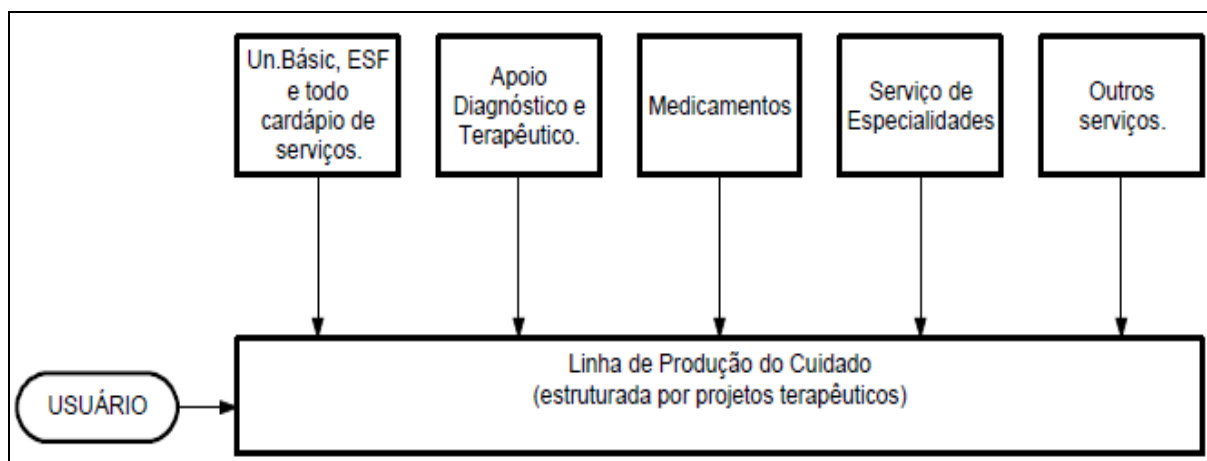
Figura 3 - Estrutura operacional das redes de atenção à saúde



Fonte: Mendes, 2011.

Deste modo, a atenção primária deve cumprir algumas funções para contribuir com o funcionamento das redes de atenção à saúde. São elas: *ser base*: constituir-se na modalidade de atenção e de serviço de saúde com o mais elevado grau de descentralização e capilaridade; *ser resolutive*: identificar os riscos, as necessidades e as demandas de saúde, utilizando e articulando diferentes tecnologias de cuidado individual e coletivo; *coordenar o cuidado*: elaborar, acompanhar e gerir projetos terapêuticos, bem como acompanhar e organizar o fluxo dos usuários entre os pontos de atenção da rede, responsabilizando-se pelo cuidado dos usuários em qualquer desses pontos por meio de uma relação horizontal, contínua e integrada; *ordenar as redes*: organizar necessidades de saúde da população em relação aos outros pontos de atenção à saúde (BRASIL, 2011b).

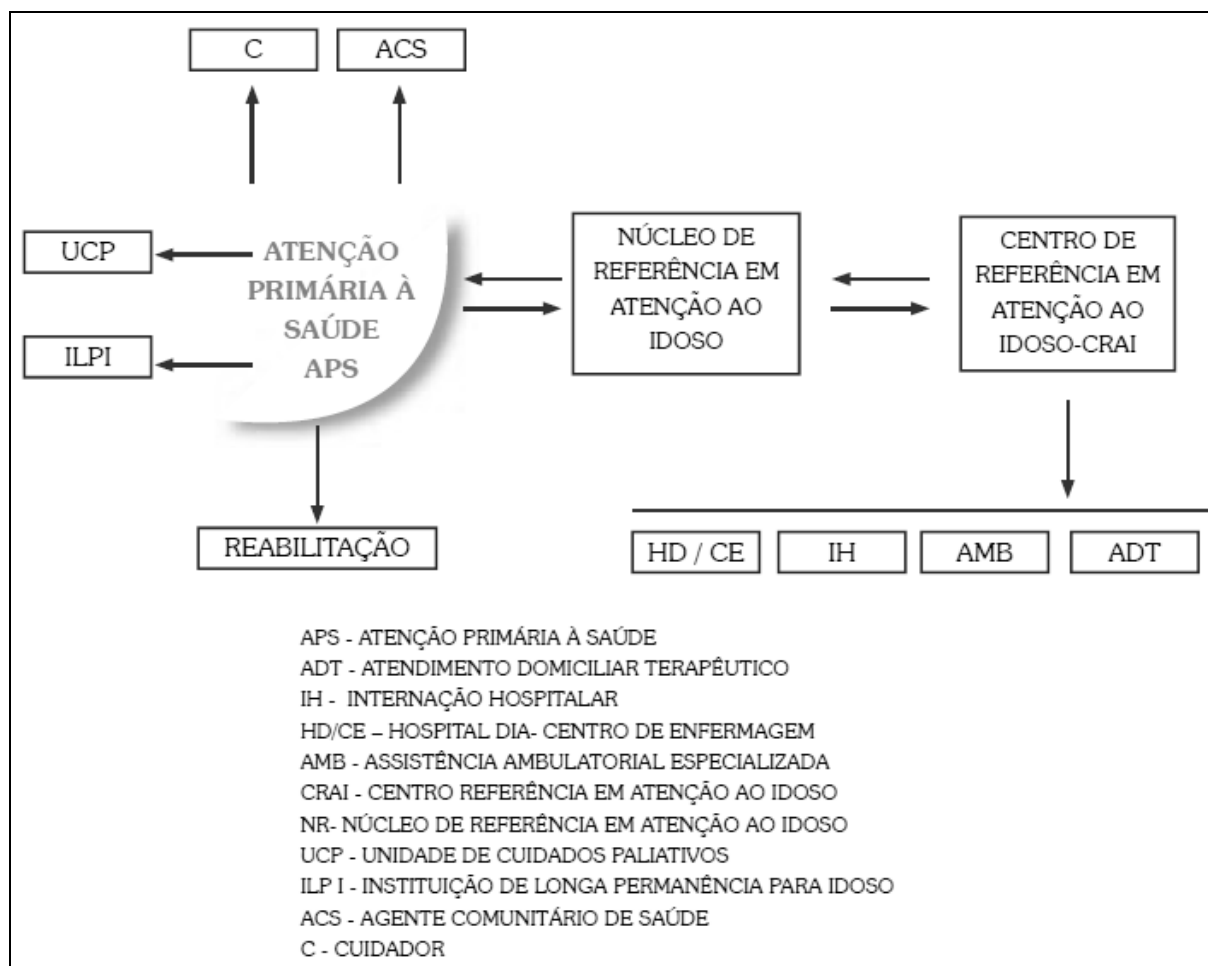
Ressalta-se que essa estrutura operacional, bem como os atributos e funções supracitados são preconizados pelo Ministério da Saúde por meio da Portaria nº 4.279/2010 (BRASIL, 2010b). No entanto, em outra concepção, tem-se a organização da rede de assistência integral por meio da linha do cuidado, conforme Figura 4 a seguir.

Figura 4 - Linha do cuidado na rede de assistência integral

Fonte: Franco; Magalhães Júnior, 2007.

Nesse modelo, o usuário é o elemento estruturante do processo de produção da saúde; a equipe da ESF deve ser gestora do projeto terapêutico e deverá acompanhar o usuário garantindo o acesso aos outros níveis de assistência, bem como o contrafluxo. Essa rede tem caráter rizomático, ou seja, os trabalhadores da saúde em atividade operam com base em conexões entre si, nas quais a ação de um complementa a ação de outro e vice-versa; não existe um eixo estruturado, mas a produção de múltiplas conexões e fluxos construídos em processos de trabalho. Cada caso demanda um novo cuidado a ser produzido exigindo novos fluxos de competência (FRANCO; MAGALHÃES JÚNIOR, 2007).

No entanto, no que concerne ao atendimento ao idoso, a atenção primária, além de se articular com os outros níveis de atenção, deve se relacionar com os cuidadores de idosos, com a Unidade de Cuidados Paliativos e as Instituições de Longa Permanência, quando presentes na área adstrita (MINAS GERAIS, 2006d). Os idosos podem ser referenciados e contra referenciados ao Núcleo de Referência em Atenção ao Idoso que se articula ao Centro de Referência em Atenção ao Idoso. Este caracteriza-se por diversas modalidades de atenção, a saber: hospital dia e centro de enfermagem; ambulatorios; internação hospitalar e atendimento domiciliar terapêutico, Figura 5 (MINAS GERAIS, 2006d).

Figura 5 - Atendimento do idoso nos pontos de atenção

Fonte: Minas Gerais, 2006d.

Deste modo, após conhecer a organização da atenção primária segundo as redes de atenção, faz-se relevante discutir acerca do processo de trabalho neste espaço.

1.2.1.2 Atenção primária à saúde: processo de trabalho e qualidade dos serviços

O processo de trabalho das equipes da atenção primária deve-se caracterizar, dentre outros, por ações que possam interferir no processo de saúde-doença da população, favorecendo o desenvolvimento da autonomia individual e coletiva, bem como a qualidade de vida dos usuários. A programação das atividades deve atender aos critérios de problemas de saúde, ciclos de vida, sexo e morbidades (BRASIL, 2011b). Nesse sentido, no tocante à saúde do idoso, espera-se oferecer uma atenção humanizada com orientação, acompanhamento e apoio domiciliar à pessoa idosa e à sua rede de suporte social, incluindo familiares e cuidadores, quando

existentes (BRASIL, 2006d), considerando que, dentre as diretrizes da atenção primária, está o acesso universal e contínuo a serviços de saúde de qualidade e resolutivos (BRASIL, 2011b).

A qualidade da atenção refere-se ao atendimento das necessidades de saúde, existentes ou potenciais, de forma otimizada pelos serviços de saúde. Ela deve considerar o conhecimento atual relacionado à distribuição, reconhecimento, diagnóstico e manejo dos problemas e preocupações referentes à saúde (STARFIELD, 2002).

Os serviços de alta qualidade reconhecem os problemas de saúde na população, bem como as características populacionais que geram ameaças potenciais para a saúde (STARFIELD, 2002). Assim, visando ampliar o acesso e a qualidade da assistência na atenção primária, foi instituído no Brasil, em 2011, o PMAQ-AB (BRASIL, 2011a). Este ocorre por meio de monitoramento, avaliação da atenção e incentivo financeiro as gestões municipais que aderirem ao programa. O incentivo é variável e dependente dos resultados alcançados pelas equipes e gestão municipal (BRASIL, 2011b). O Programa se inicia em um cenário no qual a qualidade da atenção apresenta-se como um dos desafios do SUS. A sua utilização constitui-se em importante ferramenta para a qualificação das ações e do cuidado da saúde dos indivíduos, da família e da comunidade (BRASIL, 2005a). Será apresentada a seguir a assistência ao idoso realizada nesse espaço de atenção.

1.2.2 Assistência ao idoso na atenção primária

A assistência à saúde do idoso na atenção primária ocorre, além da demanda espontânea, por busca ativa (visitas domiciliares) e atendimento/ações programadas. Soma-se o diagnóstico situacional da área que possibilita o desenvolvimento de ações direcionadas às especificidades de saúde identificadas entre os idosos. Esse diagnóstico é influenciado por diversos fatores, tais como: ambiente onde o idoso vive, a relação profissional de saúde-idoso e familiares, a história clínica e o exame físico. Cabe ressaltar que, de acordo com o princípio de territorialização, os profissionais de saúde que atuam na atenção primária devem ser responsáveis pela atenção à saúde dos idosos que estão na área de abrangência sob sua responsabilidade, inclusive, aqueles institucionalizados (BRASIL, 2006d).

Conhecer os idosos na comunidade e os determinantes da utilização dos serviços possibilitará considerá-los em suas múltiplas interfaces, particularidades e diferenças. Tal fato contribui para subsidiar a gestão do cuidado a essa clientela de maneira a preservar sua independência e autonomia, considerando que a assistência ao idoso e a oferta de serviços de saúde devem ser ações prioritárias nas políticas públicas direcionadas a essa população (PILGER; MENON; MATHIAS, 2013).

O idoso deverá ser atendido pela ESF ou pela Unidade Básica de Saúde que será responsável por captar, acolher, desenvolver ações e avaliá-lo visando a detecção precoce dos agravos à saúde para estabelecimento do tratamento das doenças (MINAS GERAIS, 2006d). No Brasil, o Ministério da Saúde preconiza a avaliação multidimensional rápida do idoso seguida por possíveis encaminhamentos especializados com foco nos seguintes aspectos: nutrição, visão, audição, incontinência, atividade sexual, humor/depressão, cognição/memória, funcionalidade, segurança ambiental no domicílio, quedas e suporte social (BRASIL, 2006d).

Soma-se ainda a necessidade de atividades preventivas e promocionais de saúde pelos profissionais (MINAS GERAIS, 2006d). Nesse contexto, destacam-se as recomendações de práticas preventivas para idosos baseadas em evidências segundo o Programa de Actividades Preventivas y de Promoción de la Salud (PAPP) na atenção primária. Na última atualização do Grupo de Actividades Preventivas para Idosos do PAPPS foram revisados os itens: exercício físico, quedas, medicação e detecção de fragilidade e mantidas as recomendações anteriores relacionadas à demência e a déficits sensoriais (LESENDE et al., 2014).

Sobre os exercícios foi recomendada a prática regular de atividade física incluindo atividade aeróbica e exercícios de fortalecimento muscular, flexibilidade e equilíbrio. Acerca das quedas, foram recomendados a correção cirúrgica da catarata, a retirada gradual de medicações psicotrópicas quando possível, exercício físicos, administração de vitamina D quando necessário, correção dos riscos ambientais, dentre outros. Quanto à medicação, foram destacadas as recomendações para melhorar a prescrição farmacológica relacionada à polifarmácia, à medicação inadequada, à aderência terapêutica, a interações e a reações adversas e suspensão de medicamentos. Referente à fragilidade, sugere-se que os fatores de risco para diminuição das atividades instrumentais de vida diária

possam ser utilizados para identificar possíveis idosos frágeis e que o exercício físico é a principal recomendação para prevenir/retardar a perda funcional, dentre outros (LESENDE et al., 2014). Nas recomendações para demência, foram incluídos o diagnóstico precoce, testes cognitivos breves e entrevista clínica, o seguimento periódico de idosos com deterioração cognitiva leve, realização de exercícios físicos, alimentação saudável e prevenção de fatores de risco cardiovascular. Por fim, para os déficits sensoriais foram recomendados, dentre outros, intervenção cirúrgica para catarata, rastreio de retinopatia diabética, investigação sobre dificuldade de audição e audiometria para confirmação de perda auditiva (HERREROS et al., 2012).

Todas as ações direcionadas à atenção à saúde do idoso são responsabilidade da equipe de saúde. Assim, é importante que a equipe seja formada por profissionais de diferentes áreas (BRASIL, 2001b). Nas ESF, as equipes multiprofissionais são compostas minimamente por médico generalista ou especialista em saúde da família ou médico de família e comunidade, enfermeiro generalista ou especialista em saúde da família, auxiliar ou técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde. Pode-se acrescentar a essa composição os profissionais de saúde bucal (cirurgião dentista generalista ou especialista em saúde da família, auxiliar e/ou técnico em saúde bucal) (BRASIL, 2011b).

Ressalta-se que na atenção primária o enfermeiro é protagonista das ações devido às suas responsabilidades específicas preconizadas pelo Ministério da Saúde, que são planejar, gerenciar, coordenar, executar e avaliar a unidade de saúde (BRASIL, 2001a), descritas também na Lei do Exercício Profissional (BRASIL, 1986). Segundo a Política Nacional da Atenção Básica, dentre as atribuições específicas do enfermeiro, encontra-se o planejamento, gerenciamento e avaliação das ações desenvolvidas pelos agentes comunitários em conjunto com os outros membros da equipe (BRASIL, 2012e). Embora essa Política não estabeleça que o coordenador da unidade de saúde da família seja o enfermeiro, frequentemente este profissional assume tal função (MELO; MACHADO, 2013; SPAGNUOLO et al., 2012).

No entanto a atenção à saúde do idoso nesse espaço apresenta alguns desafios, como a necessidade de capacitação dos profissionais de saúde, ampliação da oferta de ações específicas direcionadas às necessidades do idoso e melhoria da qualidade da assistência.

A literatura tem evidenciado que, além de ações de gerência e planejamento, o enfermeiro desenvolve ações de cuidado direto e práticas educativas que podem ser entendidas como estratégia de cuidado ampliado e integral na ESF (SILVA et al., 2012).

Uma investigação no Paraná identificou a ausência de ações realizadas pelos enfermeiros na atenção à saúde do idoso; quando existentes são de iniciativa da população e delegadas a outros profissionais de saúde. Observou-se que os enfermeiros realizam apenas cuidados curativos por relacionarem o processo de envelhecimento ao aspecto biológico (PILGER et al., 2013).

Investigação conduzida com profissionais de saúde de uma ESF no Ceará evidenciou que a maioria afirma inexistir facilidades para assisti-lo. As dificuldades relatadas foram baixa assiduidade dos idosos e necessidade de capacitação profissional (BARROS; MAIA; PAGLIUCA, 2011).

Outra pesquisa de avaliação das ações estratégicas na atenção à saúde do idoso no Piauí identificou que 70% das UBS desenvolviam ações coletivas; 60% atividades educativas; 100% apresentavam registro dos idosos atualizado; 95% apresentavam vacinação em dia; 70% negaram acompanhamento pela saúde bucal; 70% apresentavam exame da superfície corporal como rotina; 60% intervinham na capacitação de cuidadores domiciliares; 65% atuavam na detecção precoce de demências; 80% dos profissionais conheciam a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI); 80% negaram capacitação para desenvolvimento das ações da PNSPI e 65% não atuavam na identificação de incapacidades (LUZ et al., 2012).

Estudo desenvolvido na Paraíba descreveu alguns aspectos em que o serviço de saúde exigia melhorias, como a continuidade do cuidado e o atendimento das necessidades de saúde dos idosos. Evidenciou-se que a comunicação entre os diferentes níveis de atenção era insuficiente para garantir o acompanhamento de saúde eficaz, dificultando, assim, a integralidade da assistência. Além disso, a oferta de serviços foi inferior diante das demandas. Referente à qualidade da assistência, a sua melhoria esteve relacionada ao atendimento com atenção, paciência e respeito, considerando as limitações e anseios dos idosos (ARAÚJO, 2012).

A literatura científica traz ainda indícios que o atendimento prestado não tem sido realizado conforme o preconizado pelo Ministério da Saúde e não está sendo pautado na qualidade, que é uma das diretrizes da Política Nacional da Atenção Básica. É preconizado o acesso a serviços de saúde de qualidade que sejam

resolutivos e promovam a vinculação e a corresponsabilização pela atenção às necessidades de saúde da população (BRASIL, 2011b). Um inquérito realizado na Paraíba observou que alguns idosos consideram o atendimento bom; no entanto outros consideram ruim a forma como são atendidos e a assistência oferecida. Os sentimentos de insatisfação estiveram relacionados à espera no atendimento, à disponibilidade de apenas um dia para atendimento e a dificuldades no relacionamento com o profissional de saúde (MENDES et al., 2013).

Evidencia-se, portanto, que as ações direcionadas à atenção à saúde do idoso no contexto primário ainda se constituem um desafio especialmente sob o foco da qualidade, assim emerge a necessidade de investigação desse aspecto considerando que a atenção primária desempenha um papel central na garantia ao acesso da atenção à saúde de qualidade (BRASIL, 2011b).

1.3 QUALIDADE NA ATENÇÃO À SAÚDE

A gestão de qualidade tem sido destacada nas mais diferentes formas e situações. O seu conceito e as suas estratégias de alcance têm passado por transformações. Acredita-se que a busca pela qualidade seja uma constante no modo de produzir bens e serviços (TRONCHIN; MELLEIRO; TAKAHASHI, 2012).

1.3.1 Aspectos históricos da qualidade

Considerando o interesse crescente pela qualidade na área da saúde, é relevante destacar a opinião de autores clássicos sobre a qualidade na indústria. Nessa área a gestão da qualidade se tornou mais desenvolvida e fecunda, inspirando boa parte das iniciativas existentes nos serviços de saúde (GAMA; SATURNO, 2013).

O termo qualidade é bastante difundido. No entanto existe certa confusão devido ao subjetivismo e ao uso genérico para representar coisas distintas. Assim, a qualidade pode estar associada a atributos intrínsecos de um bem ou ainda relacionar-se à satisfação dos clientes quanto à adequação do produto; ou seja, qualidade é o grau com que o produto atende satisfatoriamente às necessidades do cliente durante o uso. Outro conceito descreve qualidade como o atendimento às

especificações do produto. Existem ainda aqueles que associam qualidade ao valor relativo do produto (CARPINETTI, 2012).

A preocupação com a qualidade iniciou-se na década de 1920 com W.A. Shewhart, estatístico norte-americano que questionava a qualidade e a variabilidade na produção de bens e serviços (LONGO, 1996).

Outro autor de destaque é William Edwards Deming que define qualidade como a conformidade de um produto de acordo com suas especificações técnicas (GOMES, 2004). No início da II Grande Guerra, a Universidade de Stanford solicitou a Deming conselhos sobre como contribuir para o esforço de guerra; este sugeriu a aplicação dos princípios do controle estatístico da qualidade à produção de material de guerra criando cursos sobre o tema. Em 1946, criou-se a *American Society for Quality Control* (ASQC) sendo Deming membro honorário. Em 1950, Deming foi convidado para uma série de seminários destinados a engenheiros e chefes de produção de empresas japonesas. A sua experiência com a implementação de técnicas de qualidade indicava que não era suficiente envolver os trabalhadores da área de produção na aplicação, eles tinham que ser envolvidos também na gestão. Deming acreditava que para uma organização manter a ênfase necessária na qualidade era necessário o empenho contínuo da gestão. Assim, a sua filosofia da qualidade expressou princípios direcionados especificamente aos gestores; descrevia a necessidade de motivar os trabalhadores para o esforço de melhoria da qualidade bem como a responsabilidade da gestão em assegurar condições que permitissem que esforços individuais resultassem em melhorias efetivas ao nível do sistema. No entanto o seu conceito de qualidade era focado exclusivamente nos aspectos técnicos do produto (CARPINETTI, 2012; GOMES, 2004).

Tal como Deming, Joseph Juran influenciou o pensamento japonês sobre sistemas de qualidade. Juran definiu qualidade conforme a adequação de um produto à sua utilização. Essa definição aproximou o conceito de qualidade à perspectiva do cliente (GOMES, 2004). Para oferecer produtos aos clientes que atendam às suas expectativas, as atividades ao longo do ciclo produtivo devem garantir que os produtos não terão deficiências e apresentarão os atributos desejáveis (CARPINETTI, 2012). No seu livro *Juran on Leadership for Quality*, Juran apresenta uma base conceptual para um processo de gestão da qualidade dividido em três fases distintas: planejamento, controle e melhoria. Ele recomenda a criação de equipes responsáveis por cada uma dessas fases. O planejamento da qualidade

requer a descrição dos clientes e suas necessidades, a definição dos objetivos e de medidas da qualidade, o desenvolvimento do plano, a disponibilização de recursos necessários e a sua implementação efetiva. O controle consiste na implementação de um sistema de métricas da qualidade, de avaliação das ações que visam a melhorias e de ações corretivas baseadas na análise de métricas da qualidade. A terceira fase exige às organizações o estabelecimento de programas e procedimentos e de infraestrutura que potencializa a melhoria contínua da qualidade; deve-se reduzir os desperdícios e melhorar a satisfação dos empregados e dos clientes (GOMES, 2004).

Em 1956, Armand Feigenbaum propôs a expressão "controle da qualidade total", indicando que a qualidade resulta de um esforço de todos os indivíduos que colaboram para a organização, e não do esforço de apenas um grupo. Feigenbaum enfatiza a melhoria da comunicação entre departamentos funcionais como forma de promover melhorias da qualidade. Assim como Juran, Feigenbaum acreditava no modelo de custos da qualidade e defendeu a necessidade de se criar uma estrutura organizativa que se constituísse em suporte à gestão da qualidade (GOMES, 2004).

Phillip Crosby contribuiu para a teoria da qualidade ao defender o conceito de produção sem defeito. Tal como Deming, Crosby definia a qualidade em termos de conformidade do produto com as suas especificações técnicas. No entanto este introduziu a ideia de que a qualidade é grátis e compensa o investimento (GOMES, 2004).

Kaoru Ishikawa contribuiu para o desenvolvimento do conceito de qualidade no sentido de incorporar requisitos do consumidor (GOMES, 2004). Sendo influenciado por Deming e Juran, Kaoru amplia o conceito de qualidade com ênfase no lado humano. Para ele, a qualidade total implica a participação de todos e o trabalho em grupos. O processo refere-se a um conjunto de causas que devem ser controladas para obtenção de bons produtos e serviços; assim, criou-se o diagrama de causa e efeito (diagrama de Ishikawa) (CARPINETTI, 2012).

Genichi Taguchi defendeu que a qualidade deveria ser garantida por meio do *design* dos produtos. Acrescentou ao conceito de qualidade a dimensão de consistência. Enquanto Juran e Feigenbaum se preocupavam com os custos da qualidade para a organização, Taguchi preocupou-se com os custos da qualidade para a sociedade. Taguchi considerou não só o custo para a organização que envia para o mercado um produto com defeito, mas também para quem adquire esse

produto, o consumidor final, e assim por diante. Nessa perspectiva, evidenciou-se o efeito da acumulação de pequenas falhas de qualidade para a sociedade (GOMES, 2004).

A contribuição de David Garvin para a evolução do conceito de qualidade é diferente dos anteriores. Garvin descreveu diferentes dimensões da qualidade permitindo que gestores, trabalhadores e clientes pensem e discutam questões relacionadas a esse aspecto de modo preciso. Na sua estratégia, as organizações devem identificar as dimensões da qualidade que consideram prioritárias (GOMES, 2004).

Nas últimas décadas a tendência futura é a conceituação de qualidade como satisfação dos clientes, contemplando a adequação ao uso bem como a conformidade com as especificações do produto (CARPINETTI, 2012). A qualidade é considerada como algo que afeta a vida das organizações e de cada indivíduo de uma forma positiva (GOMES, 2004). Quando os usuários de um bem ou serviço não têm as necessidades satisfeitas ou as expectativas são frustradas, de uma forma ou de outra, a qualidade foi negligenciada (GOMES, 2004).

Na área da saúde, o termo qualidade é usado em um sentido amplo englobando a satisfação com os serviços de saúde, os custos da atenção, a qualificação do pessoal, a segurança, a aparência das unidades e a adequação dos equipamentos utilizados na prestação dos serviços (STARFIELD, 2002).

No entanto segundo o Ministério da Saúde (2013a, p.21) “a qualidade em saúde é definida como o grau de atendimento a padrões de qualidade estabelecidos perante as normas, protocolos, princípios e diretrizes que organizam as ações e práticas, assim como aos conhecimentos técnicos e científicos atuais, respeitando valores culturalmente aceitos e considerando a competência dos atores”.

1.3.2 Qualidade na atenção primária

Considerando a função de porta de entrada preferencial nos serviços de saúde (BRASIL, 2012e) bem como seu papel junto às redes de atenção, a atenção primária para ter qualidade deve obedecer a sete atributos na sua totalidade (primeiro contato, longitudinalidade, integralidade, coordenação, centralização na família, orientação comunitária, competência cultural) (MENDES, 2011; STARFIELD,

2002) e três funções essenciais (resolubilidade, comunicação e responsabilização) (MENDES, 2011).

O *primeiro contato* refere-se à acessibilidade e ao uso do serviço a cada novo problema ou novo episódio de um problema pelo qual os indivíduos buscam atenção à saúde; envolve a acessibilidade e a utilização. A *longitudinalidade* implica a existência de uma fonte regular de cuidados pela equipe de saúde e o seu uso ao longo do tempo; o ambiente deve ser de relação mútua de confiança e humanizado entre equipe de saúde, indivíduos e famílias, refletindo, assim, fortes laços interpessoais. A *integralidade* significa a prestação, pela equipe de saúde, de um conjunto de serviços que atendam às necessidades da população adstrita nos campos da promoção, da prevenção, da cura, do cuidado e da reabilitação; soma-se a responsabilização pela oferta de serviços em outros pontos de atenção à saúde (secundários e terciários) e o reconhecimento adequado dos problemas biológicos, psicológicos e sociais que causam as doenças. A *coordenação* requer a garantia da continuidade da atenção, pela equipe de saúde, com o reconhecimento dos problemas que exigem seguimento constante, e se articula com a função de centro de comunicação das redes de atenção. A *centralização na família* implica considerar a família como o sujeito da atenção, isso exige interação da equipe de saúde com a unidade social e o conhecimento integral de seus problemas de saúde. A *orientação comunitária* significa o reconhecimento das necessidades das famílias em função do contexto físico, econômico, social e cultural em que vivem, tornando relevante a análise situacional das necessidades de saúde das famílias numa perspectiva populacional e a sua integração em programas intersetoriais de enfrentamento dos determinantes sociais da saúde. A *competência cultural* refere-se à relação horizontal entre a equipe de saúde e a população, sendo respeitadas as singularidades culturais e as preferências dos indivíduos e famílias (MENDES, 2011; STARFIELD, 2002).

Concernente às funções, a *resolubilidade* deve ser resolutiva e capacitada devendo atender mais de 85% dos problemas de saúde da população. A função de *comunicação* refere-se às condições de ordenar os fluxos e contrafluxos dos indivíduos, produtos e informações entre os diferentes componentes das redes. Por fim, a *responsabilização* implica o conhecimento, o relacionamento íntimo e a responsabilização econômica e sanitária da população adstrita nos microterritórios sanitários (MENDES, 2011).

Assim, na atenção primária, a qualidade pode ser vista de uma perspectiva clínica (individual) ou populacional (coletiva). Na perspectiva clínica, a preocupação está centrada no impacto dos profissionais individuais, ou grupos de profissionais, sobre a saúde dos usuários. Na perspectiva coletiva, o foco está no impacto dos sistemas de saúde e na redução das disparidades na saúde entre os subgrupos populacionais. Assim, quatro aspectos são importantes na consideração e avaliação dos serviços de atenção primária a partir dessa perspectiva mais ampla: capacidade do recurso (adequação dos recursos para a oferta de atenção), prestação de serviços (capacidade e desempenho destacando como relevante para a qualidade da atenção primária o primeiro contato, a longitudinalidade, a integralidade e a coordenação do cuidado), avaliação do estado de saúde (resultados da atenção sendo avaliados pelas morbidades e funcionalidade) e desempenho clínico (a forma pela qual a saúde e os problemas são tratados) (STARFIELD, 2002).

1.3.3 Qualidade da assistência

O tema qualidade dos serviços na área da saúde se iniciou por volta do século XX, pelo Colégio Americano de Cirurgiões, nos Estados Unidos, que avaliava regulamente o cuidado prestado aos indivíduos hospitalizados por meio de padrões mínimos (TRONCHIN; MELLEIRO; TAKAHASHI, 2012). Na história da enfermagem, em meados de 1990, nos Estados Unidos, a qualidade da assistência esteve relacionada a questões econômicas. A segurança do paciente e a qualidade da assistência não eram priorizados devido à ênfase na diminuição dos custos. Em 1994, a *American Nurses Association* (ANA) iniciou uma investigação acerca do impacto da estrutura do sistema de saúde sobre a segurança e qualidade da assistência; realizou atividades direcionadas aos enfermeiros com foco na qualidade bem como divulgou aspectos relacionados à segurança, à qualidade da assistência e aos métodos de pesquisa para avaliação desses aspectos (BOHOMOL, 2010). Em 1998, a *National Database of Nursing Quality Indicators* (NDNQI) foi estabelecido pela ANA para o desenvolvimento de conhecimentos relacionados aos fatores que influenciavam a qualidade dos cuidados de enfermagem. A missão da NDNQI era auxiliar na segurança e melhoria da qualidade, fornecendo dados comparativos nacionais baseados em pesquisas sobre os cuidados de enfermagem e sua relação com os resultados ao paciente. Posteriormente foram introduzidos indicadores

sensíveis que eram distintos para a enfermagem, diferindo, portanto, dos indicadores de qualidade dos cuidados médicos; eles refletiam a estrutura, o processo e os resultados na assistência de enfermagem (MONTALVO, 2007) sendo baseados na tríade (estrutura, processo e resultado) de Donabedian (1997). Ressalta-se que esses indicadores referem-se à assistência hospitalar.

A qualidade de um produto ou serviço tem múltiplas faces e orientação primária nas necessidades dos clientes. Essas necessidades fazem-se sentir com intensidades diversas e devido a isso se torna estratégico decidir quais as dimensões da qualidade prioritárias para uma organização (GOMES, 2004).

Salienta-se que as diversas definições de qualidade apresentam certo conflito do conceito entre normas ou valores e a realidade cotidiana dos cuidados de saúde (HARTELOH, 2003).

Alguns conceitos enfatizam a ausência de danos à saúde e padrões de referência. Assim, a qualidade pode relacionar-se à otimização devendo-se empregar o máximo de recursos existentes sem risco para os usuários dos serviços e trabalhadores em saúde (TRONCHIN; MELLEIRO; TAKAHASHI, 2012). Outra definição relaciona-se aos benefícios sobre riscos de aspectos técnicos e interpessoais de atendimento ao usuário (DONABEDIAN, 1979). A qualidade em saúde pode ainda referir-se ao grau de atendimento a padrões de qualidade, ou seja, referência esperada para um determinado aspecto do serviço ou das práticas baseadas em diretrizes estabelecidas (BRASIL, 2005a).

Outros conceitos relacionam a qualidade ao resultado sobre a saúde do usuário, como a capacidade de atingir os objetivos desejados usando meios legítimos. Quase sempre o objetivo é um estado possível de saúde, mensurável na função física ou fisiológica, dependendo do contexto da avaliação (DONABEDIAN, 1988). Outra definição enfatiza o acesso dos indivíduos às estruturas de saúde e a eficácia do cuidado recebido conforme suas necessidades (CAMPBELL; ROLAND; BUETOW, 2000). Segundo a *Agency for Healthcare Research and Quality* (AHRQ), a qualidade dos cuidados de saúde tem significados diferentes para pessoas. Algumas a relacionam ao atendimento imediato, ao tratamento com cortesia pela equipe médica ou ao tempo gasto no atendimento. No entanto é relevante pensar que o mais importante é saber se o problema foi resolvido (AGENCY FOR HEALTHCARE RESEARCH AND QUALITY, 2005).

Em uma perspectiva ampliada, outros conceitos que preconizam o foco no usuário apresentam dimensões a serem consideradas na qualidade em saúde. De acordo com o *Institute of Medicine* (IOM) (1990), a qualidade no atendimento relaciona-se ao grau em que os serviços de saúde aumentam a probabilidade de resultados de saúde desejados para os indivíduos e populações sendo consistentes com o conhecimento profissional atual. Para a Organização Mundial de Saúde (2006), a qualidade dos serviços deve refletir uma preocupação com os resultados obtidos pelos usuários dos serviços seja em nível individual ou comunitário. Essas definições apresentam seis dimensões, a saber (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2006; INSTITUTE OF MEDICINE, 2001): *segurança*: minimizar riscos e danos para os usuários do serviço; *efetividade*: prestar serviços com base no conhecimento científico para todos que podem se beneficiar e abster-se da prestação de serviços para aqueles que não possam se beneficiar; *cuidado centrado no paciente*: prestar cuidado respeitoso e responsivo conforme as preferências, necessidades e valores do paciente; *oportunidade/aceso*: reduzir esperas e atrasos, prejudiciais para quem recebe e fornece assistência; *eficiência*: evitar desperdício, incluindo os resíduos de equipamentos, suprimentos, ideias e energia e *equidade*: prestar cuidados que não variam em qualidade devido às características como gênero, etnia, localização geográfica e nível socioeconômico.

Existe ainda a definição mais direcionada às ações realizadas nos serviços de saúde. Para o *National Quality Forum* (NQF) (2013a), cuidados de saúde de alta qualidade referem-se aos serviços certos, na hora certa e no caminho certo para atingir o melhor nível de saúde possível. Esse será o conceito adotado para o presente estudo pelo fato de ter como objeto o processo de prestação do cuidado, e não o seu resultado para os indivíduos.

Salienta-se que diante das diversas definições nenhuma é universalmente válida. O importante é definir o conceito de qualidade em função da missão dos serviços de saúde, considerando as circunstâncias do meio em que estão inseridos (GAMA; SATURNO, 2013). Assim, a qualidade na assistência e suas dimensões apresentam conceitos flexíveis que podem ser adaptados a cada produto ou serviço conforme a criatividade, a responsabilidade e o entendimento da função que cada profissional, instituição ou sistema deve desempenhar (SATURNO, 2008).

Em outra tipologia, a qualidade da assistência pode ser avaliada por meio de três dimensões, conforme Figura 6 a seguir.

Figura 6 - Três dimensões para avaliação da qualidade da assistência em saúde



Fonte: Donabedian, 1997.

A estrutura se refere a atributos dos contextos em que ocorre o cuidado incluindo recursos materiais (tais como instalações, equipamentos), recursos humanos (tais como o número e a qualificação do pessoal) e de estrutura organizacional (como organização pessoal, os métodos de avaliação e os métodos de reembolso) (DONABEDIAN, 1997).

O processo denota o que é realmente feito no cuidado ao indivíduo, bem como as atividades do profissional relacionadas ao diagnóstico, à recomendação ou à implementação do tratamento (DONABEDIAN, 1997). Considera-se ainda o desempenho nas atividades administrativas, assistenciais, educativas, de ensino e pesquisa realizadas pelos profissionais (FELDMAN, 2010).

Por fim, o resultado refere-se aos efeitos dos cuidados sobre o estado de saúde dos pacientes e populações; melhorias no conhecimento e alterações no comportamento do indivíduo são incluídos, assim como o seu grau de satisfação (DONABEDIAN, 1997).

Embora as categorizações relacionadas à qualidade sejam diferentes, em cada dimensão do IOM (segurança, efetividade, cuidado centrado no paciente, oportunidade/aceso, equidade) tem-se medidas de estrutura, processo e resultado de Donabedian (ROMANO; HUSSEY; RITLEY, 2010). Desse modo, considerando a definição de qualidade da assistência adotada nesta pesquisa (NATIONAL QUALITY FORUM, 2013a), a dimensão a ser avaliada será o processo com base no referencial de Donabedian (1997).

1.4 O USO DE INDICADORES PARA MENSURAR A QUALIDADE

Os indicadores são medidas sintéticas que contêm informações relevantes sobre determinados atributos e dimensões relacionadas à saúde e/ou desempenho do sistema de saúde (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE, 2008). Trata-se de uma medida que fornece informações que podem ser usadas no contexto de tomada de decisão (ORGANISATION FOR ECONOMIC CO-OPERATION AND DEVELOPMENT, 2009).

Os indicadores podem descrever a qualidade do atendimento para um grupo de usuários do serviço ou toda a população, esses são compilados a partir de dados sobre aspectos particulares de seus cuidados (NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CARE EXCELLENCE, 2014).

Um indicador é constituído de um conjunto de dados ou variáveis que, quando são submetidos a operações estatísticas (se quantitativos), fornecem informações sobre determinado fenômeno ou evento. Uma das suas características é a capacidade de simplificar informações relevantes facilitando a comunicação entre os seus diferentes usuários tornando-se ferramentas fundamentais nos processos de gestão, planejamento e tomada de decisões (BRASIL, 2011d).

A principal finalidade de um indicador é mensurar um aspecto da realidade dada ou construída possibilitando a operacionalização da sua observação e avaliação (BRASIL, 2012a). Eles permitem ainda descrever, classificar, ordenar, comparar ou quantificar de maneira sistemática aspectos da realidade atendendo às

necessidades dos responsáveis (BRASIL, 2012a). Todo indicador exige conhecimento prévio da clientela, ajustando-o às suas necessidades de saúde, permitindo direcionar os serviços para que esses atinjam níveis de excelência na assistência prestada e tenham aumento da produtividade e redução de custos (TEIXEIRA et al., 2006).

Na área da saúde, tem-se os indicadores clínicos que são medidas de processo, estrutura e/ou resultados da assistência ao usuário. Eles são utilizados por sistemas e serviços de saúde, bem como pelos organismos de acreditação e de regulação para identificar áreas de interesse ou desenvolvimento (UNIVERSITY OF NEW SOUTH WALES, 2009).

Os indicadores fornecem uma base quantitativa para profissionais de saúde, organizações e planejadores com o objetivo de alcançar a melhoria no atendimento e nos processos pelos quais o atendimento ao usuário é oferecido (MAINZ, 2003). Assim, a medição e o monitoramento de indicadores podem servir a muitos propósitos, como documentar a qualidade do atendimento, fazer comparações ao longo do tempo entre lugares, melhorar a qualidade de apoio, dentre outros (MAINZ, 2003).

No entanto esses indicadores devem apresentar algumas características para representarem uma boa medida.

1.4.1 Atributos dos indicadores

As informações necessárias para desenvolver indicadores de qualidade podem ser derivadas utilizando métodos sistemáticos ou não-sistemáticos. Os métodos não-sistemáticos, tais como estudos de caso, desempenham um papel importante, mas eles não indicam a evidência disponível na literatura científica. Já os métodos sistemáticos podem ser baseados diretamente em evidência científica, combinando ainda a literatura científica disponível com a opinião de especialistas, ou podem basear-se em diretrizes clínicas (CAMPBELL et al., 2002).

Destaca-se que algumas instituições internacionais, como a AHRQ (2014a), o NQF (2013a; 2015a), a *National Health Performance* (NATIONAL MENTAL HEALTH PERFORMANCE SUBCOMMITTEE, 2011) e a Rede Interagencial de Informação para a Saúde (RIPSA) (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE, 2008), indicam que a confiabilidade e a validade são atributos desejáveis aos indicadores.

As medidas devem aderir tanto quanto possível no seu desenvolvimento a validade de conteúdo (mensuração do que se pretende) e de face (refere-se à importância do indicador para o monitoramento do problema), e na sua aplicação a aceitabilidade (o indicador é aceitável para quem está sendo avaliado e para o avaliador), a viabilidade (o indicador é válido sendo os dados disponíveis consistentes), a confiabilidade (tem minimizados os erros de medição e são reproduzíveis), a sensibilidade à mudança (tem sensibilidade para detectar mudanças no atendimento) e a validade preditiva (tem capacidade de previsão da qualidade dos resultados do cuidado) (CAMPBELL et al., 2002; HERNÁNDEZ, 1998).

A adesão a essas características irá ajudar a maximizar a eficácia dos indicadores na melhoria de estratégias de qualidade (CAMPBELL et al., 2002). Soma-se a validade de critério que refere-se ao grau em que o indicador se correlaciona com um critério de referência, como exemplo, a relação entre um melhor resultado no caso de indicadores de processo. Porém, na ausência de uma medida de referência, avaliar a validade adequada se torna complexo (HERNÁNDEZ, 1998).

Segundo a *Joint Commission on Accreditation of Healthcare* (JCAHO), alguns atributos são básicos para bons indicadores: serem definidos para melhorar a saúde da população; apresentarem precisão, confiabilidade, validade, facilidade de compreensão; poderem ser ajustados ou estratificados (quando se tem fatores que se diferem entre grupos a comparar) e os dados serem acessíveis e poderem ser controlados pelos provedores (HERNÁNDEZ, 1998).

Para a AHRQ uma medida de qualidade deve ter alguns atributos desejáveis que podem ser agrupados em três áreas amplas de categorias conceituais: importância, solidez e viabilidade. A importância da medida refere-se à relevância para as partes interessadas e para a saúde, bem como à aplicabilidade para mensurar a distribuição equitativa de cuidados de saúde e o potencial de melhoria e suscetibilidade de influência pelo sistema de saúde. A solidez está relacionada à explicitação de evidência, confiabilidade, validade, ajuste de estratificação, quando pertinente, e compreensibilidade. A viabilidade contempla a especificação explícita do numerador e denominador bem como a disponibilidade dos dados (AGENCY FOR HEALTHCARE RESEARCH AND QUALITY, 2014a).

Semelhantemente o NQF (2013a; 2015a) apresenta quatro critérios para avaliação de uma medida: *importância para mensurar e apresentar* (para manter o foco em áreas prioritárias, no qual a evidência é mais alta); *aceitabilidade científica* (para que, quando implementada a medida, ela produza resultados confiáveis e válidos sobre a qualidade do atendimento); *utilidade e relevância* (para garantir que os consumidores, compradores, fornecedores e os gestores políticos possam entender os resultados da medida para a melhoria da qualidade e de tomada de decisões) e *viabilidade de coleta* (disponibilidade de medição e recuperação dos dados).

O *National Health Performance* apresenta alguns critérios semelhantes que devem ser aplicados aos indicadores na área da saúde: *compensar a sua medição*, pois os indicadores representam um aspecto importante da saúde pública ou o desempenho do sistema de saúde; *ser mensurável para diversas populações*, ou seja, ser válidos e confiáveis para a população em geral e diversas populações (exemplo rural e urbana); *ser compreensível* para favorecer a mudança e melhoria da saúde; *possibilitar ação* em nível nacional, estadual, local ou comunitário; *relevância para a política e prática* favorecendo ações que podem levar à melhoria; *mensuração periódica* para refletir os resultados de ações; *viabilidade para coleta e apresentação*, ou seja, ter custo razoável e poder ser coletado, analisado e apresentado por meio de um período de tempo apropriado; cumprir com os processos nacionais de definições de dados e ser confiável e válido (NATIONAL MENTAL HEALTH PERFORMANCE SUBCOMMITTEE, 2011).

Diferentemente da literatura internacional que se refere a indicadores de qualidade (AGENCY FOR HEALTHCARE RESEARCH AND QUALITY, 2014a; NATIONAL QUALITY FORUM, 2013a; 2015a) e de desempenho na área da saúde (NATIONAL MENTAL HEALTH PERFORMANCE SUBCOMMITTEE, 2011), as publicações nacionais referentes a indicadores de programas e de saúde ambiental (BRASIL, 2011d; BRASIL, 2010a) têm destacado propriedades desejáveis descritas para indicadores sociais, baseando-se em Januzzi (2005), tais como relevância para a agenda política, validade de representação do conceito, confiabilidade da medida, cobertura populacional, sensibilidade às ações previstas, especificidade ao programa, transparência metodológica na sua construção, comunicabilidade ao público, factibilidade operacional para sua obtenção, periodicidade na sua

atualização, desagregabilidade populacional e territorial e comparabilidade da série histórica.

Segundo a RIPSa para que um indicador tenha qualidade são necessários dois itens: propriedades dos componentes utilizados (frequência de casos, tamanho da população em risco) e precisão dos sistemas de informação empregados (registro, coleta, transmissão dos dados). Somam-se, além da validade e confiabilidade, a *mensurabilidade* (basear-se em dados disponíveis ou de fácil acesso), a *relevância* (responder a prioridades de saúde) e o *custo-efetividade* (resultados justificam o investimento de tempo e recursos) (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE, 2008).

Usualmente os indicadores são expressos em números, taxas, ou médias (MAINZ, 2003). No entanto a maioria das medidas de qualidade são construídas por meio de proporções ou porcentagens nas quais o denominador representa o número de pessoas elegíveis para o evento em determinado período de tempo e o numerador refere-se ao número de casos; o desempenho varia de 0-100%. Outra medida utilizada é a razão que consiste na divisão de duas medidas sendo que o numerador pode ou não estar contido dentro do denominador (ROMANO; HUSSEY; RITLEY, 2010).

Os indicadores em saúde podem assumir distintas classificações. Segundo o NQF (2013a; 2015a) eles podem ser *medidas de estrutura* que se relacionam à infraestrutura em saúde e refletem as condições de prestação de cuidados; *medidas de processo* que avaliam as etapas que devem ser seguidas para prestar um bom atendimento e se a ação foi concluída; *medidas de resultados* que se relacionam aos resultados dos cuidados de saúde experimentados pelos usuários; *medidas de experiência do usuário* que se refere ao *feedback* sobre a experiência de receber cuidados e *medidas compostas* que combinam múltiplas medidas para produzir um único resultado e fornecer uma imagem mais abrangente dos cuidados.

De modo semelhante, porém com diferentes grupos de categorias, encontra-se outra classificação utilizada na área da saúde, conforme Quadro 2 a seguir.

Quadro 2 - Categoria dos indicadores clínicos

Baseado na frequência ou sentinela	
Relacionado à estrutura/ao processo/ao resultado	
Genérico ou específico da doença	
Tipo de atendimento	Preventivo
	Agudo
	Crônico
Função	Rastreio
	Diagnóstico
	Tratamento
	Acompanhamento
Modalidade	História
	Exame físico
	Laboratório/Estudo de radiologia
	Medicação
	Outras intervenções

Fonte: Mainz, 2003.

Nessa classificação, as categorias, especificamente a categoria relacionada à estrutura, ao processo e ao resultado, são semelhantes ao que se avalia pelo NQF. A estrutura inclui os atributos de recursos materiais (tais como instalações, equipamentos e financiamento), recursos humanos (como o número e as qualificações de pessoal) e estrutura organizacional (como equipe médica, organização, métodos de avaliação pelos pares e modalidades de reembolso). O processo refere-se ao que é realmente realizado, ou seja, as atividades para fazer um diagnóstico, recomendações ou implementação do tratamento, ou outra interação com o usuário. Eles avaliam o que o provedor faz para o usuário e como foi feito e mensuram atividades e tarefas em episódios de cuidado. O resultado descreve os efeitos dos cuidados sobre o estado de saúde dos usuários e populações; melhorias nos seus conhecimentos e alterações no comportamento podem ser inseridos com uma definição ampla do resultado e representar o grau de satisfação do usuário com o atendimento (MAINZ, 2003).

Após essas considerações é relevante destacar que a mensuração de determinado item é precedida inicialmente pela definição do objeto a ser mensurado, uma vez que indicadores se constituem em uma ferramenta útil para a gestão de serviços e avaliação do sistema de saúde (MOURA et al., 2009). No entanto seu uso não deve relacionar-se a práticas fiscalizatórias ou punitivas, mas que subsidiem ações educativas visando melhoria da prática em saúde (MOURA et al., 2009).

Nesse contexto, considerando as dimensões da qualidade da assistência (DONABEDIAN, 1997) bem como as classificações descritas acima, ressalta-se como foco deste estudo a avaliação de indicadores de processo da qualidade da assistência de enfermagem. A adoção de indicadores para monitorar a qualidade dos serviços oferecidos aos usuários permite acompanhar o atendimento de enfermagem (MOURA et al., 2009). A sua seleção deve buscar o maior grau possível de aderência às propriedades que caracterizam uma boa medida de desempenho (BRASIL, 2012a). Assim, serão descritos a seguir o uso de indicadores em saúde com foco relacionado à enfermagem, à atenção primária e saúde do idoso.

1.4.2 Indicadores de qualidade em saúde: idoso, assistência em enfermagem e atenção primária

Algumas organizações relacionadas a saúde têm proposto indicadores de qualidade em saúde no nível primário na Austrália (AUSTRALIAN COMMISSION ON SAFETY AND QUALITY IN HEALTH CARE, 2012), Canadá (CANADIAN INSTITUTE FOR HEALTH INFORMATION, 2013) bem como no Brasil (BRASIL, 2012f). No nível secundário e terciário, os indicadores são mais frequentes (ENGLAND, 2009; MONTALVO, 2007; SCOTLAND, 2008; PROGRAMA DE QUALIDADE HOSPITALAR, 2006). São ainda destacados indicadores aplicáveis em todos os níveis de atenção (NATIONAL QUALITY FORUM, 2015b; ORGANISATION FOR ECONOMIC CO-OPERATION AND DEVELOPMENT, 2015a;b; AGENCY FOR HEALTHCARE RESEARCH AND QUALITY, 2014b; NURSING QUALITY INDICATORS FOR REPORTING AND EVALUATION, 2013; HEALTH QUALITY AND SAFETY COMMISSION, 2012; NATIONAL HEALTH SYSTEM OF UNITED KINGDOM, 2010). No entanto não são descritos indicadores relacionados à assistência de enfermagem ao idoso na atenção primária.

Na enfermagem tem-se indicadores sensitivos que identificam as estruturas de processos de atendimento e cuidados, os quais, por sua vez, influenciam os resultados da assistência; são distintos e específicos para a enfermagem (MONTALVO, 2007). Esses indicadores têm sido identificados especialmente no contexto hospitalar e usados por organizações relacionadas à saúde e por pesquisadores para medir a contribuição dos enfermeiros nos resultados dos

usuários. Uma vez identificados, os indicadores sensíveis de enfermagem podem ser aplicados para fins de melhoria da qualidade, mas o consenso é necessário para atingir o seu potencial (BURSTON; CHABOYER; GILLESPIE, 2014).

1.5 JUSTIFICATIVA DO ESTUDO

Diante do exposto, observa-se a escassez de estudos relacionados aos indicadores da qualidade da assistência de enfermagem na atenção primária especificamente tendo como objeto de análise os idosos (CALDANA et al., 2011). As pesquisas focalizam campos específicos na área da saúde e nem sempre estão claros quais são os itens a serem mensurados objetivamente. Considerando os indicadores como potenciais ferramentas que podem contribuir para melhoria do cuidado, há de se repensar como mensurá-los e se esses refletem o que se entende por assistência à saúde. Nesse sentido, emerge a necessidade de novos estudos nessa temática.

Assim questiona-se: como está a qualidade da assistência de enfermagem ao idoso na atenção primária? Cabe destacar que no âmbito hospitalar existe uma gama de indicadores bem estabelecidos que podem subsidiar os enfermeiros na avaliação da qualidade da assistência de enfermagem (VIRTURI; ÉVORA, 2014; SANTOS; RENNO, 2013; MENEZES; BITTENCOURT; MENEZES, 2013; GARCIA; FUGULIN, 2012; CALDANA et al., 2011; MOURA et al., 2009).

Deste modo, considerando que os indicadores se constituem em aspectos importantes na gestão dos serviços, reforça-se a necessidade de priorizá-los na atenção primária. O seu uso permite avaliar o alcance de metas de qualidade bem como comparar desempenhos e identificar oportunidades de melhoria (MENDES; MOURA, 2013). Eles podem propiciar ajustes de metas, redirecionamentos de estratégias e ações, racionalização no uso dos recursos (SERVIÇO SOCIAL DA INDÚSTRIA, 2010) e monitoramento dos processos de trabalho, garantindo eficiência e eficácia das atividades realizadas (SERVIÇO SOCIAL DA INDÚSTRIA, 2010).

Nos espaços de saúde são desenvolvidos uma variedade de serviços, não existindo indicador que resuma a qualidade de todos. Assim, é relevante que seja repensada a discussão para o nível de qualidade específica de cada um dos serviços oferecidos (SATURNO, 2008). Deste modo, considerando que cada

profissional tem atribuições específicas, em determinado serviço de saúde, direcionadas a grupos populacionais distintos, evidencia-se a necessidade de avaliação desses itens, possibilitando visualizar o cumprimento das suas ações.

Salienta-se que na Atenção Primária os padrões da Autoavaliação para a Melhoria do Acesso e da Qualidade (AMAQ) agrupam-se em duas unidades de análise que consideram as competências da gestão e da equipe (BRASIL, 2013a) não tendo foco na assistência de cada profissional que atua nesse espaço de atenção. Porém, segundo o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade (PMAQ), visando impulsionar o cumprimento do programa que descreve as responsabilidades dos profissionais e da equipe, os eixos avaliados devem estar sintonizados com as normas vigentes no âmbito nacional (BRASIL, 2005b), emergindo a relevância de avaliação do trabalho profissional.

Segundo o NQF, o trabalho de enfermagem afeta diretamente a qualidade de cuidados de saúde e a vida dos usuários. Sem uma abordagem padronizada para medir o ambiente da prática de enfermagem e sua contribuição para o atendimento ao usuário, é impossível avaliar de forma consistente o resultado para a qualidade em saúde e identificar oportunidades para melhorar o desempenho de enfermagem. Dentre as prioridades de investigação do NQF, encontram-se medidas de processo de intervenção centrada no enfermeiro, incluindo aquelas que descrevem as contribuições únicas de enfermagem (por exemplo, a avaliação, a identificação do problema, a prevenção, a educação do paciente) e os papéis dependentes, independentes e interdependentes de enfermeiros (NATIONAL QUALITY FORUM, 2004). Salienta-se que na atenção primária a qualidade da assistência de enfermagem é proporcionada como base no fomento e desenvolvimento de ações que interfiram no processo saúde-doença adotando documento norteador do Ministério da Saúde (FAZENDA; FELDMAN; RUTHES, 2010).

Nesse contexto, segundo a ANA o desenvolvimento de novos indicadores ocorre quando não existem indicadores para contribuições da enfermagem no atendimento ao usuário; essa instituição tem desenvolvido indicadores sensíveis à enfermagem, porém, em âmbito hospitalar. Especificamente os indicadores de processo mensuram aspectos da assistência de enfermagem, como a avaliação, a intervenção e a satisfação no trabalho (AMERICAN NURSES ASSOCIATION, 2015b).

Soma-se o envelhecimento populacional brasileiro e as diversas legislações acerca da atenção à saúde do idoso (BRASIL, 1994; BRASIL, 2003a; 2006b). A Política Nacional do Idoso garante a assistência à saúde em toda a rede de atenção de atendimento do SUS (BRASIL, 1994). Em 2006, essa Política foi aprovada pela Portaria 2.528, que dentre suas diretrizes destaca o incentivo a pesquisas visando o aprimoramento e a consolidação da atenção à saúde da pessoa idosa (BRASIL, 2006b). Ressalta-se o Estatuto do Idoso, estabelecido pela Lei 10.741/2003, que assegura a atenção integral à sua saúde, por intermédio do SUS, garantindo acesso universal e igualitário. Os serviços devem funcionar em conjunto articulado e contínuo para a prevenção, promoção, proteção e recuperação da saúde (BRASIL, 2003a). Considerando esses aspectos, a seguir será apresentada a proposta deste estudo.

1.5.1 Proposta do estudo

Diante da lacuna relacionada à produção científica acerca da assistência de enfermagem na atenção primária à saúde do idoso, este estudo propõe a construção de indicadores de processo, considerando a definição de Donabedian (1997). Assim, objetiva-se identificar as ações que o enfermeiro tem realizado e como tem sido a assistência de enfermagem a esse grupo na atenção primária, ou seja, a natureza e a quantidade de cuidados de enfermagem (BOHOMOL, 2010). Para tanto, os possíveis indicadores serão pautados nas publicações e documentos normativos que regem a atenção primária e/ou relacionados ao idoso nesse espaço de atenção produzidos pelo DAB/MS e pela Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais (BRASIL, 1994; 1999; 2001a; 2002; 2003a; 2005; 2006a; 2006b; 2006c; 2006d; 2006e; 2006f; 2006g; 2008a; 2008b; 2009a; 2009b; 2010d; 2010e; 2010f; 2011b; 2011c; 2012b; 2012c; 2012d; 2013b; 2013c; 2013d; 2013e; 2013g; 2014a; 2014b; 2014c; 2014d; MINAS GERAIS, 2006a; 2006b; 2006c; 2006d; 2009; 2013), possíveis de serem realizadas entre idosos e qualificadas como indicadores de qualidade da assistência. O emprego de indicadores baseado no referencial teórico de Donabedian (1997) somado a padrões e critérios assistenciais tem sido utilizado para avaliação da qualidade (TRONCHIN; MELLEIRO; TAKAHASHI, 2012).

Salienta-se que no Brasil, a Atenção Primária tem suas ações normatizadas pelo Ministério da Saúde, que deve ainda garantir fontes de recursos federais para

compor o seu financiamento. Considerando que dentre os princípios do SUS deve ser garantido ao indivíduo a universalidade de acesso aos serviços de saúde, sendo atribuição da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos municípios, a elaboração de normas técnicas e estabelecimento de padrões de qualidade na assistência à saúde (BRASIL, 1990), acredita-se que a análise da qualidade da assistência de enfermagem direcionada ao idoso, por meio dos indicadores de processo (POTTER, 2004), poderá contribuir para a melhoria da assistência, com foco nas ações de enfermagem direcionadas a esse grupo populacional.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

1. Construir e validar indicadores de processo da qualidade da assistência de enfermagem ao idoso na atenção primária.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Elaborar um modelo conceitual para as dimensões do trabalho do enfermeiro na atenção primária ao idoso;
2. Converter em indicadores as atribuições específicas do enfermeiro estabelecidas pelo Ministério da Saúde e Secretaria do Estado de Saúde de Minas Gerais direcionadas ao idoso na atenção primária;
3. Avaliar a validade de face, a terminologia, a validade de conteúdo e a necessidade dos indicadores propostos;
4. Testar os indicadores propostos em relação à confiabilidade.
5. Avaliar a viabilidade, a utilidade e a usabilidade dos indicadores.

3 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

3.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de uma pesquisa metodológica. Nos descritores de Ciências da Saúde, a pesquisa metodológica em enfermagem refere-se a técnicas e métodos para implementar projetos e documentar informações, incluindo métodos para entrevistas, coleta de dados e inferências (BIBLIOTECA VIRTUAL EM SAÚDE, 2014).

3.2 PROCEDIMENTOS

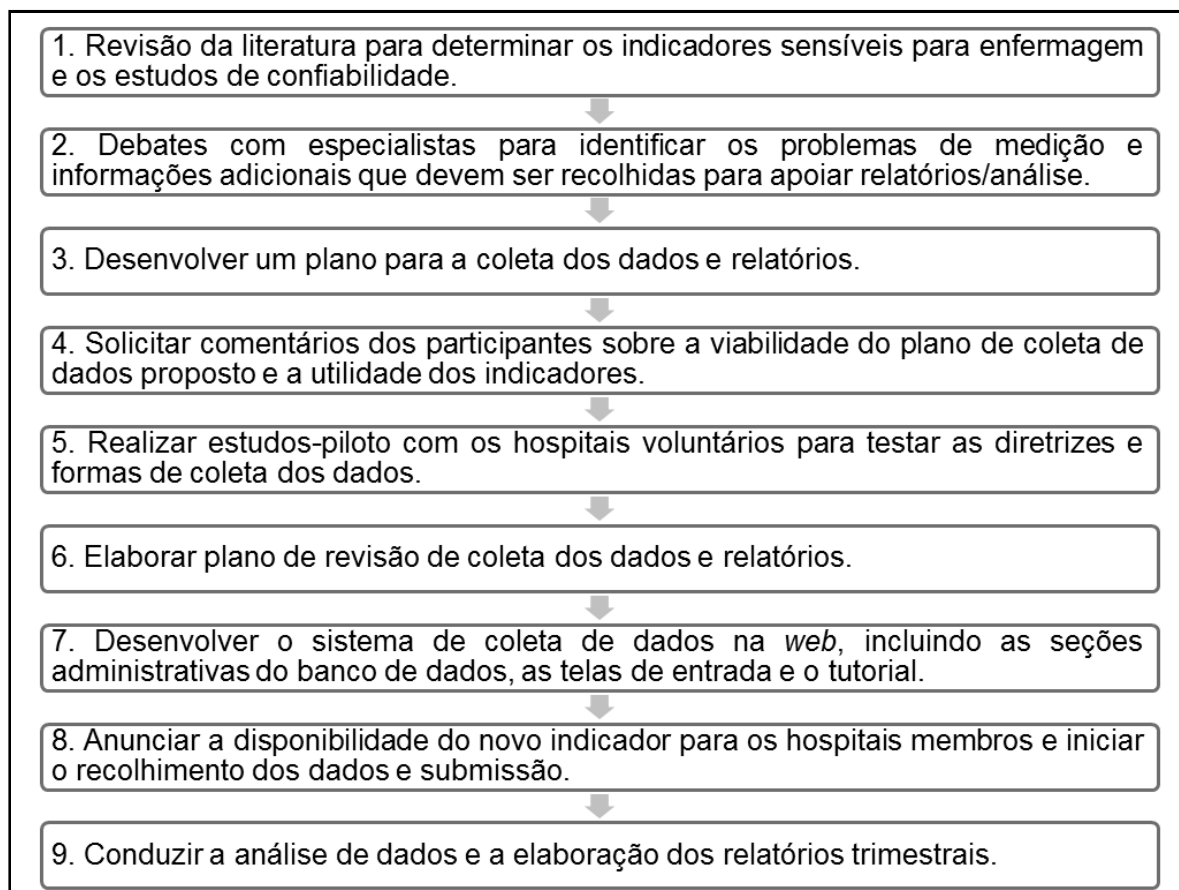
3.2.1 Etapas para a construção de indicadores

As etapas para construção dos indicadores de avaliação da qualidade da assistência de enfermagem neste estudo foram baseadas no processo de desenvolvimento pela NDNQI considerando que ele tem desenvolvido indicadores internacionalmente aceitos para avaliar a qualidade dos cuidados de enfermagem (MONTALVO, 2007) associada a AHRQ.

O processo de desenvolvimento da NDNQI inclui nove etapas (Figura 7). Já a AHRQ apresenta quatro fases para o desenvolvimento de indicadores (Figura 8) (AMERICAN NURSES ASSOCIATION, 2015).

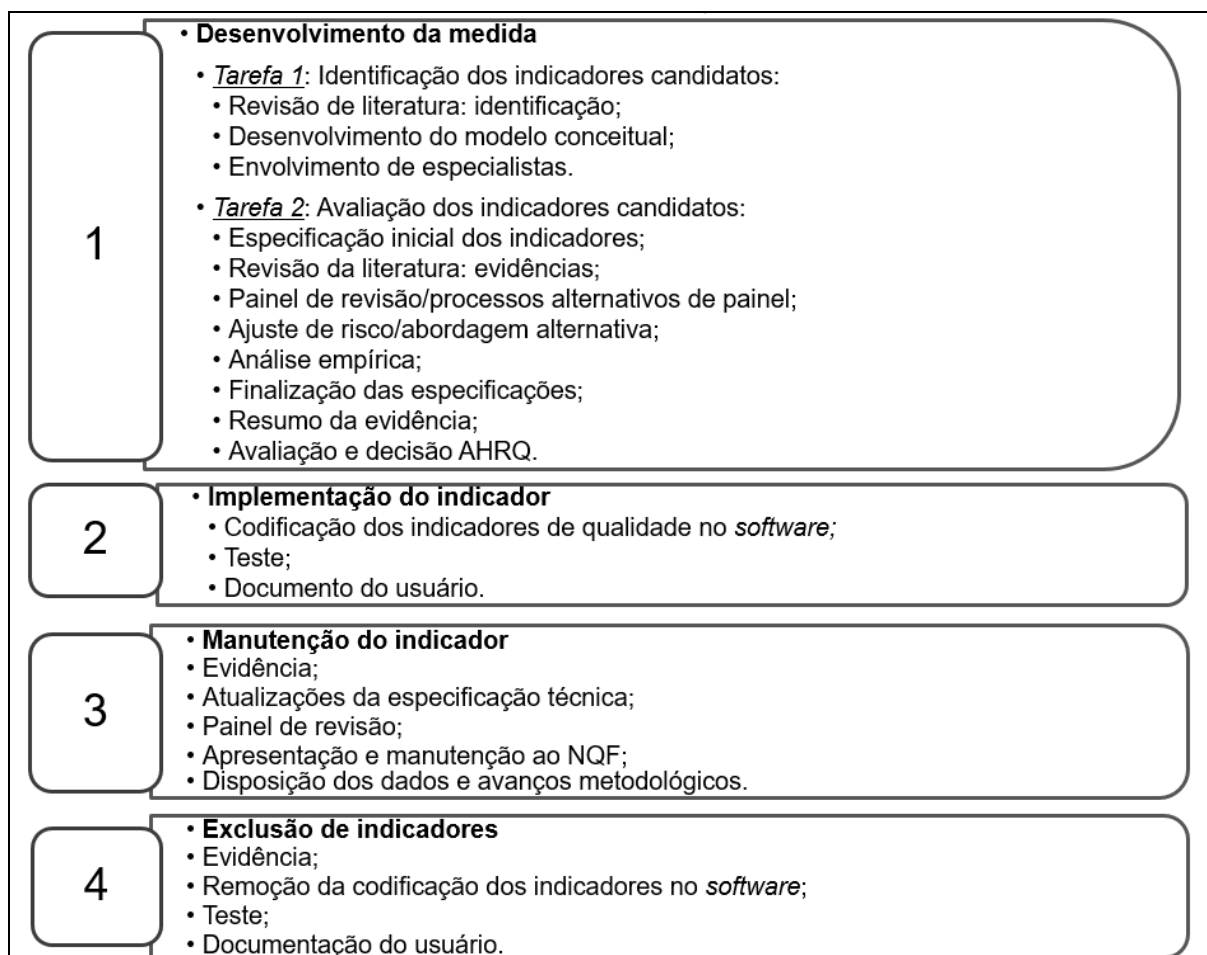
A Figura 9 apresenta a convergência das fases propostas pela AHRQ com as etapas descritas pela NDNQI.

Figura 7 - Etapas para o desenvolvimento de indicadores da NDNQI



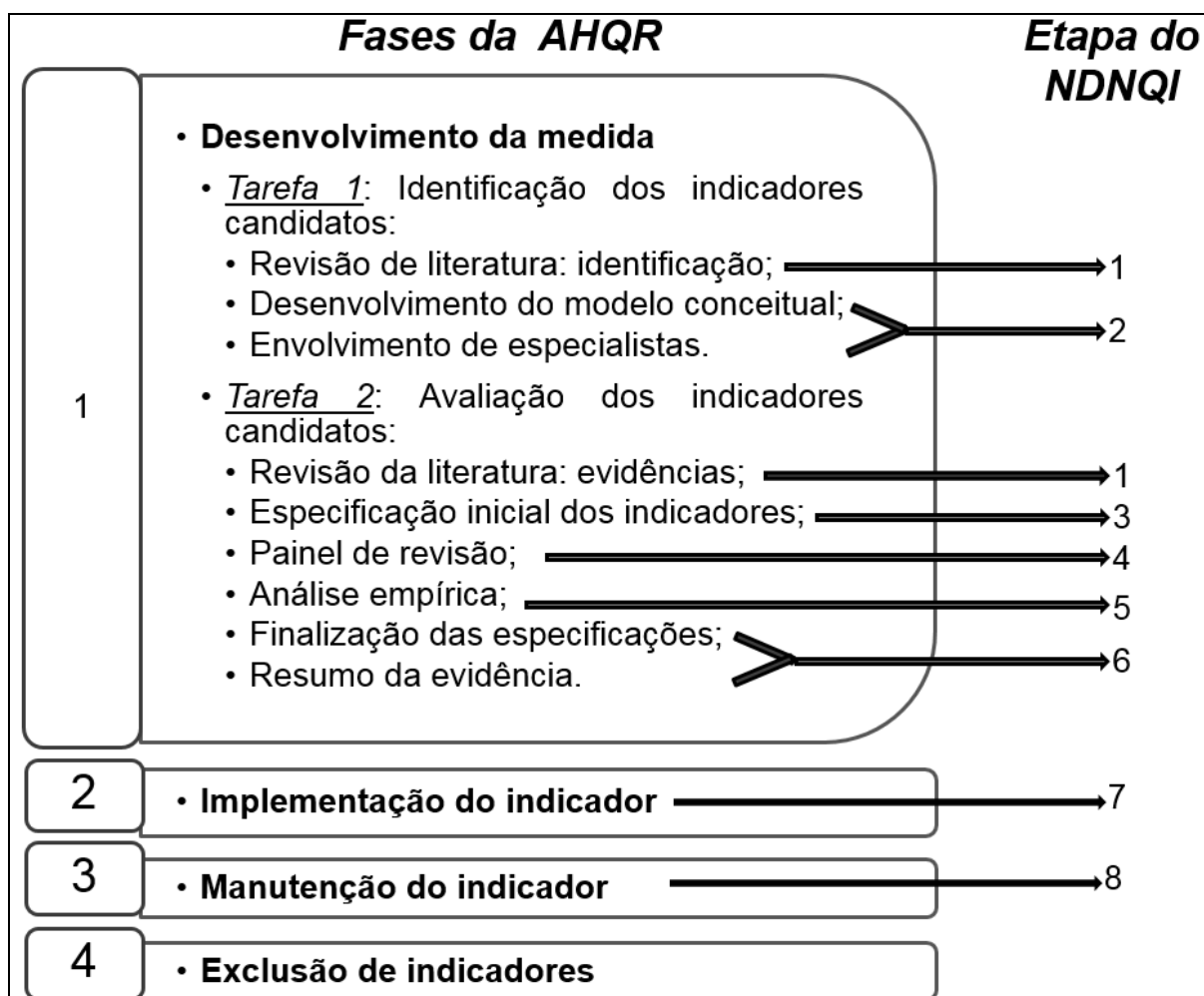
Fonte: American Nurses Association, 2015c.

Figura 8 - Fases para o desenvolvimento de indicadores da AHRQ



Fonte: Agency for Healthcare Research and Quality, 2011.

Figura 9 - Etapas iniciais para o desenvolvimento de indicadores da NDNQI segundo as quatro fases da AHRQ

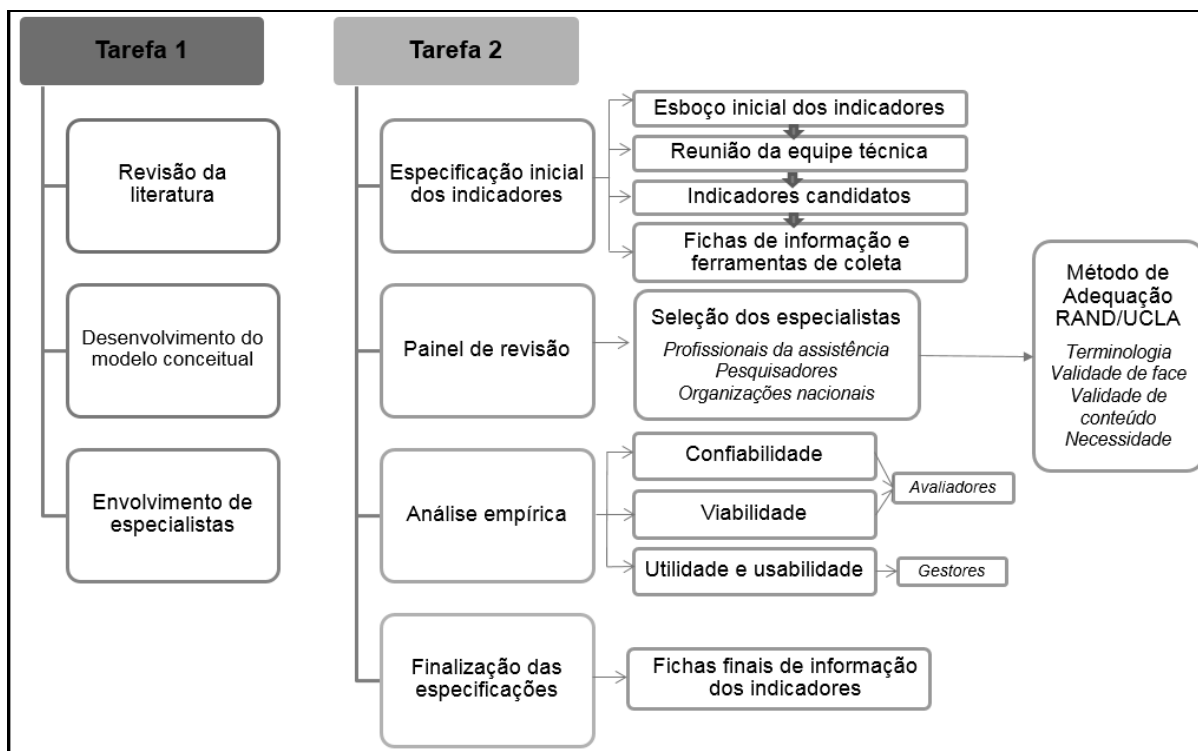


Fonte: adaptado de Agency for Healthcare Research and Quality, 2011; American Nurses Association, 2015.

Considerando a especificidade desta pesquisa, que tem como objeto de estudo a validação de indicadores de processo da qualidade da assistência de enfermagem ao idoso na atenção primária e o fato de não estar vinculada a órgão administrativo em saúde, o método utilizado será detalhado a seguir conforme cada passo da fase um da AHRQ (Desenvolvimento da medida) que está relacionada às etapas da NDNQI. Cabe destacar que as adaptações necessárias encontram-se explicitadas.

Na Figura 10 a seguir encontra-se uma representação visual dos procedimentos metodológicos adotados nesta pesquisa.

Figura 10 - Representação visual dos procedimentos metodológicos utilizados neste estudo



Fonte: adaptado de Agency for Healthcare Research and Quality, 2011; American Nurses Association, 2015.

3.2.1.1 Tarefa um: identificação dos indicadores de candidatos

3.2.1.1.1 Revisão da Literatura: identificação de indicadores candidatos (Etapa 1 NDNQI)

O primeiro passo no desenvolvimento da medida é a realização de uma revisão da literatura revisada por pares e, quando aplicável, literatura na área para identificar os indicadores candidatos (AGENCY FOR HEALTHCARE RESEARCH AND QUALITY, 2011).

Nesta pesquisa foi realizada a busca de indicadores candidatos por meio de revisão da literatura científica na área, bem como buscas específicas em organizações relacionadas à saúde. O foco dessa busca relacionou-se aos termos indicadores de processo, enfermagem e idoso.

A busca de indicadores junto às organizações relacionadas à saúde ocorreu de investigação nos sites no período de janeiro a fevereiro de 2015. Em cada um foram identificados documentos que citavam indicadores existentes ou, quando

possível, foi realizada pesquisa por meio de descritores ('elderly' AND/OR 'primary care').

No que concerne a literatura científica foram realizadas as seguintes etapas: elaboração da questão de pesquisa; busca na literatura dos estudos primários; extração de dados; avaliação dos estudos primários; análise e síntese dos resultados, e; apresentação da revisão (GALVÃO; MENDES; SILVEIRA, 2010). A pergunta norteadora foi: quais são as evidências disponíveis na literatura científica sobre os indicadores de qualidade da assistência de enfermagem na atenção primária?.

A busca dos estudos primários foi realizada nas bases de dados *National Library of Medicine National Institutes of Health* (PubMed), *Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature* (CINAHL) e Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS). Foram utilizados descritores controlados (*Medical Subject Headings*-MeSH, *CINAHL Headings* e *Descritores em Ciências da Saúde*-DeCS) delimitados conforme cada base de dados e descritores não controlados (palavras-chave) de acordo com leituras prévias sobre o tema de interesse. Os descritores controlados e não controlados foram combinados de diferentes formas visando garantir uma busca ampla.

Na base de dados Pubmed, utilizaram-se os seguintes descritores controlados: *quality indicators, healthcare; nursing care; nurses community health; primary health care; community health services* e as palavras-chave *family health strategy* e *family health program*. Os descritores controlados empregados na base de dados CINAHL foram *quality of health care; clinical indicators; nursing care; quality of nursing care; primary health care; family health; family services* e as palavras-chave *family health strategy* e *family health program*. Na LILACS, adotaram-se os seguintes descritores controlados: indicadores de qualidade em assistência à saúde; qualidade da assistência à saúde; indicadores; indicadores de serviços; cuidados de enfermagem; enfermagem; atenção primária à saúde e estratégia saúde da família.

Os critérios de inclusão foram estudos que retratavam os indicadores de cuidado/assistência de enfermagem na atenção primária; estudos publicados em língua inglesa, portuguesa ou espanhola, no período de janeiro de 2003 a dezembro de 2013. A delimitação do período de tempo foi realizada para assegurar quantitativo adequado de estudos considerando que a demanda alta pode inviabilizar a revisão

integrativa bem como introduzir vieses nas etapas seguintes desse método. O critério de exclusão consistiu-se nos estudos identificados como revisão de literatura, editorial ou carta resposta.

A busca dos estudos primários nas bases de dados selecionadas ocorreu nos meses de janeiro e fevereiro de 2014 e foi realizada por um dos autores da presente revisão integrativa. A seleção ocorreu por meio do título e resumo, de acordo com o objetivo do estudo, e obedecendo aos critérios de inclusão e exclusão.

A extração de dados dos estudos primários foi realizada por um dos autores com o auxílio de um instrumento utilizado nesse tipo de investigação (URSI, 2005).

3.2.1.1.2 Desenvolvimento do modelo conceitual (Etapa 2 NDNQI)

O termo modelo conceitual é definido como um conjunto de conceitos relativamente abstratos e gerais que abordam fenômenos de interesse central somado às suas proposições (FAWCETT; DESANTO-MADEYA, 2013). No campo da enfermagem, os conceitos relacionam-se aos quatro metaparadigmas da enfermagem, tais como ser humano, saúde, ambiente e enfermagem (FAWCETT; DESANTO-MADEYA, 2013; HICKMAN, 2000). Já as proposições podem ser classificadas como não-relacionais (é a descrição ou definição de um conceito) ou relacionais (trata-se da relação ou união entre dois ou mais conceitos) (FAWCETT; DESANTO-MADEYA, 2013).

Para a construção do modelo conceitual desta pesquisa, consideraram-se os metaparadigmas da enfermagem: idoso (ser humano), processo saúde doença (saúde), atenção primária (ambiente) e enfermagem gerontológica (enfermagem). Para compor os conceitos foi realizada uma análise documental das publicações e documentos normativos, sendo incluídos aqueles que regem a atenção primária e/ou relacionados à atenção à saúde ao idoso.

A estratégia de busca teve como critérios de inclusão documentos produzidos no DAB/MS (biblioteca oficial do site e material enviado em fase de publicação pela Coordenação de Saúde da Pessoa Idosa – COSAPI), Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais (biblioteca do site) e legislação nacional relacionada ao idoso na atenção primária (portal da legislação do Governo Federal e legislação básica do SUS - portal da saúde). Ressalta-se que, por se tratar de documentos normativos, os itens relacionados à definição e aos objetivos da enfermagem não

estão explícitos nessas publicações. A busca dos referidos documentos foi realizada entre abril a agosto de 2015, sem delimitação do período de publicação, sendo avaliadas todas disponíveis.

Na biblioteca oficial do site do DAB/MS, foram consultadas 265 publicações nas seções políticas (4); cadernos (32); livros (32); cartilhas, guias e manuais (67); legislações da atenção básica em doenças crônicas (11) e SUS atenção básica (7), melhor em casa (89), Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade (12) e alimentação e nutrição (11); destaca-se que uma publicação se repetiu em duas seções, sendo selecionadas 31. Foi consultada também a seção de legislação, políticas e portarias nacionais de saúde e direitos dos idosos indicados pelo Portal do Sistema de Indicadores de Saúde e Acompanhamento de Políticas do Idoso (SISAP-Idoso) do Ministério da Saúde, totalizando 24 disponíveis sendo selecionadas seis, no entanto dessas, cinco já haviam sido incluídas em outros portais de busca; no portal da legislação do governo federal, foi usado 'idoso' nos termos de busca e assunto, totalizando 44 documentos disponíveis sendo selecionado um documento. No portal da saúde, foram encontrados 10 documentos na legislação básica do SUS sendo selecionado um.

O material enviado via e-mail pela COSAPI, em fase de publicação, refere-se ao Manual para a utilização da Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa, considerando que a versão disponível em formato eletrônico não estava atualizada.

Na biblioteca virtual da Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais foram analisadas as 12 linhas-guia disponíveis no site sendo incluídas neste estudo seis publicações.

A coleta de informações extraiu dados sobre a atenção ao idoso no contexto primário, bem como as atribuições do enfermeiro, sempre que disponíveis. Essas atribuições foram separadas em específicas do enfermeiro e aquelas desenvolvidas juntamente com outros profissionais de saúde da equipe. A busca e coleta foram realizadas por uma enfermeira com grau de mestrado. Posteriormente, o material foi revisado e ajustado por outros dois pesquisadores participantes. Os dados extraídos foram agrupados em função dos quatro metaparadigmas da enfermagem (ser humano, saúde, ambiente e enfermagem) e o modelo conceitual foi elaborado e reelaborado após análises e discussões com um painel de *experts*, constituído pelos coordenadores da pesquisa e uma pesquisadora *ad hoc* adicional, totalizando quatro analistas, sendo três com nível de doutorado e um de mestrado, três da área da

enfermagem e um da saúde coletiva. O modelo conceitual apresentado foi resultado dos documentos revisados e consenso dos pesquisadores envolvidos.

Diante do exposto, foi construído um modelo lógico desta pesquisa visando explicitar os componentes e vínculos (MEDINA et al., 2010) das atribuições do enfermeiro de acordo com as dimensões e subdimensões, por meio de representação esquemática. Este modelo é comumente usado para descrever o funcionamento de programas (CASSIOLATO; GUERESI, 2010; ROWAN, 2000).

Neste estudo adaptaram-se as três etapas estabelecidas pela Nota Técnica do Instituto de Pesquisa Econômica e Aplicada (IPEA) na elaboração de modelo lógico para programas (CASSIOLATO; GUERESI, 2010). Na etapa um, foram realizados os passos de coleta e sistematização das informações por uma enfermeira com grau de mestrado, não sendo possível realizar as entrevistas com as equipes do Ministério da Saúde e Secretaria de Estado de Saúde Minas Gerais para obter informações sobre os materiais consultados (CASSIOLATO; GUERESI, 2010). Assim, um membro da equipe de trabalho desta pesquisa utilizou os dados do levantamento das publicações mencionadas para a coleta das informações relacionadas ao objeto de interesse, ou seja, as atribuições do enfermeiro. Posteriormente foi realizada a análise destes documentos sendo extraídas as seguintes informações: recursos (estruturais), ações (processo) e resultados.

Na etapa dois as informações obtidas no passo anterior foram organizadas na representação do modelo lógico para a estruturação. As informações foram dispostas nas colunas relacionadas a estrutura, processo e resultados. Posteriormente foram inseridos os fatores de contexto. O passo um desta etapa não foi realizado por se tratar da explicação do problema e referências básicas na qual deve-se descrever o objetivo, público-alvo e beneficiários, utilizados para programas.

Por fim, na etapa de validação, o modelo foi apresentado aos demais membros da equipe de pesquisa para checagem dos seus componentes (CASSIOLATO; GUERESI, 2010). Os dois pesquisadores eram doutores, uma em enfermagem e o outro na saúde coletiva (áreas de pesquisa: enfermagem gerontológica e qualidade dos serviços de saúde). O modelo lógico foi elaborado e reelaborado após análises e discussões.

3.2.1.1.3 Envolvimento de especialistas (Etapa 2 NDNQI)

Além dos especialistas já engajados que incluíram a equipe técnica (doutoranda, orientadora e coorientador), participaram desta etapa profissionais adicionais, sendo: uma enfermeira de uma ESF, uma enfermeira responsável pelo monitoramento da atenção primária, uma enfermeira do departamento de Políticas e Programas de Saúde da Atenção Básica da Secretaria Municipal de Saúde e a diretora da Atenção Básica da Secretaria Municipal de Saúde do município de Uberaba-MG. Foi solicitada a autorização para realização da pesquisa e a liberação dos enfermeiros e do diretor junto à Secretaria Municipal de Saúde (Apêndices 1 e 2) e a assinatura do Termo de Consentimento (Apêndice 3). Foram enviados aos participantes adicionais um resumo do Projeto (Apêndice 4), o modelo conceitual da pesquisa (Apêndice 5), as publicações e os documentos normativos que estabelecem as ações específicas do enfermeiro na atenção primária na íntegra na temática desta pesquisa (BRASIL, 1994; 1999; 2001a; 2002; 2003a; 2005; 2006a; 2006b; 2006c; 2006d; 2006e; 2006f; 2006g; 2008a; 2008b; 2009a; 2009b; 2010d; 2010e; 2010f; 2011b; 2011c; 2012b; 2012c; 2012d; 2013b; 2013c; 2013d; 2013e; 2013g; 2014a; 2014b; 2014c; 2014d; MINAS GERAIS, 2006a; 2006b; 2006c; 2006d; 2009; 2013).

Foram realizadas duas reuniões com os profissionais adicionais tendo duração aproximada de 90 minutos cada. Na primeira realizou-se a apresentação e esclarecimento do projeto de pesquisa e do modelo conceitual. Na segunda reunião foram identificadas as ações de enfermagem relacionadas ao idoso no contexto neste município.

3.2.1.2 Tarefa dois: avaliação de indicadores candidatos

3.2.1.2.1 Especificação inicial dos indicadores candidatos (Etapa 3 NDNQI)

A lista de indicadores candidatos deve ser especificada incluindo numerador, denominador e critérios de exclusão (AGENCY FOR HEALTHCARE RESEARCH AND QUALITY, 2011).

Inicialmente foi elaborada a ficha técnica e ferramentas de coleta dos indicadores candidatos por um membro da equipe técnica (doutoranda). Prosseguiu-se uma reunião com duração aproximada de 90 minutos com os membros da equipe

adicional para verificar a adequação das ferramentas. Posteriormente, o material foi submetido a análise final pelos demais membros da equipe de pesquisa.

Nesta pesquisa a ficha técnica dos indicadores candidatos foi baseada na estrutura da ficha técnica do Projeto Desenvolvimento de Metodologia de Avaliação do Desempenho do Sistema de Saúde Brasileiro (PROADESS), obtida no site institucional (<http://www.proadess.icict.fiocruz.br/>) (Apêndice 6) (PROADESS, 2011).

As ferramentas utilizadas para mensuração dos indicadores foram a auditoria, o questionário e a revisão de prontuários ou outros documentos. A auditoria foi utilizada para a comprovação da existência de registros. O questionário foi utilizado para os indicadores nos quais é necessário obter a visão dos profissionais da ESF. Para a revisão, foram elaborados protocolos de verificação conforme a especificidade de cada indicador (ESPANHA, 2008) (Apêndice 7).

Foram realizadas reuniões presenciais e/ou videoconferência pelos membros da equipe técnica e equipe adicional para discussão da coleta do indicador em campo.

3.2.1.2.2 Revisão da Literatura: base de evidências para indicadores candidatos (Etapa 3 NDNQI)

Esta fase de segunda revisão da literatura centra-se na captação de evidências que sustentam os indicadores propostos (AGENCY FOR HEALTHCARE RESEARCH AND QUALITY, 2011). No entanto, considerando que este estudo se propôs a criar indicadores com base nas publicações do DAB/MS, Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais e legislação nacional relacionada à atenção primária e/ou ao idoso, foi considerada desnecessária a realização dessa etapa por se tratarem de atribuições já instituídas.

3.2.1.2.3 Painel de revisão (Etapa 4 NDNQI)

Esta etapa fornece validade para os indicadores abordando principalmente a aceitabilidade científica por meio de um painel de especialistas composto de acordo com os indicadores a serem avaliados quanto à terminologia, à validade de face e à necessidade (AGENCY FOR HEALTHCARE RESEARCH AND QUALITY, 2011).

Visando otimizar a participação dos painelistas, a validação de conteúdo, comumente realizada na etapa de análise empírica (AGENCY FOR HEALTHCARE RESEARCH AND QUALITY, 2011). Ressalta-se que a validade de conteúdo refere-se à mensuração das dimensões com que foi definida a qualidade (HERNÁNDEZ, 1998), sendo neste estudo adotados os conceitos propostos pelo PROADESS no desempenho dos serviços de saúde (VIACAVA et al., 2012).

Conforme o PROADESS, a efetividade é o grau em que a assistência, os serviços e as ações atingem os resultados esperados. O acesso refere-se à capacidade de prover o cuidado e os serviços necessários no momento certo e no lugar adequado. A eficiência trata a relação entre o produto da intervenção de saúde e os recursos utilizados. O respeito aos direitos das pessoas relaciona-se à capacidade de assegurar que os serviços respeitem o indivíduo e a comunidade e que estejam orientados às pessoas. A aceitabilidade refere-se ao grau em que os serviços de saúde ofertados estão de acordo com os valores e as expectativas dos usuários e da população. A continuidade diz respeito à capacidade de prestar serviços de forma ininterrupta e coordenada entre diferentes níveis de atenção. A adequação relaciona-se ao grau em que os cuidados prestados às pessoas estão baseados no conhecimento técnico-científico existente. A segurança trata a capacidade de identificar, evitar ou minimizar os potenciais riscos das intervenções em saúde e ambientais (VIACAVA et al., 2012).

A validade de face relaciona-se à importância do indicador para o problema a ser monitorado (HERNÁNDEZ, 1998), ou seja, a importância do indicador proposto para a saúde do idoso atendido pelo enfermeiro na atenção primária. Não foi possível realizar a validade de critério devido à ausência de uma medida de referência.

Para o painel deste estudo estabeleceu-se a participação de nove enfermeiros distribuídos equitativamente em três grupos: profissionais que prestavam assistência na atenção primária, pesquisadores na área de atenção à saúde do idoso e de membros de organizações nacionais relacionadas à saúde. Essa divisão visa proporcionar diversidade de cenários de prática e regional. Para a participação dos profissionais que prestam assistência na atenção primária, foi enviado ofício à Secretaria Municipal de Saúde solicitando a liberação dos enfermeiros para participarem desta pesquisa (Apêndices 8 e 9).

Dadas as especificidades dos indicadores estarem relacionados à atenção primária, apenas o terceiro grupo foi indicado pelas organizações profissionais nacionais. A escolha dos peritos foi realizada conforme os critérios de inclusão a seguir:

- Profissionais que prestam assistência na atenção primária: três enfermeiros que trabalham em três ESF da área urbana que possuem os maiores percentuais de idosos, na área adstrita, do município (foi realizado levantamento prévio desse dado em novembro de 2015 junto à Secretaria Municipal de Saúde); estar há pelo menos um ano na ESF;
- Pesquisadores na área de atenção à saúde do idoso: três enfermeiros vinculados a instituições de ensino públicas que desenvolvem pesquisas na área de atenção à saúde do idoso com foco na assistência de enfermagem e/ou qualidade da assistência na atenção primária; foi realizada uma busca junto à comunidade científica considerando a experiência na temática por meio de publicações, orientações e atividades de extensão universitária;
- Membros de organizações nacionais relacionadas à saúde: um enfermeiro com experiência neste tema tendo atuado na atenção ao idoso junto ao Ministério da Saúde, um do Conselho Federal de Enfermagem (COFEn) e um do Departamento de Enfermagem Gerontológica da Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn). Ressalta-se que inicialmente foi realizado contato com o DAB/MS bem como a COSAPI, que não apresentavam no quadro enfermeiros. Deste modo, o DAB/MS sugeriu contatar a Secretaria de Estado de Saúde visando identificar a presença de enfermeiro que atuasse na área do idoso. Foram enviados e-mails a todas secretarias; dentre as que retornaram, apenas a Secretaria de Estado de Saúde do Paraná possuía uma enfermeira atuante na Divisão de Saúde do Idoso. No entanto ela não poderia participar do painel no tempo oportuno. Deste modo, foi contatada uma enfermeira com experiência nesse tema e que atuou na atenção ao idoso junto ao Ministério da Saúde.

Na sequência, os painelistas foram contatados e solicitados a assinarem o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para participação na pesquisa (Apêndice 10). Foi enviado, por e-mail, um resumo do projeto com as definições dos termos de interesse utilizados neste estudo (Apêndice 11) e um formulário sobre

informações sobre a atuação profissional (Apêndice 12) (AGENCY FOR HEALTHCARE RESEARCH AND QUALITY, 2011).

No grupo de profissionais que prestam assistência na atenção primária, os três enfermeiros selecionados pertenciam às ESF: Parque das Américas II (25,9%), Leblon (24,9%) e Parque São Geraldo (22,7%) conforme o percentual de idosos nestas unidades, considerando que as anteriores não atendiam aos critérios de inclusão (quatro enfermeiros estavam de licença/atestado, dois em férias, dois haviam sido exonerados, um estava há menos de um ano na unidade). Salienta-se que o município de Uberaba possui 47 ESF urbanas.

A Tabela 1, a seguir, descreve as características do painel desta investigação.

Tabela 1 - Caracterização dos painelistas desta pesquisa, Uberaba-MG, 2017

(continua)

Caracterização	N	%
Sexo		
Feminino	9	100
Faixa etária (em anos)		
<30	1	11,1
30 45	1	11,1
45 ou mais	7	77,8
Cargo atual		
Enfermeira	3	33,3
Docente (ex-Consultora Técnica da COSAPI/ Ministério da Saúde)	1	11,1
Professora adjunto	1	11,1
Membro do Câmara Técnica de Educação e Pesquisa do COFEn	1	11,1
Coordenadora do Departamento Científico de Enfermagem Gerontológica	1	11,1
Pesquisadora e docente visitante	1	11,1
Pró-reitora de Extensão, Cultura e Assuntos Comunitários	1	11,1
Tempo de atuação no cargo atual (em anos)		
<1	1	11,1

Fonte: a autora, 2017.

Tabela 1 - Caracterização dos painelistas desta pesquisa, Uberaba-MG, 2017

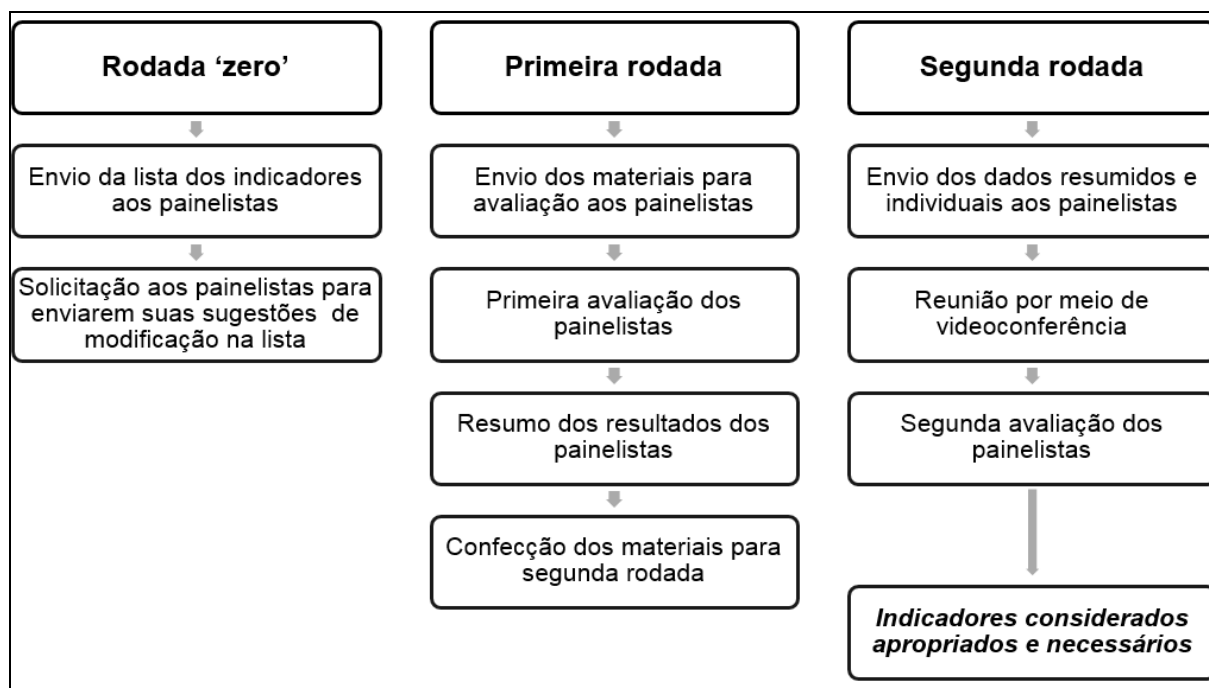
(continuação)

Caracterização	N	%
1-5	4	44,4
5-10	1	11,1
10 ou mais	3	33,3
<i>Maior qualificação profissional</i>		
Especialização	3	33,3
Mestrado	1	11,2
Doutorado	3	33,3
Pós-doutorado	2	22,2

Foram enviados dois documentos para análise pelos profissionais que compuseram o painel: as fichas técnicas dos indicadores (Apêndice 6), e; o formulário de avaliação (Anexo 1): com questões quantitativas relacionadas à importância (validade de face), à terminologia, à necessidade e à validade de conteúdo (AGENCY FOR HEALTHCARE RESEARCH AND QUALITY, 2011; NATIONAL QUALITY FORUM, 2013b). Foi anexada uma carta aos peritos (painelistas) com informações sobre o processo de participação (Apêndice 13) (FITCH et al., 2001).

Foi utilizado o Método de Adequação desenvolvido pela *Research and Development (RAND)/University of California Los Angeles (UCLA)* (FITCH et al., 2001).

A Figura 11 a seguir sintetiza as etapas do processo de adequação RAND/UCLA.

Figura 11 - Etapas do processo de adequação RAND/UCLA utilizadas neste estudo

Fonte: adaptado de Fitch et al., 2001.

Após a seleção, os painelistas receberam uma carta explicando o método de adequação RAND/UCLA e como ele seria aplicado ao processo em estudo, juntamente com as datas de cada etapa (Apêndice 13) (FITCH et al., 2001).

Cada painalista recebeu, antes de fazer as classificações, as fichas técnicas dos indicadores candidatos (Apêndice 6), para conhecer a proposta, estruturar e sugerir possíveis mudanças, considerada essa etapa como rodada 'zero'. Foi solicitado ao painalista que enviasse as suas sugestões em relação à estrutura da lista na perspectiva de melhorá-la; após avaliação pela equipe técnica, avaliou-se a necessidade de revisão da lista (FITCH et al., 2001).

Para a primeira rodada, foram enviados aos painelistas, por e-mail (aos externos) e impresso (participantes de Uberaba), os materiais para avaliação inicial independente (Apêndice 6 e Anexo 1); foi anexada uma carta com informações sobre o preenchimento do formulário de avaliação (Apêndice 14). As classificações foram inseridas em um banco de dados no *software* Excel para que as formas da segunda rodada fossem produzidas; os dados foram inseridos em dupla entrada para verificação de inconsistências (FITCH et al., 2001).

Para a segunda rodada, foi enviada uma carta aos painelistas com informações sobre essa etapa (Apêndice 15) juntamente com o formulário de avaliação contendo os resultados resumidos, considerado um instrumento

semelhante ao usado para pontuar na primeira rodada. Informações adicionais foram oferecidas sobre como os membros do painel avaliaram, de forma geral, cada indicação bem como a avaliação individual (Anexo 2). Em seguida, os membros do painel se reuniram para troca de opiniões por meio de videoconferência. A reunião teve um moderador neutro objetivando a troca de informações, e não necessariamente o consenso. Foram discutidos inicialmente os itens em desacordo durante a classificação prévia; em seguida todas as áreas de ambiguidade nas avaliações iniciais, e, por fim, as questões específicas. Estiveram impossibilitados de participar três painelistas sendo dois por motivos pessoais e um com problemas de conexão no momento da reunião; no entanto foi enviado o material resumido a esses painelistas que não apresentaram considerações adicionais ou divergências acerca do consenso.

O moderador do painel, pertencente à equipe técnica, recebeu um documento descrevendo a avaliação sumária de cada indicador baseado no formulário de avaliação (indicando a frequência de respostas para cada indicação) juntamente com a avaliação individual de cada painalista (Anexo 3). Esse documento incluía outras informações que auxiliaram o moderador a decidir quais indicações deveria destacar para discussão durante a reunião, a saber: a mediana da validade de face, a sua classificação (apropriado, incerto, inapropriado) e o seu nível de acordo com a indicação classificada em semáforos (verde=acordo, amarelo=indeterminado, vermelho=desacordo); o nível de acordo dos demais itens avaliados (terminologia e necessidade) e a validação de conteúdo com valores inferiores a 0,80 (FITCH et al., 2001). Foram considerados apropriados/adequados os indicadores convenientes, ou seja, que estavam em conformidade com o objeto de estudo.

O moderador foi auxiliado por dois membros da equipe com conhecimento no tópico. Um deles foi responsável também por realizar as anotações durante o painel de discussão, de modo que as questões mais importantes abordadas fossem bem documentadas (por exemplo, definições revistas, modificações das indicações). Esse processo foi gravado para o caso de dúvidas nas anotações do membro auxiliar (FITCH et al., 2001).

Após a videoconferência os resultados da reunião foram analisados e procedeu-se às alterações sugeridas. A informação foi encaminhada em novas planilhas aos painelistas para avaliação final individual dos indicadores.

As classificações foram realizadas por meio da metodologia RAND/UCLA sendo o nível de adequação dos indicadores (apropriado, incerto, inapropriado) atribuídos com base na pontuação mediana da validade de face, bem como na sua medida de acordo (FITCH et al., 2001; AGENCY FOR HEALTHCARE RESEARCH AND QUALITY, 2011), conforme Quadro 3. Os demais critérios (terminologia e necessidade) foram classificados somente pela medida de acordo (acordo, desacordo), ou seja, acordo quando ≤ 2 membros do painel avalia a indicação fora da região de 3 pontos que contém a mediana (1-3; 4-6; 7-9); desacordo quando ≥ 3 membros do painel avaliam a indicação na região 1-3 e ≥ 3 de 7-9 (FITCH et al., 2001) (Quadro 3) e imprecisão (incerteza) quando não se encaixaram nas condições de 'acordo' ou 'desacordo' descritas anteriormente.

Quadro 3 - Nível de adequação aos indicadores

<i>Mediana</i> <i>Medida</i>	7-9	4-6	1-3
Acordo	Apropriado	Incerto	Inapropriado
Desacordo	Incerto	Incerto	Incerto

Fonte: a autora, 2017.

Desse método emergiram os indicadores considerados apropriados, segundo a validade de face (importância), e as medidas de acordo relacionadas à terminologia e à necessidade.

Para a avaliação final da necessidade, foram considerados somente os indicadores classificados como apropriados (FITCH et al., 2001). O item foi indicado como necessário para avaliar a qualidade da assistência, considerando o conceito do estudo; entendendo-se necessário o fato de o indicador ser incluído na lista final, pois esse é indispensável para avaliação da qualidade da assistência de enfermagem ao idoso na atenção primária.

A validação de conteúdo contemplou a representatividade do domínio de conteúdo em uma escala de um a quatro. Neste estudo a classificação das subdimensões de cada indicador foram baseadas no PROADESS (VIACAVA et al., 2012). Os dados foram analisados por meio do Índice de Validade de Conteúdo (*Content Validity Index* - CVI). Esse refere-se à extensão em que os itens de uma

medida avaliam o mesmo conteúdo (representatividade), sendo recomendado CVI de 0,80 (RUBIO et al., 2003). Para o cálculo do CVI contou-se o número de especialistas que avaliaram o item como três ou quatro e dividiu-se esse número pelo número total de juízes; assim, foi obtida a proporção de especialistas que consideram o item como conteúdo válido (RUBIO et al., 2003).

Em todas as rodadas, os dados foram digitados em dupla entrada no programa *Excel* para correção das inconsistências e consolidação.

Por fim, os painelistas receberam um questionário visando comentar sobre o processo de classificação e sobre a sua experiência de participação do painel (Anexo 4).

3.2.1.2.4 Análises empíricas (Etapa 5 NDNQI)

Para este estudo foram realizadas as análises de confiabilidade, viabilidade, utilidade e usabilidade (NATIONAL QUALITY FORUM, 2013b; AGENCY FOR HEALTHCARE RESEARCH AND QUALITY, 2011).

✓ Confiabilidade

A confiabilidade dos dados foi mensurada inter-avaliador considerando a extração de dados de registros/planilhas (MCGLYNN; ASCH, 1998). O material para extração dos dados foi confeccionado de acordo com a fonte de coleta (Apêndice 7).

Foram incluídas três ESFs por meio de sorteio aleatório a fim de completar os 30 casos para os indicadores que não foram possíveis de serem obtidos na ESF anterior; os critérios de inclusão foram equipes completas em relação ao número de agentes comunitários e enfermeiro atual trabalhando há pelo menos um ano. Os dados foram coletados por dois avaliadores independentes, sendo um membro da equipe de pesquisadores e uma doutoranda na área de saúde do idoso que foi capacitada para uso da ferramenta de coleta.

Foi realizado piloto para adequação e ajuste das ferramentas de coleta antes de se iniciar a coleta dos dados; esta ocorreu de forma independente, no período de outubro a novembro de 2016 selecionando-se 30 casos para os indicadores assistenciais; o número amostral de aproximadamente 30 tem sido utilizado para análise de confiabilidade em estudos de validação de indicadores (GAMA et al.,

2016; VIRTURI; ÉVORA, 2014). Foram considerados como critérios de inclusão da amostra os prontuários de idosos com 61 anos ou mais e cadastrados na ESF há pelo menos um ano. Para análise estatística, foi utilizado o índice Kappa (KOTTNER et al., 2011) por meio do software “*Statistical Package for the Social Sciences*” (SPSS) versão 17.0. O nível de concordância foi dado conforme os intervalos: $\leq 0,10$ =ausente; 0,11-0,40=fraca; 0,41-0,60=discreta; 0,61-0,80=moderada; 0,80-1=substancial (SHROUT, 1998).

Para os indicadores mensurados mediante supervisão, foi selecionado o primeiro prontuário aleatoriamente e os demais foram selecionados conforme intervalo amostral (IA) de cada indicador, dado por $IA = NE/30$ onde NE equivale ao número de idosos elegíveis e 30 é a constante relacionada ao número amostral necessário (amostragem sistemática). Na ausência de prontuário, este foi substituído pelo prontuário do idoso imediatamente posterior na lista. Cabe destacar que nessa etapa o relevante é avaliar a viabilidade de coleta, sendo a recomposição considerada pelos pesquisadores como a melhor estratégia. Os indicadores coletados por meio de questionário foram mensurados com intervalo de 15 dias. Os dados foram digitados em dupla entrada no programa *Excel* para correção das inconsistências e consolidação. Foi enviado ofício à Secretaria Municipal de Saúde solicitando autorização para coleta dos dados (Apêndice 16). Aos agentes comunitários e ao técnico de enfermagem da primeira ESF, de onde foram coletados os indicadores por meio de questionário, foi apresentado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice 17) e, somente após anuência, procedeu-se à entrevista.

✓ Viabilidade

Foi enviado questionário complementar junto ao material para extração dos dados na ESF (Apêndice 7) pelos observadores/avaliadores (membros da equipe de trabalho) visando identificar a viabilidade de coleta (Anexo 5).

✓ Utilidade/usabilidade

Foi realizada a avaliação da utilidade e usabilidade dos indicadores para a gestão. Enviou-se aos gestores da atenção primária do município e da Secretaria de

Estado da Saúde de Minas Gerais a carta contendo informações sobre o Projeto (Apêndice 18), o Termo de Consentimento (Apêndice 19), as fichas técnicas dos indicadores finais considerados apropriados e necessários e o questionário para avaliação da utilidade e usabilidade dos dados (Anexo 6). Os gestores contaram com sua equipe de apoio para realizar essa avaliação. Para a participação do gestor local, foi solicitada autorização da Secretaria Municipal de Saúde de Uberaba (Apêndice 20). A Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais indicou o representante por meio de comunicação via e-mail. A gestão do COSAPI/Ministério da Saúde não participou dessa etapa devido ao fato de não poderem realizar esse tipo de avaliação em pesquisas científicas, conforme informação repassada pelo órgão.

3.2.1.2.5 Finalização das especificações (Etapa 6 NDNQI)

Nessa etapa a ficha de informação com as especificações finais do indicador foi complementada com os itens: questões adicionais relacionadas ao processo de validação, análises empíricas, pontos fortes e fracos e recomendações para fortalecimento do indicador (AGENCY FOR HEALTHCARE RESEARCH AND QUALITY, 2011) (Anexo 7).

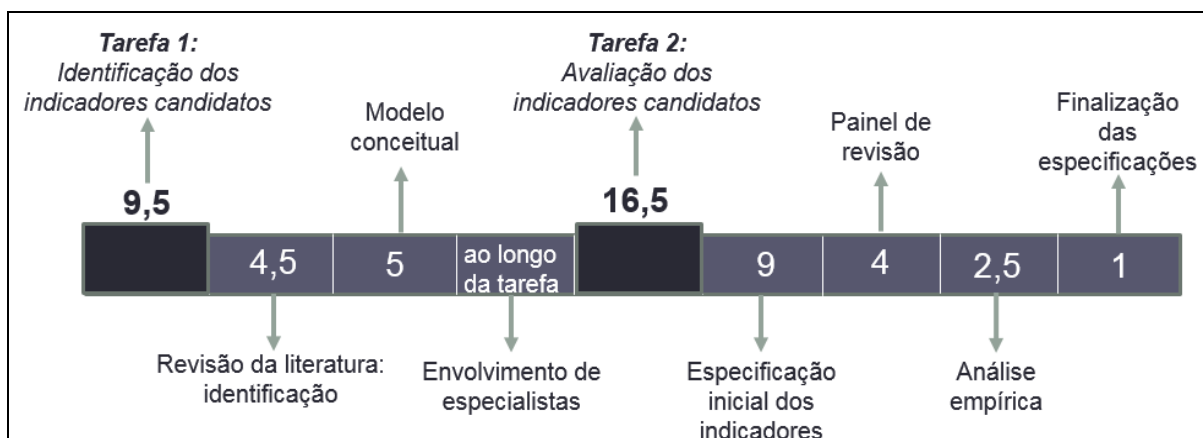
3.2.1.2.6 Resumo de evidência para cada indicador candidato recomendado

Conforme exposto no item 3.2.1.2.2 (Revisão da Literatura: base de evidências para indicadores candidatos), torna-se desnecessária a realização dessa etapa por se tratar de indicadores com base em atribuições já instituídas.

3.2.2 Linha do tempo

Na Figura 12 a seguir, encontra-se a linha do tempo para o desenvolvimento de cada etapa no presente estudo.

Figura 12 - Linha do tempo (em meses) para cada etapa deste estudo



Fonte: a autora, 2017.

3.3 ASPECTOS ÉTICOS

Este projeto está aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, parecer no 1.058.438 (Apêndice 21). Os enfermeiros integrantes da equipe adicional, painelistas, agentes comunitários e técnico de enfermagem consentiram em participar por meio do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

4 RESULTADOS

Os resultados serão apresentados, a seguir, conforme os objetivos e suas etapas sequenciais.

4.1 DESENVOLVIMENTO DO MODELO CONCEITUAL

Nessa seção serão descritas as três etapas da tarefa um sequencialmente considerando que a identificação de indicadores potenciais deve ser realizada previamente ao desenvolvimento do modelo; este deve ser discutido com especialistas e profissionais adicionais.

Na etapa de revisão, em ambos os levantamentos, organizações relacionadas a saúde e literatura científica, não foram identificados potenciais indicadores candidatos.

A busca de indicadores junto as organizações relacionadas à saúde evidenciou que os indicadores propostos para o nível primário na Austrália e Canadá preconizam as dimensões de performance (AUSTRALIAN COMMISSION ON SAFETY AND QUALITY IN HEALTH CARE, 2012) e Donabedian (CANADIAN INSTITUTE FOR HEALTH INFORMATION, 2013), respectivamente; no Brasil a categorização relaciona-se às áreas de atendimento na atenção primária (BRASIL, 2012c). No que concerne aos indicadores em nível secundário e terciário os domínios mais comuns são segurança e processo (PROGRAMA DE QUALIDADE HOSPITALAR, 2006; MONTALVO, 2007; SCOTLAND, 2008; ENGLAND, 2009). Referente aos indicadores aplicáveis em todos os níveis de atenção destacam-se as categorias propostas por Donabedian (estrutura, processo e resultado) (AGENCY FOR HEALTHCARE RESEARCH AND QUALITY, 2014b; NATIONAL QUALITY FORUM, 2015b; NURSING QUALITY INDICATORS FOR REPORTING AND EVALUATION, 2013) bem como segurança (HEALTH QUALITY AND SAFETY COMMISSION, 2012; NATIONAL HEALTH SYSTEM OF UNITED KINGDOM, 2010; ORGANISATION FOR ECONOMIC CO-OPERATION AND DEVELOPMENT, 2015a; 2015b) e experiência do paciente (HEALTH QUALITY AND SAFETY COMMISSION, 2012; NATIONAL HEALTH SYSTEM OF UNITED KINGDOM, 2010), Quadro 5. Não foram encontrados indicadores relacionados à assistência de enfermagem ao idoso na atenção primária. Além disso, a diversidade de classificações dos indicadores

dificulta a comparação das principais dimensões avaliadas. No entanto, as mais referidas relacionam-se à segurança do paciente e classificação de Donabedian.

A seguir apresenta-se a descrição dos indicadores propostos pelas organizações relacionadas à saúde, conforme Quadro 4.

Quadro 4 - Indicadores em saúde propostos por organizações relacionadas à saúde
(continua)

Instituição	Nível de atenção	Domínios/dimensões/áreas avaliados	Observações sobre idoso e/ou assistência de enfermagem
<i>Australian Commission on Safety and Quality in Health Care (2012)</i>	Primário	1. Performance do sistema de saúde: -Acessibilidade; -Continuidade dos cuidados; -Coordenação dos cuidados; -Eficácia; -Adequação; -Aceitabilidade/participação do paciente; -Segurança.	Não são direcionados à assistência de enfermagem e ao idoso.
<i>Canadian Institute for Health Information (2013) - Indicadores prioritários para serviços na atenção primária</i>	Primário	1. Estrutura: • Gastos; • Governo; • Infraestrutura da tecnologia de informação; • Força de trabalho. 2. Processo/resultado: • Aceitabilidade/acessibilidade; • Adequação; • Abrangência/coordenação; • Efetividade; • Eficiência; • Estado de saúde; • Segurança.	Apresenta um indicador no item adequação relacionado à imunização do idoso; Não são direcionados à assistência de enfermagem.
Ministério da Saúde – Brasil (2012f)	Primário	1. Saúde da mulher; 2. Saúde da criança; 3. Controle de diabetes mellitus e hipertensão arterial sistêmica; 4. Saúde bucal; 5. Produção geral; 6. Vigilância – tuberculose e hanseníase; 7. Saúde mental.	No item produção geral apresenta-se indicador de monitoramento relacionado aos atendimentos do enfermeiro em relação ao número total de indivíduos cadastrados; Não são direcionados ao idoso.
<i>Health and Social Care Information Centre of United Kingdom (ENGLAND, 2009)</i>	Secundário	1. Segurança; 2. Experiência do paciente; 3. Eficácia:	Não são direcionados à assistência de enfermagem e ao idoso.

Quadro 4 - Indicadores em saúde propostos por organizações relacionadas à saúde
(continuação)

Instituição	Nível de atenção	Domínios/dimensões/áreas avaliados	Observações sobre idoso e/ou assistência de enfermagem
NDNQI/ANA (MONTALVO, 2007)	Terciário	1.Estrutura; 2.Processo; 3.Resultado.	Apresenta indicadores específicos da assistência de enfermagem no cuidado hospitalar, alguns endossados pelo NQF.
<i>Scottish Government</i> (2008)	Terciário	1.Segurança; 2.Efetividade; 3.Eficiência; 4.Cuidados centrados no paciente; 5.Oportunidade; 6.Equidade.	Apresenta indicadores específicos da assistência de enfermagem no cuidado hospitalar.
<i>Núcleo de Apoio à Gestão Hospitalar (NAGEH) - Associação Paulista de Medicina /Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo (PROGRAMA DE QUALIDADE HOSPITALAR, 2006)</i>	Terciário	1.Processo; 2.Gestão de pessoas.	Apresenta indicadores específicos da assistência de enfermagem no cuidado hospitalar.
<i>AHRQ - National Quality Measures Clearinghouse (NQMC) (AHRQ, 2014b)</i>	Todos	1.Prestação de cuidados de saúde: - Medidas de qualidade clínica: - Processo; - Acesso; - Resultado; - Estrutura; - Experiência do paciente; - Medidas relacionadas à prestação de cuidado em saúde: - Cadastro do estado de saúde; - Gestão; - Utilização de Serviços; - Custo; - Medidas de eficiência clínica: - Eficiência; 2.Saúde da população: - Medidas de qualidade da saúde: - Processo; - Acesso; - Resultado;	No domínio prestação de cuidados de saúde avalia-se 40 indicadores de processo na atenção primária ao idoso com foco em insuficiência cardíaca, osteoporose, depressão, reabilitação cardíaca, cuidados paliativos e fim de vida, epilepsia e diabetes mellitus; Não são direcionados à assistência de enfermagem.

Quadro 4 - Indicadores em saúde propostos por organizações relacionadas à saúde
(continuação)

Instituição	Nível de atenção	Domínios/dimensões/áreas avaliados	Observações sobre idoso e/ou assistência de enfermagem
		- Estrutura; - Experiência; • Medidas de saúde: - Estado da saúde; - Gestão; - Utilização dos serviços; - Custo; - Conhecimento em saúde; - Determinantes sociais da saúde; - Meio ambiente; • Medidas de eficiência: - Eficiência;	
<i>Canadian Institute for Health Information (2013) - Desempenho do Sistema de Saúde</i>	Todos	1.Resultados do sistema de saúde: • Condições de saúde; • Capacidade humana; • Bem-estar. 2.Determinantes sociais da saúde: • Fatores estruturais; Fatores biológicos, materiais, psicológicos e comportamentais. 3.Saídas do sistema de saúde: • Capacidade do sistema para fornecer serviços; • Propriedades dos serviços de saúde (serviço centrado no indivíduo; segurança; adequação, efetividade e eficiência); 4.Entradas sistema de saúde e características: • Liderança e governança; • Recursos disponíveis; • Alocação eficiente de recursos; • Inovação e capacidade de aprendizagem; • Capacidade de ajuste e adaptação para melhor atender às necessidades de saúde da população.	Apresentam seis indicadores direcionados a idosos com foco em fratura, imunização e medicação e 13 relacionados à lar de idosos; Não são direcionados à assistência de enfermagem especificamente, embora avaliem condições como úlceras por pressão e quedas.
<i>Health Quality and Safety Commission (2012)</i>	Todos	1.Segurança; 2.Experiência do paciente; 3.Eficácia; 4.Acesso / pontualidade; 5.Eficiência; 6.Equidade.	No item eficácia apresenta-se indicador de hospitalização repetida entre idosos de 75 anos e mais; Não são direcionados a assistência de enfermagem.
<i>National Health System of United</i>	Todos	1.Segurança; 2.Experiência do paciente; 3.Eficácia.	No item eficácia apresenta-se indicador direcionado a idosos pós-alta hospitalar;

Quadro 4 - Indicadores em saúde propostos por organizações relacionadas à saúde
(continuação)

Instituição	Nível de atenção	Domínios/dimensões/áreas avaliados	Observações sobre idoso e/ou assistência de enfermagem
<i>Kingdom - Department of Health (2010)</i>			Não são direcionados à assistência de enfermagem.
<i>NQF (2015b)</i>	Todos	1.Composto; 2.Custo; 3.Eficiência; 4.Resultado; 5.Relato dos resultados; 6.Processo; 7.Estrutura.	Apresenta indicadores específicos da assistência de enfermagem no cuidado hospitalar propostos pela NDNQI; Apresenta indicadores específicos de idosos relacionados à cirurgia, medicações, vacinação, atividade física, incontinência urinária, osteoporose, doença pulmonar obstrutiva crônica e asma.
<i>Organisation for Economic Co-Operation and Development (OECD) (2015a; 2015b)</i>	Todos	1.Atenção primária; 2.Segurança do paciente; 3.Cuidados agudos; 4.Capacidade de resposta e experiência do paciente; 5.Infraestrutura de informação em saúde; 6.Cuidados relacionados ao câncer; 7.Cuidados em doenças cardiovasculares e diabetes; 8.Saúde mental.	Na área relacionada à atenção primária apresenta-se indicador relacionado à imunização do idoso; Não são direcionados à assistência de enfermagem.
<i>Nursing Quality Indicators for Reporting and Evaluation (NQIRE) – Registered Nurses’ Association of Ontario (NURSING QUALITY INDICATORS FOR REPORTING AND EVALUATION, 2013)</i>	Todos	1.Estrutura; 2.Processo; 3.Resultado.	Apresenta indicadores da assistência de enfermagem relacionado a úlceras/complicações nos pés, dor, úlceras por pressão, amamentação, cuidado centrado no paciente, doença renal crônica, hipertensão arterial, acidente vascular encefálico, ostomia, quedas, delirium/demência/ depressão, condições crônicas e cessação do tabagismo; não são direcionados ao idoso.
Ministério da Saúde /Fundação Oswaldo Cruz (VIACAVA et al., 2012)	Todos	1.Determinantes da saúde: • Ambientais; • Socioeconômicos e demográficos; • Comportamentais e biológicos.	Na subdimensão acesso tem cirurgia de prótese de quadril em idosos (65 anos e mais); Não são direcionados à assistência de

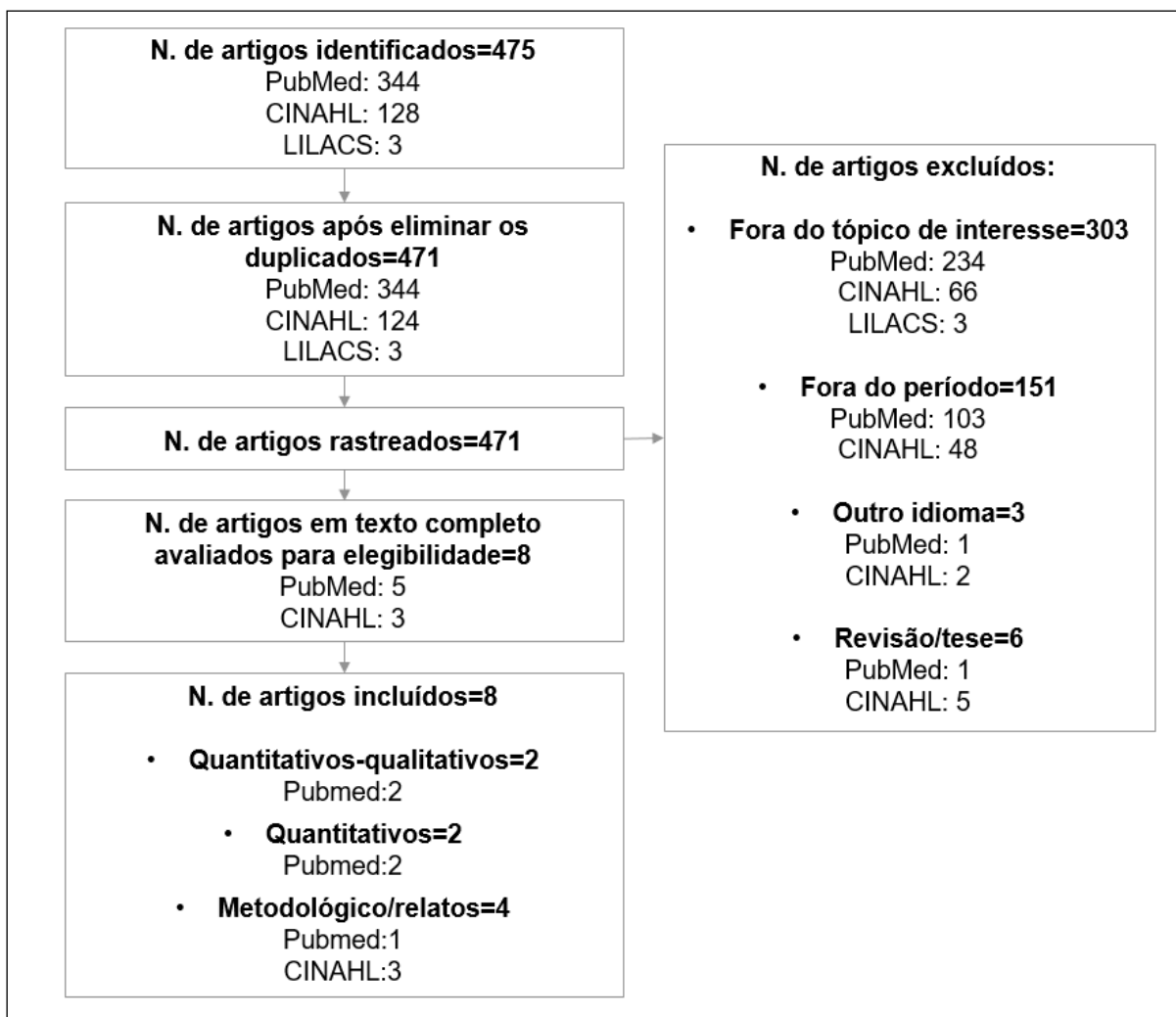
Quadro 4 - Indicadores em saúde propostos por organizações relacionadas à saúde
(continuação)

Instituição	Nível de atenção	Domínios/dimensões/áreas avaliados	Observações sobre idoso e/ou assistência de enfermagem
		2. Condições de saúde: • Morbidade; • Estado funcional; • Bem-estar; • Mortalidade. 3. Sistema de saúde: • Condução; • Estrutura: - Financiamento; - Recursos. 4. Desempenho dos serviços de saúde: • Efetividade; • Acesso; • Eficiência; • Respeito aos direitos das pessoas; • Aceitabilidade; • Continuidade; • Adequação; • Segurança.	enfermagem; Alguns indicadores podem ser desagregados por faixa etária (65 anos e mais).
Ministério da Saúde/ Fundação Oswaldo Cruz (FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ, 2015)	Todos	1-Determinantes da saúde: • Contextuais e ambientais; • Socioeconômicos e fragilidade social; • Demográficos; • Comportamentais. 2-Condições de saúde dos idosos: • Bem-estar; • Estado funcional; • Morbidade; • Mortalidade. 3-Serviços de saúde: • Efetividade; • Acesso; • Adequação; • Financiamento. 4-Qualidade da informação.	Na subdimensão acesso tem indicadores na atenção primária relacionados à cobertura do serviço e imunização. Não são direcionados à assistência de enfermagem. São específicos para idosos.

Fonte: a autora, 2017.

A busca de indicadores candidatos na literatura científica incluiu oito estudos primários, sendo cinco da base de dados PubMed e três da CINAHL, conforme apresentado na Figura 13. Os oito estudos foram publicados no idioma inglês, sendo dois com abordagem quantitativa, dois quantitativo-qualitativos, dois relatos de experiência/projeto e dois metodológicos, Figura 13.

Figura 13 - Estudos primários elegíveis e motivos de exclusão nas bases de dados, Uberaba-MG, 2014



Fonte: a autora, 2017.

Os resultados observaram que a área de qualidade da assistência de enfermagem na atenção primária têm utilizado indicadores relacionados à feridas, aos cuidados paliativos e aos cuidados com o diabetes mellitus; à saúde reprodutiva, materna e infantil; à satisfação do usuário; à asma e doença pulmonar obstrutiva crônica; à depressão e ao processo de enfermagem (BETZ et al., 2004; CARLFJORD; LINDBERG, 2008; LEMLEY; MARKS, 2009; HASNA et al., 2010; MCILRATH et al., 2010; DAVIES et al., 2011; RIVAS et al., 2012). Apenas um estudo abordou condições geriátricas (ROTH et al., 2012), conforme Quadros 5 e 6.

A seguir apresenta-se a síntese de cada um segundo seu delineamento metodológico, nos Quadros 5 e 6.

Quadro 5 - Síntese dos estudos com delineamento de pesquisa quantitativo e/ou qualitativo, 2003 a 2013

(continua)

Nome do artigo	Objetivos	Resultados
Nurse care manager contribution to quality of care in a dual-eligible special needs plan (ROTH et al., 2012)	Comparar a qualidade dos cuidados prestados aos pacientes idosos em serviços com gestores de cuidados comunitários (enfermeiros) e serviços com cuidados médicos primários por meio indicadores de assistência considerados mais relevantes.	Os pacientes com medo de cair pós-queda foram devidamente aconselhados pelos gestores de cuidados comunitários; quanto à demência foi utilizada uma ferramenta padronizada para avaliar cognição mais frequentemente (78%) além de contribuir para mais pacientes receberem avaliações funcionais (58%); para a depressão foram realizados encaminhamentos apropriados; o tratamento de questões relacionadas aos cuidados no fim da vida foram eficazes. No entanto, referente à nutrição e incontinência urinária, os gestores de cuidados comunitários atuaram menos.
Quality of primary nursing care for Bedouin in Jordan (HASNA et al., 2010)	Avaliar a qualidade dos cuidados de enfermagem em clínicas de atenção primária no nordeste da Badia do Jordão.	A prestação de cuidados foi considerada adequada em todos os quatro centros em relação à anamnese, à troca de informações, às instruções fornecidas antes de procedimentos, ao tempo para sessões de educação em saúde individuais, à qualidade da informação fornecida, ao conteúdo e aos métodos utilizados, às horas e carga de trabalho. Porém, práticas de controle de infecção, como lavar as mãos e o uso de luvas não foram praticadas bem como visitas domiciliares e a documentação do prontuário.
Patient satisfaction of young adults in rural clinics: policy implications for nurse practitioner practice (LEMLEY; MARKS, 2009)	Coletar dados sobre a satisfação do paciente com serviços dos profissionais de enfermagem em clínicas prática familiar rural.	A satisfação geral foi positivamente correlacionada com o tempo de espera, salas de exame, provedor de escuta, confiança no provedor, recebimento de informação sobre sua condição e tratamento, envolvimento nas decisões, ter o motivo da visita dirigida a sua satisfação, recomendação da clínica para a família e amigos. A visita dirigida a sua satisfação foi positivamente correlacionada com provedor de escuta, segurança e confiança no provedor e estar envolvido nas decisões sobre cuidados de saúde.
Asthma and COPD in primary health care, quality according to national guidelines: a cross-sectional and a	Avaliar indicadores de estrutura e processo, de acordo com as diretrizes de asma e doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC), nos cuidados de saúde primários, e identificar as correlações	Os resultados demonstraram que nos centros de cuidados primários de saúde com práticas de enfermagem em asma e DPOC (ACNP) o exame de função pulmonar com pico de fluxo expiratório ou espirometria, bem como a documentação de hábitos tabágicos, foram mais frequentemente realizados; houve um aumento em vários dos

Quadro 5 - Síntese dos estudos com delineamento de pesquisa quantitativo e/ou qualitativo, 2003 a 2013

(continuação)

retrospective study (CARLFJORD; LINDBERG, 2008)	entre os indicadores.	indicadores quando a quantidade de tempo atingiu uma hora por semana para cada 1000 doentes; o número de contatos que cada paciente teve com o ACNP demonstrou uma associação linear com o tempo reservado para ACNP em cada centro ($p < 0,001$).

Fonte: a autora, 2017.

Quadro 6 - Síntese dos estudos com delineamento metodológico ou relato de experiência/projeto, 2003 a 2013

(continua)

Nome do artigo	Objetivos	Resultados
Developing quality indicators for community services: the case of district nursing (DAVIES et al., 2011)	Produzir uma estrutura para o desenvolvimento de indicadores de qualidade para os serviços Bristol Community Health (BCH), e; desenvolver um conjunto de indicadores iniciais.	Na primeira fase do estudo, foi realizada familiarização com serviços locais; na segunda fase foram realizados workshops com os enfermeiros e pesquisa on-line com os líderes de equipe; na terceira etapa foram reunidas as opiniões dos usuários do serviço, gerentes seniores da BCH, comissários de Serviço de Saúde Nacional da Bristol e especialistas clínicos e acadêmicos sobre a lista restrita de indicadores. A lista final incluiu dois indicadores do domínio organizacional, 21 clínicos e oito de experiência do paciente. Dos indicadores clínicos, cinco foram para o diabetes mellitus, oito para o fim da vida e oito para tratamento de feridas. Seis eram indicadores de resultados e o restante de processo.
American Academy of Nursing Child and Family Expert Panel Health Care Quality and Outcomes Guidelines for Nursing of Children and Families: Phase II (BETZ et al., 2004)	Descrever o processo de refinamento e revisão do projeto inicial da Qualidade e Indicadores de Resultados de Enfermagem Materno Infantil resultando na versão final intitulada Qualidade de assistência à saúde e orientações de resultados para a enfermagem de crianças e famílias.	Um total de 10 organizações americanas de subespecialidades criança e famílias se reuniram para rever os conceitos comuns das normas e diretrizes de organizações para possíveis adições ou exclusões; adicionar outros conceitos de padrões/diretrizes; selecionar indicadores de qualidade e resultados comuns entre os grupos representados; refinar esses indicadores para aumentar a sua especificidade; avaliar a disponibilidade da qualidade dos indicadores de resultados, e; desenvolver um plano de trabalho para a apresentação de propostas para continuar este trabalho. Houve expansão de 11 para 18 diretrizes de enfermagem da criança e famílias e diretrizes dos consumidores.

Quadro 6 - Síntese dos estudos com delineamento metodológico ou relato de experiência/projeto, 2003 a 2013

(continuação)

Nome do artigo	Objetivos	Resultados
Benchmarks for effective primary care-based nursing services for adults with depression: a Delphi study (MCILRATH et al., 2010)	Identificar e obter consenso sobre pontos de referência para um serviço de enfermagem de cuidados primários para adultos com depressão.	Foram adotados 15 pontos de referência para serviços primários eficazes em cuidados de enfermagem para adultos com depressão. Os pontos de referência mais votados estavam direcionados para a necessidade de uma cultura na qual a depressão é vista como um problema a ser abordado, no uso de modelos de prestação de serviços alternativos; um nível adequado de treinamento para os profissionais; tratamentos eficazes e claros para o rastreamento e tratamento da depressão, e; disponibilidade de aconselhamento e apoio de especialistas em cuidados secundários quando necessário.
Implementation and evaluation of the nursing process in Primary Health Care (RIVAS et al., 2012)	Divulgar a experiência de implementar e desenvolver o processo de enfermagem em uma área sanitária de Cuidados de Saúde Primários.	O número de enfermeiros executando diagnóstico de enfermagem aumentou. Observou-se alto percentual relacionado aos aspectos biológicos, enquanto menos estavam relacionados aos aspectos psicológico ou social. O indicador de qualidade global tem sido registrado desde 2003 com taxas superiores a 90%, e o indicador da capacidade de resolução ou evolução positiva dos cuidados de planos nos últimos anos variou de 75% a 80% para os problemas de saúde atendidos. Houve um aumento constante no indicador sintético sobre planos de saúde simples (SCIP) de 10,8 para 58,0 e do SCIP modificado, que mensura a complexidade do cuidado atribuindo um valor técnico, de 24,9 para 49,1.

Fonte: a autora, 2017.

Para o desenvolvimento do modelo conceitual da enfermagem gerontológica na atenção primária foram selecionados para análise 40 documentos, apresentados a seguir:

1. Política Nacional do Idoso (BRASIL, 1994);
2. Caderno de Instabilidade postural e quedas (BRASIL, 1999);
3. Guia Prático do Programa Saúde da Família (BRASIL, 2001a);
4. Redes Estaduais de Atenção à Saúde do Idoso: guia operacional e portarias relacionadas (BRASIL, 2002);
5. Estatuto do Idoso (BRASIL, 2003a);
6. Avaliação para melhoria da qualidade da estratégia saúde da família (2005b);
7. Atenção à saúde do idoso (MINAS GERAIS, 2006d);
8. Atenção à Saúde do Adulto - tuberculose (MINAS GERAIS, 2006c);
9. Atenção à saúde do adulto: HIV/AIDS (MINAS GERAIS, 2006b);
10. Atenção à saúde do adulto: hanseníase (MINAS GERAIS, 2006a);
11. Caderno de Atenção Básica n. 19 - Envelhecimento e saúde da pessoa idosa (BRASIL, 2006d);
12. Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (BRASIL, 2006b);
13. Portaria nº 399/2006 (BRASIL, 2006a);
14. Cadernos de Atenção Básica n. 14 - Prevenção clínica de doenças cardiovasculares, cerebrovasculares e renais (BRASIL, 2006g);
15. Cadernos de Atenção Básica n. 12 - Obesidade (BRASIL, 2006f);
16. Cadernos de Atenção Básica n. 15 - Hipertensão arterial sistêmica (BRASIL, 2006e);
17. Cadernos de Atenção Básica n. 16 - Diabetes mellitus (BRASIL, 2006c);
18. Protocolos do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional – SISVAN na assistência à saúde (BRASIL, 2008a);
19. Cadernos de Atenção Básica n. 21 - Vigilância em Saúde: Dengue, Esquistossomose, Hanseníase, Malária, Tracoma e Tuberculose (BRASIL, 2008b);
20. Caderno de Auto-Avaliação n. 5: Equipe Saúde da Família (BRASIL, 2009a);
21. Cadernos de Atenção Básica n. 22. Vigilância em saúde: zoonoses (BRASIL, 2009b);
22. Linha Guia de Atenção à Saúde - dengue (MINAS GERAIS, 2009);

23. Cadernos de Atenção Primária n. 29 - Rastreamento (BRASIL, 2010e);
24. Cadernos de Atenção Básica n. 25 - Doenças respiratórias crônicas (BRASIL, 2010d);
25. Cadernos de Atenção Básica n. 26 - Saúde sexual e saúde reprodutiva (BRASIL, 2010f);
26. Política Nacional de Atenção Básica (BRASIL, 2011b);
27. Cadernos de Atenção Básica n. 28 - Acolhimento à demanda espontânea (BRASIL, 2011c);
28. Caderno de atenção domiciliar - volume 1 (BRASIL, 2012d);
29. Autoavaliação para a Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica: AMAQ (BRASIL, 2012c);
30. Cadernos de Atenção Básica n. 28 - Acolhimento à demanda espontânea: queixas mais comuns na Atenção Básica (BRASIL, 2012b);
31. Caderno de atenção domiciliar - volume 2 (BRASIL, 2013b);
32. Cadernos de Atenção Básica n. 13 - Controle dos cânceres do colo do útero e da mama (BRASIL, 2013c);
33. Cadernos de Atenção Básica n. 37 - Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica (BRASIL, 2013e);
34. Cadernos de Atenção Básica n. 36 - Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: diabetes mellitus (BRASIL, 2013d);
35. Instrumento de Avaliação Externa para as Equipes de Atenção Básica (BRASIL, 2013g);
36. Linha-guia de hipertensão arterial sistêmica, diabetes mellitus e doença renal crônica (MINAS GERAIS, 2013);
37. Diretrizes para o cuidado das pessoas idosas no SUS: proposta de modelo de atenção integral à saúde da pessoa idosa (BRASIL, 2014a);
38. Caderno de Atenção Básica n. 35 - Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica (BRASIL, 2014b);
39. Manual para a utilização da Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa (BRASIL, 2014a);
40. Caderno n. 38 - Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: obesidade (BRASIL, 2014c).

Todas as publicações estavam no idioma português e apresentaram ano de publicação variando de 1994 a 2014. Do total 34 referiam-se ao Ministério da Saúde (BRASIL, 1994; 1999; 2001a; 2002; 2003a; 2005; 2006a; 2006b; 2006c; 2006d; 2006e; 2006f; 2006g; 2008a; 2008b; 2009a; 2009b; 2010d; 2010e; 2010f; 2011b; 2011c; 2012b; 2012c; 2012d; 2013b; 2013c; 2013d; 2013e; 2013g; 2014a; 2014b; 2014c; 2014d) e seis à Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais (MINAS GERAIS, 2006a; 2006b; 2006c; 2006d; 2009; 2013). Dentre os documentos do Ministério da Saúde, 25 estavam relacionados à atenção primária e às atribuições do enfermeiro (BRASIL, 2001a; 2005b; 2006c; 2006e; 2006f; 2006g; 2008a; 2008b; 2009a; 2009b; 2010d; 2010e; 2010f; 2011b; 2011c; 2012d; 2012b; 2012c; 2013b; 2013c; 2013d; 2013e; 2013g; 2014b; 2014c), três eram concernentes ao idoso (BRASIL, 1994; 2003a; 2006b), três à atenção primária ao idoso (BRASIL, 1999; 2006d; 2014a) (sendo que dois desses destacavam as atribuições do enfermeiro) (BRASIL, 2006d; 2014a), dois relacionados à atenção ao idoso em geral (BRASIL, 2002; 2014d) e um à atenção à saúde em geral (BRASIL, 2006a). Os seis documentos da Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais destacavam as atribuições do enfermeiro sendo que cinco estavam relacionados à atenção primária (MINAS GERAIS, 2006a; 2006ab 2006c; 2009; 2013) e um à atenção primária ao idoso (MINAS GERAIS, 2006d).

A seguir são descritos os conceitos e proposições não-relacionais de acordo com os quatro metaparadigmas do modelo conceitual:

- *Idoso*

Considera-se idoso, no Brasil, o indivíduo com 60 anos ou mais de idade (BRASIL, 2003a; 2006a; 1994). Do ponto de vista social e psicológico, são mais heterogêneos que os jovens e vivenciam alterações estruturais e funcionais com o envelhecimento (BRASIL, 2014d; MINAS GERAIS, 2006d), que pode ser compreendido como um processo natural de diminuição progressiva da reserva funcional, denominado senescência (BRASIL, 2006d).

- *Processo saúde doença*

O conceito de saúde para o idoso se traduz mais pela sua condição de autonomia e independência do que pela presença ou ausência de doença orgânica (BRASIL, 2006b; 2014d; MINAS GERAIS, 2006d). Deste modo, a saúde deve ser compreendida a partir de uma concepção ampliada, não sendo entendida apenas como ausência de doenças (BRASIL, 2006b; 2012d; MINAS GERAIS, 2006d). Trata-

se de uma complexa produção social na qual os resultados na qualidade de vida se relacionam às decisões sobre os determinantes sociais (BRASIL, 2014b).

Em condições de sobrecarga como doenças, acidentes e estresse emocional, o processo de envelhecimento pode ocasionar uma condição patológica designada por senilidade, evidenciando a necessidade de assistência em saúde (BRASIL, 2006d).

As doenças podem ser desencadeadas considerando a repercussão das alterações decorrentes do processo fisiológico do envelhecimento nos mecanismos homeostáticos do idoso e em sua resposta orgânica, assim diminui sua capacidade de reserva, de defesa e de adaptação, tornando-o mais vulnerável aos estímulos traumáticos, infecciosos ou psicológicos (BRASIL, 2006d).

A presença de uma doença crônica não significa que o idoso não possa gerir sua própria vida e ser independente. A maioria dos idosos é capaz de decidir sobre seus interesses e se organiza sem necessidade de auxílio (BRASIL, 2002; 2014d). No entanto, as doenças crônicas e múltiplas geralmente associam-se à dependência dessa população e perduram por vários anos fazendo-se necessário acompanhamento médico e de equipes multidisciplinares permanentes (BRASIL, 2006d; 2014d; MINAS GERAIS, 2006d). Salienta-se que a perda da funcionalidade se traduz em síndromes geriátricas (instabilidade postural, insuficiência cognitiva, imobilidade, incontinência e iatrogenia) e contribui para o comprometimento da qualidade de vida do idoso, de seus familiares e cuidadores (BRASIL, 2014d).

Soma-se a isso polifarmácia e fragilidades em diversas esferas (BRASIL, 2012d) e a mortalidade e morbidade por condições agudas decorrentes de causas externas e agudizações de condições crônicas (BRASIL, 2014d).

- *Atenção Primária*

No Brasil, os termos atenção primária e atenção básica são equivalentes (BRASIL, 2011b). Esta se caracteriza por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde (BRASIL, 2011b; 2014d); assim os seus elementos essenciais são: a educação sanitária, a imunização, a prevenção de endemias, o tratamento e prevenção das doenças e a orientação para promoção de hábitos saudáveis (MINAS GERAIS, 2006d). O objetivo é desenvolver atenção integral que

impacte na situação de saúde e autonomia e bem como nos determinantes de saúde das coletividades (BRASIL, 2011b).

Ela se constitui como a principal porta de entrada sendo, ainda, o centro de comunicação da rede de atenção à saúde (MINAS GERAIS, 2006d; BRASIL, 2002; 2011b; 2014d). O foco das ações direciona-se à população adstrita tendo os profissionais a necessidade de conhecer as características do seu território. Esse espaço de atenção apresenta mudanças permanentemente, no qual ocorrem relações sociais, de poder, de cooperação, de cooptação, de interação, dentre outras, onde a população reside, trabalha, constrói afetos, diverte-se, encontra-se e desencontra-se (BRASIL, 2012d).

O cuidado com o idoso envolve toda a rede de atenção, especialmente os serviços sociais e de saúde (BRASIL, 2006d). Assim, na atenção primária ocorre na unidade de saúde, no domicílio, em locais do território como salões comunitários, escolas, creches, praças e outros espaços que comportem a ação planejada (BRASIL, 2011b); o idoso é acolhido pela equipe de saúde que deve captá-lo, acolhê-lo, desenvolver ações e avaliá-lo. É necessário o estabelecimento de vínculo entre o serviço e o idoso visando a garantia da assistência integral e contínua englobando a família de forma humanizada, resolutiva, com qualidade e responsabilidade (MINAS GERAIS, 2006d).

Destaca-se que no domicílio, pode ocorrer o cadastramento, a busca ativa, as ações de vigilância e de educação em saúde (BRASIL, 2012d); trata-se de um meio de vivência, interações, histórias e contextos que deve oferecer conforto e segurança (BRASIL, 2014a; 2012d). No convívio do lar, o indivíduo recebe apoio familiar e do meio que o cerca. Deste modo, a família deve ser apoiada pela equipe nas mudanças de rotinas, normas e contextos (BRASIL, 2012d). Saliencia-se o respeito no espaço domiciliar de modo a preservar os laços afetivos e fortalecer a autoestima, assim pode-se contribuir para a construção de ambientes mais favoráveis à recuperação da saúde (BRASIL, 2012d).

Destaca-se entre as ações desenvolvidas na atenção primária a promoção da saúde no envelhecimento que deve enfatizar o bom funcionamento físico, mental e social, a prevenção das morbidades e incapacidades (MINAS GERAIS, 2006d), a melhoria da autonomia, a inclusão na família e da comunidade e aspectos relacionados à melhora da qualidade de vida como o tratamento de cataratas, o

investimento em cuidadores e espaços comunitários de convivência (BRASIL, 2010e).

- *Enfermagem Gerontológica*

Na atenção ao idoso, no contexto primário são estabelecidas atribuições específicas ao enfermeiro e em conjunto com a equipe.

São atribuições específicas do enfermeiro na dimensão gerenciar: planejar, gerenciar, coordenar, executar e avaliar a unidade (BRASIL, 2001a); supervisionar e coordenar o trabalho dos agentes comunitários de saúde (ACS) e da equipe de enfermagem e ações para capacitação, e; facilitar a relação entre os profissionais de saúde e os ACS (BRASIL, 2001a; 2006c; 2006d; 2011b; 2008b). Na dimensão assistencial, destaca-se: realizar procedimentos/atendimentos e cuidados de enfermagem (BRASIL, 2001a; 2011b; 2013b); realizar consulta de enfermagem, com avaliações específicas (BRASIL, 2001a; 2005b; 2006c; 2006d; 2006e; 2006f; 2006g; 2008a; 2008b; 2009a; 2009b; 2010d; 2010e; 2010f; 2011b; 2012c; 2013c; 2013d; 2013e; 2013g; 2014b; 2014c; MINAS GERAIS, 2006a; 2006b; 2006c; 2006d; 2013); prescrever cuidados no domicílio (BRASIL, 2012d), e; verificar a imunização do idoso (MINAS GERAIS, 2006d).

No que concerne às atividades gerenciais desenvolvidas juntamente com outros profissionais da equipe de saúde, são preconizadas ao enfermeiro as atribuições descritas no Quadro 7, a seguir.

Quadro 7 - Atribuições do enfermeiro e/ou outros profissionais da equipe de saúde referente às atividades gerenciais baseadas nas publicações do Ministério da Saúde e Secretaria do Estado de Saúde de Minas Gerais

(continua)

Atribuição	Profissional de saúde							
	AE/TE	ACE	MED	DEN	PSI	AS	TSB	ACD
Planejar, gerenciar, coordenar e avaliar as ações desenvolvidas pelos ACS em vigilância em saúde (BRASIL, 2009b);		X	X					
Participar do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da unidade e atenção à saúde (BRASIL, 2009b; 2010d; 2011b; 2013c; MINAS GERAIS, 2006a; 2006b; 2006c);	X		X	X	X	X	X	
Gerir casos de indivíduos com doenças crônicas (BRASIL, 2014b);						X		

Quadro 7 - Atribuições do enfermeiro e/ou outros profissionais da equipe de saúde referente às atividades gerenciais baseadas nas publicações do Ministério da Saúde e Secretaria do Estado de Saúde de Minas Gerais

(continuação)

Atribuição	Profissional de saúde							
	AE/TE	ACE	MED	DEN	PSI	AS	TSB	ACD
Usar os dados dos cadastros e das consultas de revisão dos pacientes diabéticos para avaliar a qualidade do cuidado prestado e para planejar ou reformular as ações em saúde (BRASIL, 2006c);			X					
Organizar, com a participação de toda a equipe de saúde, a distribuição das tarefas necessárias para o cuidado integral dos pacientes portadores de diabetes (BRASIL, 2006c);			X					
Estabelecer, junto com a equipe, estratégias que possam favorecer a adesão ao tratamento (MINAS GERAIS, 2013);			X					
Contribuir e participar das atividades de educação permanente dos membros da equipe quanto à prevenção, ao manejo do tratamento, a ações de vigilância epidemiológica e ao controle das doenças (BRASIL, 2008b; 2009b);			X	X			X	X
Enviar mensalmente ao setor competente as informações epidemiológicas referentes às doenças/agravos e analisar os dados para possíveis intervenções (BRASIL, 2008b; 2009b; MINAS GERAIS, 2006c);	X	X	X					
Preencher a ficha de investigação e de notificação em vigilância epidemiológica e de saúde (BRASIL, 2009b; MINAS GERAIS, 2006c; 2006a);	X		X					
Encaminhar a ficha de notificação ao setor de vigilância epidemiológica (BRASIL, 2009b);	X		X					
Notificar qualquer caso suspeito de reação adversa aos medicamentos relacionada à vigilância epidemiológica e de saúde (BRASIL, 2009b; MINAS GERAIS, 2006c; 2006a).			X					

Fonte: a autora, 2017.

Notas: AE/TE: auxiliar/técnico de enfermagem; ACE: agente de controle de endemias; MED: médico; DEN: dentista; PSI: psicólogo; AS: assistente social; TSB: técnico em saúde bucal; ACD: auxiliar de consultório dentário.

Já as atividades relacionadas ao cuidado estabelecidas para o enfermeiro e desenvolvidas juntamente com outros profissionais de saúde da equipe, encontram-se no Quadro 8, a seguir.

Quadro 8 - Atribuições do enfermeiro e/ou outros profissionais da equipe de saúde referente às atividades relacionadas ao cuidado baseadas nas publicações do Ministério da Saúde e Secretaria do Estado de Saúde de Minas Gerais

(continua)

Atribuição	Profissional de saúde							
	AE/TE	ACS	MED	DEN	PSI	AS	FAR	OUT
Encaminhar, quando necessário, os usuários a outros serviços/especialidades (BRASIL, 2006f; 2011b; 2013c; 2013d; 2013e; MINAS GERAIS, 2006a; 2006b; 2006c);			X					
Solicitar o retorno do paciente após o término do tratamento para avaliação de cura clínica em vigilância epidemiológica e de saúde (BRASIL, 2009b);			X					
Realizar o acolhimento diário na unidade (BRASIL, 2011c; 2012b; MINAS GERAIS, 2006a; 2009);	X							
Realizar tratamento do transtorno alimentar (BRASIL, 2014c);				X	X	X		X
Mensurar a pressão arterial do idoso regularmente inclusive nas posições deitada e em pé (BRASIL, 2006e; 2013e; 2014a);			X					
Orientar o idoso, os familiares e/ou cuidador sobre a correta utilização dos medicamentos (BRASIL, 2006d; MINAS GERAIS, 2006c; 2006d);	X		X					
Avaliar o risco e benefício dos medicamentos, fitoterápicos, suplementos e vitaminas usados pelo idoso (BRASIL, 2014a);			X	X				
Apoiar o médico na explicação das prováveis complicações e monitorização da medicação de alta vigilância do idoso (BRASIL, 2014a);							X	
Verificar o uso correto dos dispositivos inalatórios e adesão ao tratamento no caso de doenças respiratórias crônicas (BRASIL, 2010d);							X	
Orientar pacientes sobre automonitorização (glicemia capilar) e técnica de aplicação de insulina (BRASIL, 2006c);	X							
Realizar orientações sobre alimentação saudável para o adequado controle			X					

Quadro 8 - Atribuições do enfermeiro e/ou outros profissionais da equipe de saúde referente às atividades relacionadas ao cuidado baseadas nas publicações do Ministério da Saúde e Secretaria do Estado de Saúde de Minas Gerais

(continuação)

Atribuição	Profissional de saúde							
	AE/TE	ACS	MED	DEN	PSI	AS	FAR	OUT
metabólico e prevenção das complicações, para pessoas com doenças crônicas (BRASIL, 2014b);								
Identificar os fatores de risco relacionados com a alimentação para indivíduos com doenças crônicas (BRASIL, 2014b);			X					
Avaliar os sintomas em Atenção Domiciliar 1 (BRASIL, 2013b; 2013c);			X					
Acompanhar o controle dos agravos à saúde associados, a partir da contrarreferência, com a vigilância nutricional (BRASIL, 2006f);			X					
Realizar ações de reabilitação neurofuncional e motora na reabilitação domiciliar (BRASIL, 2013b);	X							X
Unir a atuação clínica à prática da saúde coletiva (BRASIL, 2001a);			X	X				
Realizar as atividades correspondentes às áreas prioritárias de intervenção na atenção básica, definidas na norma operacional da assistência à saúde (BRASIL, 2001a);			X	X				
Avaliar os usuários a serem vacinados ou sorovacinados quanto à possibilidade de reações adversas e alérgicas ao imunobiológico a ser administrado na raiva (BRASIL, 2009b);			X					
Orientar os usuários a serem vacinados sobre as características da vacina da raiva, seus possíveis efeitos e reações adversas e quais condutas devem ser tomadas nesse caso (BRASIL, 2009b);	X		X					
Observar no cartão de vacinas dos usuários agredidos por animal suspeito o registro das doses da vacina antirrábica humana e acompanhar o esquema profilático (BRASIL, 2009b);	X		X					
Orientar os usuários e familiares sobre a importância do acompanhamento da situação clínica do animal agressor (BRASIL, 2009b);		X	X					
Orientar quanto à importância de informar sobre as reações adversas e	X		X					

Quadro 8 - Atribuições do enfermeiro e/ou outros profissionais da equipe de saúde referente as atividades relacionadas ao cuidado baseadas nas publicações do Ministério da Saúde e Secretaria do Estado de Saúde de Minas Gerais

(continuação)

Atribuição	Profissional de saúde							
	AE/TE	ACS	MED	DEN	PSI	AS	FAR	OUT
alérgicas do esquema profilático utilizado na raiva (BRASIL, 2009b);								
Identificar sinais de gravidade de acidentes por animais peçonhentos (BRASIL, 2009b);			X					
Desenvolver atividades educativas (BRASIL, 2006c; 2006e; 2006g; MINAS GERAIS, 2006c; 2013);			X					
Utilizar a caderneta do idoso em todas as situações de atendimento (BRASIL, 2012c);	X	X	X	X	X	X	X	X
Realizar visita domiciliar (BRASIL, 2013b; 2005b);			X					
Realizar assistência domiciliar, quando necessário (BRASIL, 2006d; 2008b; 2009b; 2010d; 2013g; MINAS GERAIS, 2006d);	X		X	X				
Aplicar vacina BCG e realizar teste tuberculínico (MINAS GERAIS, 2006c);	X							
Convocar os comunicantes para investigação de tuberculose (MINAS GERAIS, 2006c);			X					
Convocar o faltoso ou em abandono de tratamento da tuberculose (MINAS GERAIS, 2006c);	X							
Classificar o risco de infecção pelo HIV/Aids (MINAS GERAIS, 2006b);			X					
Realizar aconselhamento em HIV/Aids (MINAS GERAIS, 2006b);	X		X		X	X		
Acompanhar este atendimento de referência dos pacientes portadores de HIV/Aids (MINAS GERAIS, 2006b);			X		X	X		
Dispensar e administrar medicamentos para hanseníase (MINAS GERAIS, 2006a).	X		X					

Fonte: a autora, 2017.

Notas: AE/TE: auxiliar/técnico de enfermagem; ACS: agente comunitário de saúde; MED: médico; DEN: dentista; PSI: psicólogo; AS: assistente social; FAR: farmacêutico/equipe de farmácia; OUT: outros profissionais de saúde.

Para a classificação das atribuições do enfermeiro consideraram-se as seguintes dimensões do trabalho: administrar, assistir, ensinar, pesquisar e participar politicamente (SANNA, 2007) utilizadas na ESF (PAULA et al., 2014). No

entanto, considerando que as atribuições obtidas nos documentos descrevem a prática no serviço de saúde, as dimensões possíveis nesta pesquisa são administrar/gerenciar e assistir/cuidar, que têm sido as únicas duas dimensões referidas em pesquisas na atenção primária (MATUMOTO et al., 2011; GUEDES et al., 1999) sendo uma destas relacionada ao projeto de Classificação Internacional das Práticas de Enfermagem em Saúde Coletiva (CIPESC) (GUEDES et al, 1999).

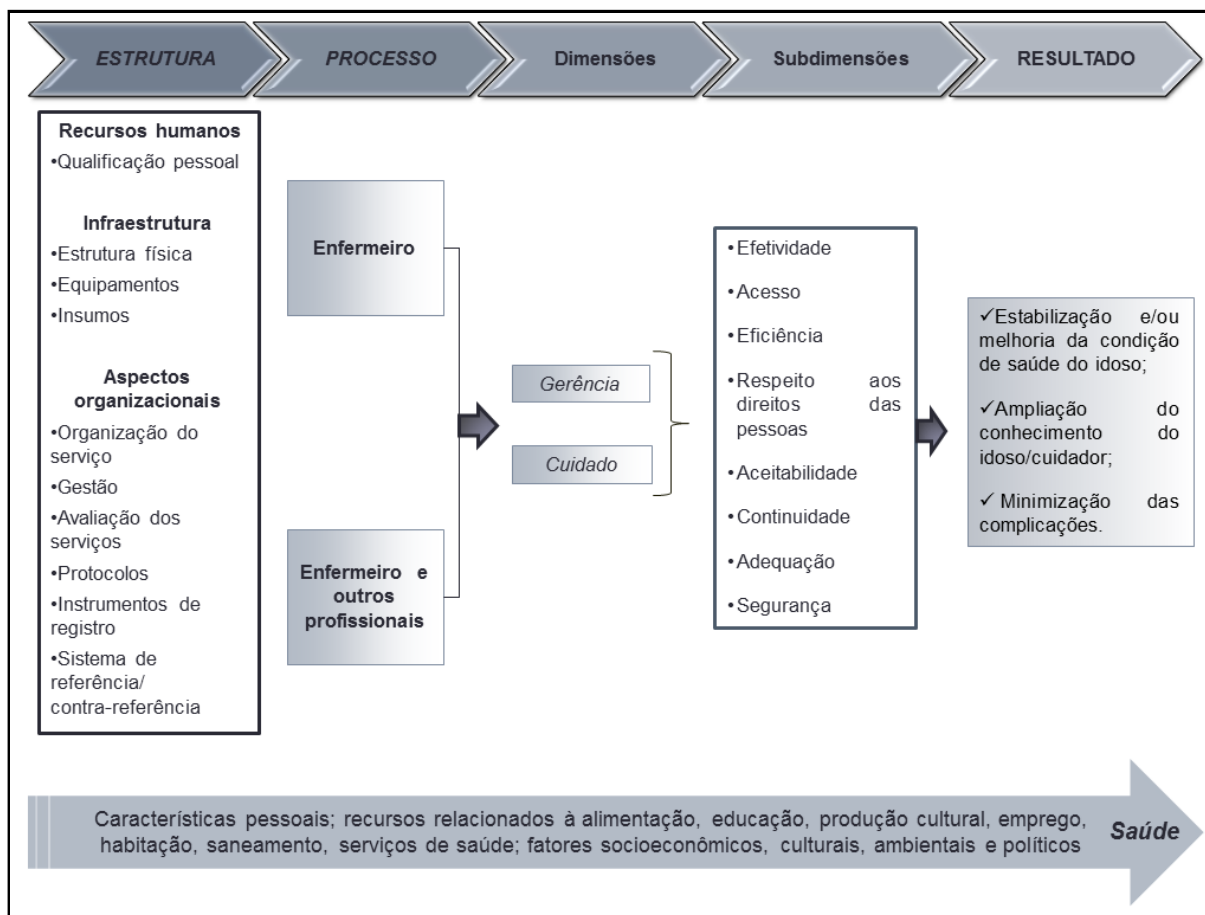
Cada uma das possíveis dimensões foram subdivididas em subdimensões conforme a proposta do PROADESS (efetividade, acesso, eficiência, respeito aos direitos das pessoas, aceitabilidade, continuidade, adequação, segurança) (VIACAVA et al., 2012).

O modelo lógico para construção de indicadores da atenção ao idoso no contexto primário com foco nas atribuições do enfermeiro estratificadas conforme suas respectivas dimensões e subdimensões, encontra-se na Figura 14.

Neste esquema entende-se que a qualidade da assistência é permeada pela estrutura, processo e resultados. No que concerne ao processo, o enfermeiro apresenta atribuições específicas inerentes a sua profissão e outras que devem realizadas por ele e/ou outros profissionais da equipe de saúde. Estas atribuições podem ser gerenciais ou assistenciais com foco nas subdimensões de desempenho dos serviços de atenção primária.

Desta representação podem emergir indicadores de qualidade da assistência visando a melhoria dos resultados da atenção em saúde direcionada aos idosos. Salienta-se que o objeto deste estudo refere-se apenas as atribuições específicas do enfermeiro, sendo os indicadores propostos baseados neste item. Esta delimitação se justifica pelo possível confusão na mensuração dos indicadores com base nas atribuições conjuntas, podendo ser subestimado pela possibilidade de ser desenvolvido por outros profissionais de saúde da equipe.

Figura 14 - Modelo lógico para construção de indicadores de processo da atenção ao idoso no contexto primário baseado nas publicações do Ministério da Saúde e Secretaria do Estado de Saúde de Minas Gerais com foco nas atribuições do enfermeiro



Fonte: a autora, 2017.

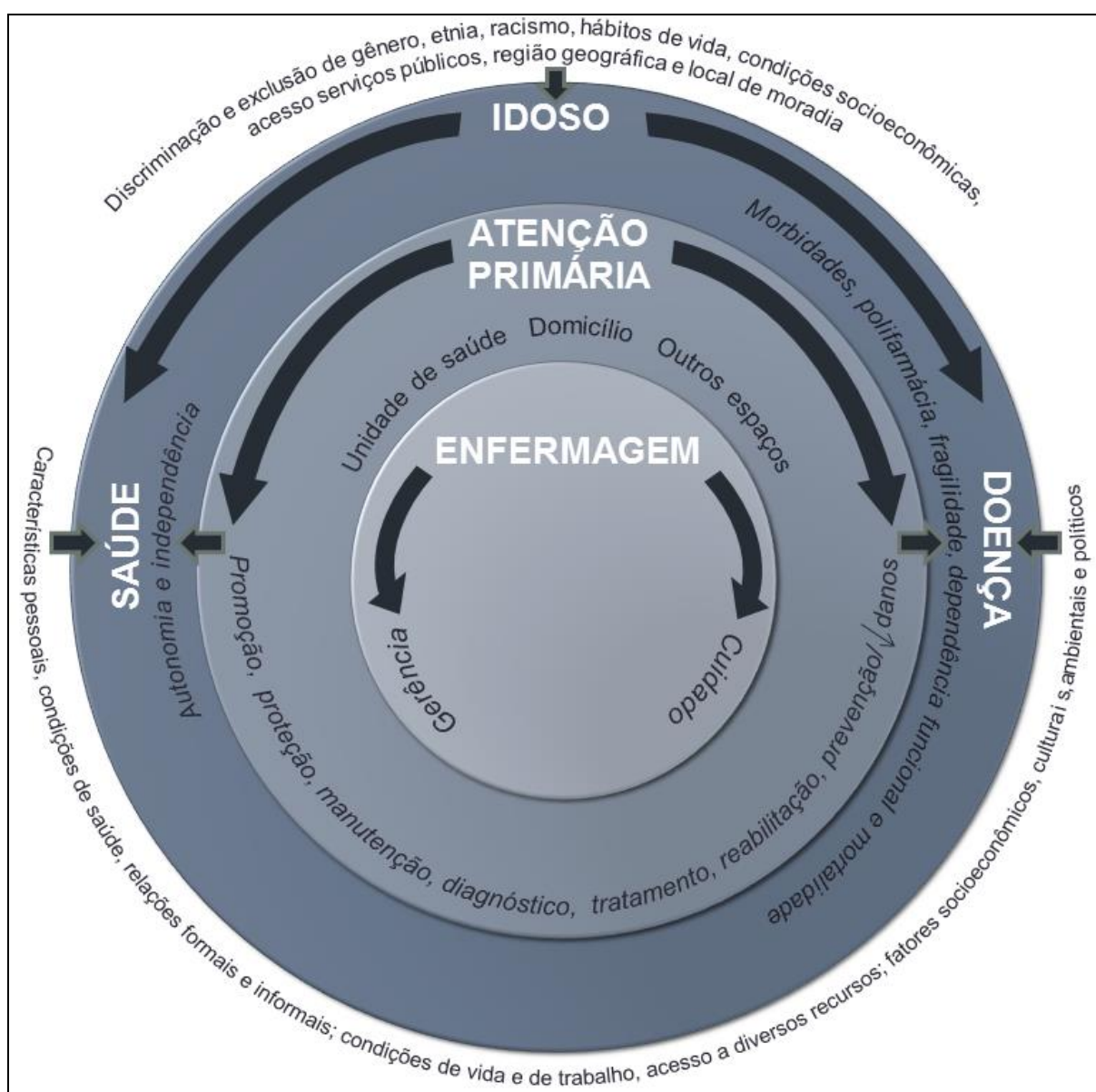
As proposições relacionais obtidas nesse modelo conceitual foram:

- A maioria dos idosos apresenta boas condições físicas e sua saúde é boa, mas ao envelhecer perdem a capacidade de recuperar-se rápida e completamente das doenças (MINAS GERAIS, 2006d);
- Muitas medidas que afetam a saúde dos idosos transcendem o setor saúde (MINAS GERAIS, 2006d), a saber: o estresse de agravos físicos, emocionais e sociais, como a viuvez (BRASIL, 1999; 2014a);
- A atenção integral e integrada à saúde do idoso deverá apresentar condições essenciais como infraestrutura física adequada, insumos e profissionais qualificados (BRASIL, 2006b);

- Na atenção primária, a avaliação diagnóstica do idoso deve considerar diversos fatores, como o exame físico, os aspectos biológicos, psíquicos, funcionais, sociais, ambientais e a sua relação e dos familiares com o profissional de saúde (BRASIL, 2006d), subentendendo-se que esses itens podem influenciar no seu envelhecimento e no processo saúde/doença;
- O envelhecimento e o processo saúde/doença possuem causas multifatoriais, sendo o envelhecimento influenciado pela discriminação e exclusão de gênero, etnia, racismo, hábitos de vida, condições socioeconômicas, acesso aos serviços públicos, região geográfica e local de moradia (BRASIL, 2006d; 2014d) e o processo saúde/doença associado aos determinantes biológicos e socioculturais, a saber: as características pessoais, as condições de saúde e relações formais e informais; as condições de vida e de trabalho, o acesso à alimentação, à educação, à produção cultural, ao emprego, à habitação, ao saneamento e aos serviços de saúde, e; às condições socioeconômicas, culturais e ambientais dos indivíduos, famílias e redes sociais e o desenvolvimento, a riqueza da localidade e sua distribuição e fatores políticos (BRASIL, 2006b; 2012d; 2014b; MINAS GERAIS, 2006d);
- O idoso apresenta características peculiares quanto à apresentação, instalação e desfecho dos agravos em saúde e maior vulnerabilidade a eventos adversos necessitando de intervenções multidimensionais e multissetoriais (BRASIL, 2014d);
- O idoso utiliza mais os serviços de saúde e apresenta internações hospitalares mais frequentes e com maior tempo de ocupação do leito (BRASIL, 2014d; MINAS GERAIS, 2006d);
- Os idosos diferem de acordo com a sua história de vida, com seu grau de independência funcional e com a demanda por serviços de saúde mais ou menos específicos (BRASIL, 2002; 2006b). Todos necessitam, contudo, de uma avaliação pautada no conhecimento do processo de envelhecimento e de suas peculiaridades, adaptada à realidade sociocultural em que estão inseridos (BRASIL, 2006b). Essa avaliação deve contemplar as dimensões: social, clínica, mental e funcional contribuindo para a identificação das necessidades do idoso (BRASIL, 2014d).

Com base nos quatro metaparadigmas e proposições não-relacionais e relacionais, o modelo conceitual foi construído centrado na enfermagem, responsável por desenvolver ações relacionadas a gerência e ao cuidado na atenção primária podendo assim influenciar no processo saúde/doença dos indivíduos. Nesse contexto, evidencia-se que, além da atenção em saúde ofertada, as condições de saúde/doença do idoso podem ser influenciadas por diversos fatores. Assim, a Figura 15, a seguir, ilustra o modelo conceitual desta pesquisa.

Figura 15 - Modelo conceitual para as dimensões do trabalho do enfermeiro na atenção primária ao idoso baseado nas publicações do Ministério da Saúde e Secretaria do Estado de Saúde de Minas Gerais



Fonte: a autora, 2017.

Na apresentação e discussão do modelo conceitual com os profissionais adicionais foram destacadas as seguintes atividades realizadas no município:

- Grupo HIPERDIA: no qual a maioria dos participantes é idoso. O enfermeiro desenvolve as atividades educativas juntamente com outros profissionais (médico, dentista, ACS, TE). Os temas variam conforme as especificidades de cada ESF (doenças sexualmente transmissíveis/Aids e sexualidade, hanseníase, tuberculose, tabagismo, drogas/álcool, diabetes mellitus, hipertensão arterial, saúde do homem, saúde da mulher, alimentação/nutrição, atividade física, quedas e violência);
- Consulta de enfermagem aos usuários com hipertensão arterial e diabetes mellitus: aferição de peso, altura e circunferência abdominal; aferição da pressão arterial; dosagem da glicemia; dispensação de medicação; renovação/transcrição de receita; orientação nutricional; verificação do cartão vacinal; orientação e exames preventivos sobre saúde da mulher/homem; encaminhamentos para exames (mamografia) e triagem para verificar necessidade de consulta médica;
- Grupo de tabagismo: no qual a maioria dos participantes é idoso. Participam o enfermeiro, médico e psicólogo. Inicialmente realiza-se consulta individual pelo enfermeiro ou psicólogo;
- Grupo de ginástica orientada: em parceria com a Secretaria do Esporte e Lazer e alguns com participação do fisioterapeuta do Núcleo de Apoio à Saúde da Família. O enfermeiro geralmente realiza apenas a aferição de pressão arterial antes da atividade;
- Grupo de idosos: discute temas diversos de acordo com as especificidades de cada ESF, geralmente semanal;
- Grupo de artesanato: tem atividades de recreação, como viagens em que o enfermeiro acompanha;
- Visita domiciliar: direcionada aos idosos acamados, com restrição de movimentação ou pós cirúrgico/pós hospitalização;
- Educação continuada com a equipe: o enfermeiro geralmente coordena. Os temas são livres, por exemplo, integração da equipe, morbidades, campanhas

do Ministério da Saúde, especificidades da área, dengue, planejamento de atividades/avaliação de prioridades, sexualidade na terceira idade;

- Realização de curativos no domicílio e treinamento da família com acompanhamento periódico;
- Triagem diária da demanda da unidade: o enfermeiro avalia e encaminha o idoso;
- Notificação de violência: quando são informados pela família, pelo ACS e por denúncia; no caso de agressão física pela notificação da Unidade de Pronto Atendimento;
- Visita mensal em instituição de longa permanência;
- Acompanhamento das atividades do ACS pela ficha A;
- Realização de ações pontuais em datas específicas como o 'Dia do Idoso'.

4.2 CONVERSÃO DAS ATRIBUIÇÕES ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO EM INDICADORES

Com base nas atribuições específicas do enfermeiro, delineadas no modelo conceitual, foram construídos indicadores para sua mensuração considerando: ser diretamente aplicáveis aos idosos e não genéricos. Salienta-se que duas atribuições passíveis de serem realizadas por outros membros da equipe de saúde foram delimitadas para o atendimento do enfermeiro (utilização da caderneta do idoso e visita domiciliar em Atenção Domiciliar 1). Os indicadores, passíveis de serem aplicados na população em geral, mas diretamente aplicáveis aos idosos, foram delimitados para essa população. Esses dados encontram-se no Quadro 9 a seguir.

Quadro 9 - Identificação dos indicadores candidatos segundo dimensão, subdimensão e delimitação

(continua)

Nome do indicador	Dimensão	Subdimensão	Observação
1. Indicadores de qualidade da gerência			
• Planejamento do cuidado ao idoso.	Gerência	Todas as dimensões	Delimitado para o idoso
• Monitoramento regular de indicador para assistência ao idoso.	Gerência	Todas as dimensões	Delimitado para o idoso
• Avaliação e melhoria do cuidado ao idoso.	Gerência	Todas as dimensões	Delimitado para o idoso

Quadro 9 - Identificação dos indicadores candidatos segundo dimensão, subdimensão e delimitação

(continuação)

Nome do indicador	Dimensão	Subdimensão	Observação
Coordenação da equipe de enfermagem e dos agentes comunitários de saúde no cuidado ao idoso.	Gerência	Todas as dimensões	Delimitado para o idoso
1. Indicadores de qualidade no processo de cuidado			
a. Cuidado aos idosos em geral			
Consulta de enfermagem ao idoso.	Cuidado	Acesso	Específico para o idoso
Avaliação do idoso na consulta de enfermagem.	Cuidado	Adequação	Específico para o idoso
Consulta para rastreamento de diabetes mellitus.	Cuidado	Adequação	Delimitado para o idoso
Consulta de enfermagem ginecológica.	Cuidado	Acesso	Específico para o idoso
Cartão vacinal adequado.	Cuidado	Adequação	Específico para o idoso
Utilização da caderneta do idoso nos atendimentos de enfermagem.	Cuidado	Continuidade	Específico para o idoso
b. Cuidado aos idosos em condições específicas			
<i>Diabetes mellitus</i>			Delimitado para o idoso
Consulta de enfermagem ao idoso com diabetes mellitus.	Cuidado	Continuidade	Delimitado para o idoso
Avaliação do idoso com diabetes mellitus na consulta de enfermagem.	Cuidado	Adequação	Delimitado para o idoso
<i>Hipertensão arterial sistêmica</i>			
Consulta de enfermagem ao idoso com hipertensão arterial sistêmica.	Cuidado	Continuidade	Delimitado para o idoso
Avaliação do idoso com hipertensão arterial sistêmica na consulta de enfermagem.	Cuidado	Adequação	Delimitado para o idoso
<i>Sobrepeso/obesidade</i>			
Consulta de enfermagem ao idoso com sobrepeso/obesidade.	Cuidado	Acesso	Delimitado para o idoso
Avaliação do idoso com sobrepeso/obesidade na consulta de enfermagem.	Cuidado	Adequação	Delimitado para o idoso
<i>Pressão arterial limítrofe</i>			
Consulta de enfermagem ao idoso com pressão arterial limítrofe.	Cuidado	Continuidade	Delimitado para o idoso
Avaliação do idoso com pressão arterial limítrofe na consulta de enfermagem.	Cuidado	Adequação	Delimitado para o idoso
<i>Atenção Domiciliar 1</i>			
Prescrição de cuidados em Atenção Domiciliar 1 (AD1).	Cuidado	Continuidade	Delimitado para o idoso

Quadro 9 - Identificação dos indicadores candidatos segundo dimensão, subdimensão e delimitação

(continuação)

Nome do indicador	Dimensão	Subdimensão	Observação
Visita domiciliar em Atenção Domiciliar 1.	Cuidado	Acesso	Delimitado para o idoso

Fonte: a autora, 2017.

As fichas técnicas dos indicadores candidatos encontram-se no Apêndice 6 e as ferramentas para coleta dos dados relacionados a mensuração de cada indicador no Apêndice 7.

4.3 VALIDADE DE FACE, TERMINOLOGIA, VALIDADE DE CONTEÚDO E NECESSIDADE

Na rodada zero, sete dos nove peritos convidados responderam ao formulário de sugestões. Apenas as fichas dos indicadores relacionados abaixo obtiveram pequenas alterações:

- Avaliação da melhoria do cuidado ao idoso: nome alterado para *Avaliação e melhoria do cuidado ao idoso* e inserida observação acerca das avaliações;
- Coordenação da equipe de enfermagem e dos agentes comunitários de saúde no cuidado ao idoso: delimitadas as atividades específicas destas categorias profissionais.

No apêndice 22 encontram-se ambas as fichas reformuladas.

Na rodada um, participaram os nove painelistas sendo todos os indicadores considerados apropriados e necessários. Obteve-se seis indicadores com votação imprecisa no item terminologia e apenas um no qual a validade de conteúdo foi $<0,80$.

A Tabela 2 a seguir apresenta os valores da mediana em cada item seguido pelo número de painelistas que votaram no intervalo que contém a mediana e, o valor do CVI.

Tabela 2 - Valores da mediana (Md) e número de painelistas (N) no intervalo para a validade de face, terminologia, necessidade e CVI, Uberaba-MG, 2017

(continua)

Nome do indicador	Face		Terminologia		Necessidade		CVI
	Md	N	Md	N	Md	N	
1. Indicadores de qualidade da gerência							
• Planejamento do cuidado ao idoso.	9	8	6	5*	9	9	0,78
• Monitoramento regular de indicador para assistência ao idoso.	8	9	6	5*	8	9	0,89
• Avaliação e melhoria do cuidado ao idoso.	9	8	8	6*	9	9	1,0
• Coordenação da equipe de enfermagem e dos agentes comunitários de saúde no cuidado ao idoso.	9	9	7	6*	9	9	1,0
2. Indicadores de qualidade no processo de cuidado							
a. Cuidado aos idosos em geral							
• Consulta de enfermagem ao idoso.	9	9	9	7	9	9	1,0
• Avaliação do idoso na consulta de enfermagem.	9	9	9	7	9	9	1,0
• Consulta para rastreamento de diabetes mellitus.	9	8	9	7	9	8	1,0
• Consulta de enfermagem ginecológica.	9	9	9	7	9	7	1,0
• Avaliação da idosa na consulta de enfermagem ginecológica.	9	9	9	7	9	8	1,0
• Cartão vacinal adequado.	9	9	9	7	9	9	1,0
• Utilização da caderneta do idoso nos atendimentos de enfermagem.	9	9	9	7	9	8	1,0
b. Cuidado aos idosos em condições específicas							
<i>Diabetes mellitus</i>							
• Consulta de enfermagem ao idoso com diabetes mellitus.	9	9	9	7	9	9	1,0
• Avaliação do idoso com diabetes mellitus na consulta de enfermagem.	9	9	9	7	9	9	1,0
<i>Hipertensão arterial sistêmica</i>							
• Consulta de enfermagem ao idoso com hipertensão arterial sistêmica.	9	9	9	7	9	9	1,0

Tabela 2 - Valores da mediana (Md) e número de painelistas (N) no intervalo para a validade de face, terminologia, necessidade e CVI, Uberaba-MG, 2017

(continuação)

Nome do indicador	Face		Terminologia		Necessidade		CVI
	Md	N	Md	N	Md	N	
Avaliação do idoso com hipertensão arterial sistêmica na consulta de enfermagem.	9	9	9	7	9	9	1,0
<i>Sobrepeso/obesidade</i>							
Consulta de enfermagem ao idoso com sobrepeso/obesidade.	8	8	8	7	8	8	0,89
Avaliação do idoso com sobrepeso/obesidade na consulta de enfermagem.	9	9	9	7	9	9	1,0
<i>Pressão arterial limítrofe</i>							
Consulta de enfermagem ao idoso com pressão arterial limítrofe.	9	9	9	7	9	9	1,0
Avaliação do idoso com pressão arterial limítrofe na consulta de enfermagem.	9	9	9	7	9	9	1,0
<i>Atenção Domiciliar 1</i>							
Prescrição de cuidados em Atenção Domiciliar 1 (AD1).	9	9	9	6*	9	9	1,0
Visita domiciliar em Atenção Domiciliar 1.	9	9	8	6*	9	9	1,0

Fonte: a autora, 2017.

*itens com votação imprecisa.

O Quadro 10 a seguir apresenta os comentários resumidos dos painelistas dos seis indicadores com votação imprecisa na terminologia.

Quadro 10 - Comentários dos painelistas na rodada um, Uberaba, MG, 2017

(continua)

Nome do indicador	Comentários dos painelistas
1. Indicadores de qualidade da gerência	
Planejamento do cuidado ao idoso.	- Nome do indicador amplo; - Ter clareza do que é 'cuidado'; mudar o nome do indicador ("planejamento de atividades ..."); - Ter um documento que norteie o planejamento (incluir Caderno 19 e PNSPI); Método de cálculo traz cronograma de planejamento (verificar a existência de

Quadro 10 - Comentários dos painelistas na rodada um, Uberaba, MG, 2017
(continuação)

Nome do indicador	Comentários dos painelistas
	plano terapêutico individual invés de cronograma).
Monitoramento regular de indicador para assistência ao idoso.	- Definição circular (o indicador regula o indicador); - Definir os indicadores a serem englobados.
Avaliação e melhoria do cuidado ao idoso.	- Método de cálculo amplo: usar documento como referência (avaliação dos idosos em AD1; ou lista de idosos com hipertensão arterial/diabetes mellitus com controle de consulta e revisão de medicação dos últimos seis meses); - Usar os dados da Caderneta do idoso para ver a sistematização das informações.
Coordenação da equipe de enfermagem e dos agentes comunitários de saúde no cuidado ao idoso.	Melhorar o nome do indicador (está misturando ACS e TE).
2. Indicadores de qualidade no processo de cuidado	
b. Cuidado aos idosos em condições específicas	
<i>Atenção Domiciliar 1</i>	
Prescrição de cuidados em Atenção Domiciliar 1 (AD1).	Mudar o nome do indicador: Prescrição mensal de cuidados em AD1.
Visita domiciliar em Atenção Domiciliar 1 (AD1).	Mudar o nome do indicador: Visita mensal domiciliar em AD1.

Fonte: a autora, 2017.

Os indicadores de consulta, embora classificados como apropriados e em acordo pelo painel, foram alterados para “cobertura da consulta” visando ressaltar o aspecto mensurado. Desse modo, o método de cálculo do indicador “cobertura da consulta para rastreamento de diabetes mellitus” foi ajustado sendo inserido na lista de indicadores para a segunda votação.

Na videoconferência foram discutidos apenas os itens incertos após a tabulação das respostas de todos os painelistas. No Quadro 11, a seguir, estão especificados os principais pontos abordados em cada um desses itens.

Quadro 11 - Resumo da discussão do painel na videoconferência, Uberaba, MG, 2017

Nome do indicador	Resumo da discussão
1. Indicadores de qualidade da gerência	
Planejamento do cuidado ao idoso.	- Melhorar o nome do indicador para torná-lo abrangente à população idosa (planejamento de atividades direcionadas à população idosa); - Se nortear pelo Caderno 19 inserindo requisitos para cumprimento do indicador que se relacionem às subdimensões visando melhorar a validade de conteúdo; - Será que este indicador precisa de subdimensões ou poderia ser um 'transversal' a todos os demais? (para refletir).
Monitoramento regular de indicador para assistência ao idoso.	- Definição circular (o indicador regula o indicador); sugere-se retirar a palavra "regular", pois ela remete ao cuidado mensal; (monitoramento anual da imunização contra influenza ao idoso?); - Verificar se há outros indicadores que podem ser adaptados à saúde do idoso e não tenham periodicidade tão grande, pois a vacinação é pontual e não remete a continuidade.
Avaliação e melhoria do cuidado ao idoso.	- Método de cálculo amplo; usar algum documento como referência; - Rever descrição, método de cálculo e observações; está medindo o cuidado?.
Coordenação da equipe de enfermagem e dos agentes comunitários de saúde no cuidado ao idoso.	- Melhorar o nome do indicador, pois está misturando ACS e TE; ter dois indicadores; - Esclarecer o que é 'sempre'; para cumprir tem que obter 100% de resposta 'sempre'; - Rever as perguntas ao ACS e equipe e manter o que é usual na ESF; por exemplo, a caderneta não é utilizada nas unidades, portanto não é um bom critério.
2. Indicadores de qualidade no processo de cuidado	
Prescrição de cuidados em Atenção Domiciliar 1 (AD1).	- Mudar o nome do indicador e periodicidade dadas as características da AD1 (Prescrição trimestral de cuidados em AD1); pela rotatividade dos idosos sugere-se menor tempo; - Considerando que na classificação de risco o idoso com menor grau de complexidade deve ser visitado a cada três meses, a opção trimestral pode ser melhor indicada.
Visita domiciliar em Atenção Domiciliar 1 (AD1).	Mudar periodicidade de mensuração: trimestral;

Fonte: a autora, 2017.

Esse material foi enviado aos painelistas que não puderam participar da reunião sendo utilizados para a segunda votação. As sete fichas reformuladas encontram-se no Apêndice 23.

Na segunda votação participaram os nove painelistas sendo os sete indicadores considerados apropriados. Todas as medidas foram classificadas na mediana de 7-9 com acordo e CVI>0,80, conforme Tabela 3 a seguir.

Tabela 3 - Valores da mediana (Md) e número de painelistas (N) no intervalo para a validade de face, terminologia, necessidade e CVI dos sete indicadores reavaliados, Uberaba-MG, 2017

Nome do indicador	Face		Terminologia		Necessidade		CVI
	Md	N	Md	N	Md	N	
1. Indicadores de qualidade da gerência							
• Planejamento de atividades direcionadas à população idosa.	9	9	9	9	9	9	1,0
• Monitoramento da mobilidade física dos idosos.	9	9	9	9	9	9	0,89
• Avaliação das ações de saúde direcionadas à população idosa.	9	9	9	9	9	9	1,0
• Coordenação da equipe de enfermagem na atenção ao idoso.	9	9	9	9	9	9	1,0
• Coordenação dos agentes comunitários de saúde na atenção ao idoso.	9	7	9	8	9	8	0,89
2. Indicadores de qualidade no processo de cuidado							
a. Cuidado aos idosos em geral							
• Consulta para rastreamento de diabetes mellitus.	9	9	9	9	9	9	1,0
b. Cuidado aos idosos em condições específicas							
<i>Atenção Domiciliar 1</i>							
• Prescrição de cuidados em Atenção Domiciliar 1 (AD1).	9	9	9	9	9	9	1,0
• Visita domiciliar em Atenção Domiciliar 1.	9	9	9	9	9	9	1,0

Fonte: a autora, 2017.

O Quadro 12 a seguir apresenta os comentários resumidos dos painelistas nos sete indicadores.

Quadro 12 - Comentários dos painelistas na rodada dois, Uberaba, MG, 2017

Nome do indicador	Comentários dos painelistas
1. Indicadores de qualidade da gerência	
Planejamento do cuidado ao idoso.	Sem comentários.
Monitoramento regular de indicador para assistência ao idoso.	- Avaliar a condição de saúde é importante, mas, como será através da limitação da mobilidade física, sugiro que seja denominado direto “monitoramento da mobilidade física dos idosos”; - Especificar claramente que é a dificuldade de caminhar mais de 1km; - Este indicador servirá para método de cálculo existência da análise do indicador - “proporção de idosos com limitação de mobilidade física”. Sugiro que este seja o indicador, ou seja, avalie direto a proporção de limitação de mobilidade física.
Avaliação e melhoria do cuidado ao idoso.	Sem comentários.
Coordenação da equipe de enfermagem e dos agentes comunitários de saúde no cuidado ao idoso.	- A pergunta disparadora não está claramente definida; - O indicador é importante, mas a forma de construção dele não é a mais adequada; “Com que frequência o enfermeiro(a) acompanha a identificação do cuidador do idoso que você realiza durante as visitas?”; não está clara a parte ‘que você realiza’ – no caso é saber se o enfermeiro sabe o nome do cuidador do idoso acompanhado pelo ACS?.
2. Indicadores de qualidade no processo de cuidado	
a. Cuidado aos idosos em geral	
Consulta para rastreamento de diabetes mellitus.	Sem comentários.
b. Cuidado aos idosos em condições específicas	
<i>Atenção Domiciliar 1</i>	
Prescrição de cuidados em Atenção Domiciliar 1 (AD1).	Sem comentários.
Visita domiciliar em Atenção	Sem comentários.
Visita domiciliar em Atenção Domiciliar 1 (AD1).	Sem comentários.

Fonte: a autora, 2017.

A partir desses comentários, as duas fichas com observações foram reformuladas e encontram-se no Apêndice 24. No apêndice 25, encontram-se as 22 fichas de informação finais validadas pelo painel.

Posterior ao processo de votação, foi avaliada a experiência por meio de instrumento estruturado conforme as etapas do processo de avaliação pelo painel (rodada zero, primeira rodada, reunião, impressões gerais) sendo as respostas em escala *likert* de cinco pontos variando de nem um pouco a muito.

Na rodada zero a maioria referiu a tarefa como bastante relevante e com instruções claras. Na primeira rodada, a tarefa foi classificada como mais ou menos e bastante fácil; bastante e nem um pouco onerosa; com instruções claras e a metade acreditou ter sido inconsistente nesta etapa devido aos efeitos da fadiga, memória, tempos diferentes para avaliar, o formato do instrumento, dentre outros.

Na reunião do painel referiu-se que o moderador executou bem a função de líder; a discussão foi informativa e argumentativa; o feedback das classificações da primeira rodada influenciou bastante a segunda rodada; a discussão influenciou muito a classificação na segunda rodada. Sobre as impressões gerais a maioria refere que suas pontuações refletem bastante a adequação dos indicadores podendo levar a um conjunto de recomendações para o estabelecimento de indicadores de qualidade da assistência de enfermagem ao idoso na atenção primária, Tabela 4.

A média aproximada de tempo para concluir todas as avaliações foi de 12 horas. Os painelistas referiram ser bastante/muito gratificante a participação no painel. Destaca-se que 50% referiu que a experiência de participação neste painel comparada a suas expectativas foi melhor. Ressalta-se que uma participante não respondeu ao questionário por estar hospitalizada, Tabela 4.

Tabela 4 - Distribuição dos painelistas segundo frequência das classificações e experiência no painel, Uberaba-MG, 2017

(continua)

Item	Nenhum N(%)	Um pouco N(%)	Mais ou menos N(%)	Bastante N(%)	Muito N(%)
Classificações da rodada zero					
O quanto você achou esta tarefa relevante?	-	-	-	5(62,5)	3(37,5)
Quão claras foram as instruções?	-	-	-	5(62,5)	3(37,5)

Tabela 4 - Distribuição dos painelistas segundo frequência das classificações e experiência no painel, Uberaba-MG, 2017

(continuação)

Item	Nenhum N(%)	Um pouco N(%)	Mais ou menos N(%)	Bastante N(%)	Muito N(%)
Classificações primeira rodada (antes da reunião)					
O quanto você achou esta tarefa fácil?	1(12,5)	-	3(37,5)	3(37,5)	1(12,5)
O quanto você achou esta tarefa onerosa?	3(37,5)	1(12,5)	1(12,5)	3(37,5)	-
Quão claras foram as instruções?	-	-	-	7(87,5)	1(12,5)
Quanto inconsistente você acredita que foi?	3(37,5)	-	4(50)	1(12,5)	-
Reunião de painel					
Quão bem o moderador executou a função de líder de grupo?*	-	-	1(20)	4(80)	-
Quão informativa foi a discussão?*	-	-	1(20)	4(80)	-
Quão argumentativa foi a discussão?*	-	-	-	3(60)	2(40)
O quanto o <i>feedback</i> das classificações da primeira rodada influenciou suas pontuações na segunda rodada?*	-	1(20)	1(20)	1(20)	2(40)
O quanto a discussão influenciou a sua classificação na segunda rodada?*	1(14,3)	2(28,6)	-	1(14,3)	3(42,8)
Impressões gerais da sua experiência					
Quão você acredita que suas pontuações refletem a adequação dos indicadores de qualidade da assistência de enfermagem ao idoso na atenção primária?	-	-	2(25)	5(62,5)	1(12,5)
Quão você acredita que as classificações do painel irão refletir na adequação dos indicadores de qualidade da assistência de enfermagem ao idoso na atenção primária?	-	-	-	6(75)	2(25)
Quanto você acredita que este processo de painel pode levar a um conjunto de recomendações para o estabelecimento de indicadores de qualidade da assistência de enfermagem ao idoso na atenção primária?	-	-	-	5(62,5)	3(37,5)
Quão gratificante você achou participar neste painel?	-	-	-	4(50)	4(50)

Fonte: a autora, 2017.

*três painelistas não participaram da reunião, portanto não responderam este item.

**um painalista não respondeu este item.

4.4 CONFIABILIDADE

A confiabilidade foi calculada em apenas dois indicadores, sendo considerada moderada a substancial. Nos demais, pelo fato de uma das planilhas de um dos avaliadores terem a mesma opção de resposta (ausência de registro para todos os prontuários avaliados), não foi possível determinar o kappa, Tabela 5. Assim, a incompletude de registros nas consultas e cadastros, como o Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunização (utilizado para coleta do indicador de cartão vacinal adequado), inviabilizou a análise de concordância. Deste modo, foi inserida a informação acerca do número de respostas concordantes em ambas as planilhas, Tabela 5, indicando percentual de 93,3-100% de respostas iguais.

Salienta-se a impossibilidade de coletar quatro indicadores, relacionados ao sobrepeso/obesidade e pressão arterial limítrofe, devido ausência de registro dos dados na população de idosos, Tabela 5.

A confiabilidade interavaliadores indica concordância entre a coleta dos dados e os dois avaliadores. Apenas os indicadores “Cobertura da consulta de enfermagem ginecológica” e “Prescrição de cuidados em AD1” apresentaram divergência em dois e um prontuário, respectivamente, Tabela 5; salienta-se que o tempo de coleta estimado para todos os indicadores foi de 11 horas.

Tabela 5 - Verificação da concordância interavaliadores pela aplicação do índice Kappa e número de respostas concordantes, Uberaba-MG, 2016

(continua)		
Nome do indicador	Kappa	Nº de respostas concordantes
2. Indicadores de qualidade no processo de cuidado		
a. Cuidado aos idosos em geral		
• Cobertura da consulta de enfermagem ao idoso.	1	30
• Avaliação do idoso na consulta de enfermagem.	*	30
• Cobertura da consulta para rastreamento de diabetes mellitus.	*	30
• Cobertura da consulta de enfermagem ginecológica.	*	28
• Avaliação da idosa na consulta de enfermagem ginecológica.	*	30
• Cartão vacinal adequado.	*	30
• Utilização da caderneta do idoso nos atendimentos de	*	30

Tabela 5 - Verificação da concordância interavaliadores pela aplicação do índice Kappa e número de respostas concordantes, Uberaba-MG, 2016

(continuação)

Nome do indicador	Kappa	Nº de respostas concordantes
enfermagem.		
b. Cuidado aos idosos em condições específicas		
<i>Diabetes mellitus</i>		
• Cobertura da consulta de enfermagem ao idoso com diabetes mellitus.	*	30
• Avaliação do idoso com diabetes mellitus na consulta de enfermagem.	*	30
<i>Hipertensão arterial sistêmica</i>		
• Cobertura da consulta de enfermagem ao idoso com hipertensão arterial sistêmica.	*	30
• Avaliação do idoso com hipertensão arterial sistêmica na consulta de enfermagem.	*	30
<i>Sobrepeso/obesidade</i>		
• Cobertura da consulta de enfermagem ao idoso com sobrepeso/obesidade.	**	**
• Avaliação do idoso com sobrepeso/obesidade na consulta de enfermagem.	**	**
<i>Pressão arterial limítrofe</i>		
• Cobertura da consulta de enfermagem ao idoso com pressão arterial limítrofe.	**	**
• Avaliação do idoso com pressão arterial limítrofe na consulta de enfermagem.	**	**
<i>Atenção Domiciliar 1</i>		
• Prescrição de cuidados em Atenção Domiciliar 1 (AD1).	0,651	29
• Visita domiciliar em AD1.	*	30

Fonte: a autora, 2017.

*kappa não calculado devido pelo menos uma das avaliações ser constante, ou seja, apresentar apenas uma opção de resposta (não) para as 30 amostras;

**indicador não mensurado relacionado a ausência de dados no prontuário impossibilitando a formação da amostra para coleta.

4.5 VIABILIDADE, UTILIDADE E USABILIDADE

Dentre os 22 indicadores, observa-se, conforme Tabela 6, que quatro (pressão arterial limítrofe e sobrepeso/obesidade) foram avaliados como não disponíveis e não viáveis para serem coletados por ambos avaliadores. Esse fato refere-se à ausência de registro de algumas variáveis nos prontuários impossibilitando a identificação da amostra; assim, a avaliação geral da viabilidade de coleta foi baixa, Tabela 6.

Para o indicador “Utilização da caderneta do idoso nos atendimentos de enfermagem”, um dos avaliadores sugeriu rever o modo de coletar, uma vez que esta informação não é registrada nos prontuários.

Para os demais indicadores, considerados como disponíveis e viáveis, a avaliação esteve, mais frequentemente, na faixa de altamente recomendada (8-9), com exceção do indicador “Utilização da caderneta do idoso nos atendimentos de enfermagem” Tabela 6.

No entanto foram encontradas algumas dificuldades de coleta relacionadas principalmente à organização das listas de idosos para seleção da amostra, uma vez que as ESFs não possuíam esses dados organizados sistematicamente; foi necessário consultar cada idoso para obtenção do seu número de prontuário e endereço, a fim de excluir possíveis cadastros fora da área de abrangência da ESF.

A organização/digitação das listas de coleta e seleção das amostras foram realizadas em aproximadamente 41,5 horas e a coleta dos indicadores aproximadamente 13 horas.

Tabela 6 - Avaliação da viabilidade de coleta dos indicadores pelos dois avaliadores independentes (1 e 2), Uberaba-MG, 2017

(continua)

Nome do indicador	Disponível *		Dificuldades **	Viável ***		Avaliação ****	
	1	2		1	2	1	2
1. Indicadores de qualidade da gerência							
• Planejamento do cuidado ao idoso.	sim	sim	Ausência de cronograma.	sim	sim	9	8
• Monitoramento regular de indicador para assistência ao idoso.	sim	sim	Ausência do dado.	sim	sim	9	8
• Avaliação e melhoria do cuidado ao idoso.	sim	sim	Ausência do dado.	sim	sim	9	8
• Coordenação da equipe de enfermagem no cuidado ao idoso.	sim	sim	-	sim	sim	9	8
• Coordenação dos agentes comunitários de saúde no cuidado ao idoso.	sim	sim	-	sim	sim	9	8
2. Indicadores de qualidade no processo de cuidado							
a. Cuidado aos idosos em geral							
• Cobertura da consulta de enfermagem ao idoso.	sim	sim	Dispor de uma lista organizada com o número do prontuário e endereço de todos os idosos.	sim	sim	9	9
• Avaliação do idoso na consulta de enfermagem.	sim	sim	Dispor de uma lista organizada com o número do prontuário e endereço de todos os idosos; analisar cada consulta de enfermagem, porém devido ao pequeno número de anotações do enfermeiro, o encargo não é excessivo; falta de informação nos prontuários.	sim	sim	8	8
• Cobertura da consulta para rastreamento de diabetes mellitus.	sim	sim	Dispor de uma lista organizada com o número do prontuário e endereço de todos os idosos; analisar cada consulta de enfermagem, porém devido ao pequeno número de anotações do enfermeiro, o encargo não é excessivo; falta de informação nos prontuários.	sim	sim	9	8

Tabela 6 - Avaliação da viabilidade de coleta dos indicadores pelos dois avaliadores independentes (1 e 2), Uberaba-MG, 2017

(continuação)

Nome do indicador	Disponível *		Dificuldades **	Viável ***		Avaliação ****	
	1	2		1	2	1	2
• Cobertura da consulta de enfermagem ginecológica.	sim	sim	Dispor de uma lista organizada com o número do prontuário, data de nascimento e endereço de todas as idosas.	sim	sim	9	8
• Avaliação da idosa na consulta de enfermagem ginecológica.	sim	sim	Dispor de uma lista organizada com o número do prontuário e endereço de todas as idosas; analisar cada consulta de enfermagem, porém devido o pequeno número de anotações do enfermeiro e qualidade do registro, o encargo não é excessivo; falta de informação nos prontuários.	sim	sim	9	8
• Cartão vacinal adequado.	sim	sim	Dispor de uma lista organizada com o número do prontuário, a data de nascimento e o endereço de todos os idosos. O cadastro é incompleto, são inseridas apenas as vacinas realizadas na unidade.	sim	sim	9	8
• Utilização da caderneta do idoso nos atendimentos de enfermagem.	sim	sim	Dispor de uma lista organizada com o número do prontuário e endereço de todos os idosos atendidos pelo enfermeiro pelo menos uma vez no ano; analisar o registro a cada consulta de enfermagem, porém devido ao pequeno número de anotações do enfermeiro, o encargo não é excessivo. Há necessidade de verificar o melhor modo de coletar; talvez verificando o registro na própria caderneta do idoso, considerando-se o uso de amostra; falta de informação nos prontuários.	sim	não	5	7
b. Cuidado aos idosos em condições específicas.							
<i>Diabetes mellitus</i>							
• Cobertura da consulta de enfermagem ao idoso com diabetes mellitus.	sim	sim	Dispor de uma lista organizada com o número do prontuário e endereço de todos os idosos com diabetes mellitus; falta de informação nos	sim	sim	9	8

Tabela 6 - Avaliação da viabilidade de coleta dos indicadores pelos dois avaliadores independentes (1 e 2), Uberaba-MG, 2017

(continuação)

Nome do indicador	Disponível *		Dificuldades **	Viável ***		Avaliação ****	
	1	2		1	2	1	2
Avaliação do idoso com diabetes mellitus na consulta de enfermagem.	sim	sim	prontuários. Disponer de uma lista organizada com o número do prontuário e endereço de todos os idosos com diabetes mellitus consultados; analisar cada consulta de enfermagem, porém, devido ao pequeno número de anotações do enfermeiro, o encargo não é excessivo; falta de informação nos prontuários.	sim	sim	9	8
<i>Hipertensão arterial sistêmica</i>							
Cobertura da consulta de enfermagem ao idoso com hipertensão arterial sistêmica.	sim	sim	Disponer de uma lista organizada com o número do prontuário e endereço de todos os idosos com hipertensão arterial sistêmica; falta de informação nos prontuários.	sim	sim	9	8
Avaliação do idoso com hipertensão arterial sistêmica na consulta de enfermagem.	sim	sim	Disponer de uma lista organizada com o número do prontuário e endereço de todos os idosos com hipertensão arterial sistêmica consultados; analisar cada consulta de enfermagem, porém devido ao pequeno número de anotações do enfermeiro, o encargo não é excessivo; falta de informação nos prontuários.	sim	sim	9	8
<i>Sobrepeso/obesidade</i>							
Cobertura da consulta de enfermagem ao idoso com sobrepeso/obesidade.	não	não	Disponer de uma lista organizada com o número do prontuário e endereço de todos os idosos; a partir daí, é necessário consultar cada prontuário (ou ficha de acompanhamento do Hiperdia no caso dos diabéticos e/ou hipertensos) para coletar o peso e altura, visto não ter o cálculo do índice de massa corporal (IMC). A ESF não sabe identificar quem são os obesos, embora alguns ACS tenham	não	não	3	7
Avaliação do idoso com sobrepeso/obesidade na consulta de enfermagem.	não	não		não	não	3	7

Tabela 6 - Avaliação da viabilidade de coleta dos indicadores pelos dois avaliadores independentes (1 e 2), Uberaba-MG, 2017

(continuação)

Nome do indicador	Disponível *		Dificuldades **	Viável ***		Avaliação ****	
	1	2		1	2	1	2
			apontado este dado, mas de modo empírico; falta de informação nos prontuários.				
<i>Pressão arterial limítrofe</i>							
• Cobertura da consulta de enfermagem ao idoso com pressão arterial limítrofe.	não	não	Dispor de uma lista organizada com o número do prontuário e endereço de todos os idosos não hipertensos; é necessário consulta cada prontuário.	não	não	3	7
• Avaliação do idoso com pressão arterial limítrofe na consulta de enfermagem.	não	não	A ESF não sabe identificar aqueles que tiveram uma pressão limítrofe no ano anterior. Não foi possível identificar a amostra dentre todos os idosos não hipertensos, uma vez que o dado raramente é registrado e dentre os encontrados, nenhuma pressão arterial foi classificada como limítrofe; falta de informação nos prontuários.	não	não	3	7
<i>Atenção Domiciliar 1</i>							
• Prescrição de cuidados em Atenção Domiciliar 1 (AD1).	sim	sim	Dispor de uma lista organizada com o número do prontuário e endereço de todos os idosos em AD1. Os ACS tiveram dificuldades de listar; os enfermeiros não sabiam indicar; falta de informação nos prontuários.	sim	sim	8	8
• Visita domiciliar em Atenção Domiciliar 1.	sim	sim	Dispor de uma lista organizada com o número do prontuário e endereço de todos os idosos em AD1. Os ACS tiveram dificuldades de listar; os enfermeiros não sabiam indicar; falta de informação nos prontuários.	sim	sim	8	8

Fonte: a autora, 2017.

*Os dados para compor este indicador estão prontamente disponíveis ou podem ser capturados sem encargos excessivos?;

**Quais foram as dificuldades relacionadas à coleta dos dados?;

***Este indicador é viável de ser mensurado no contexto da atenção primária brasileira?;

****Qual é a sua avaliação geral sobre a viabilidade de coleta dos dados?.

A utilidade foi avaliada pelas equipes de gestão e monitoramento da atenção primária da Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais e Secretaria Municipal de Saúde de Uberaba, por meio de duas perguntas: Este indicador pode ser útil para informar sobre a qualidade da assistência de enfermagem ao idoso na atenção primária?; Este indicador pode ser útil para determinar o recebimento de incentivos financeiros (ex. PMAQ) pelo desempenho da equipe ou unidade de saúde na atenção primária?. Para o uso foram realizadas as perguntas: Qual é a sua avaliação geral sobre a utilidade (uso) deste indicador para comparar os relatórios públicos entre as ESFs?; Qual é a sua avaliação geral sobre a utilidade (uso) deste indicador para relatórios públicos em nível das áreas geográficas (estados, municípios, cidades, bairros)?.

Obteve resposta negativa quanto à utilidade sobre a qualidade da assistência de enfermagem ao idoso na atenção primária apenas o indicador “monitoramento da condição de saúde do idoso” pela justificativa de não mensurar a assistência prestada. Sobre ser útil para determinar o recebimento de incentivos financeiros os indicadores com resposta negativa foram: monitoramento da condição de saúde do idoso; coordenação da equipe de enfermagem na atenção ao idoso; coordenação dos agentes comunitários de saúde na atenção ao idoso; cobertura da consulta de enfermagem ao idoso; cobertura da consulta de enfermagem ginecológica; avaliação da idosa na consulta de enfermagem ginecológica; vacinação adequada ao idoso; utilização da caderneta do idoso nos atendimentos de enfermagem; cobertura da consulta de enfermagem ao idoso com diabetes mellitus; cobertura da consulta de enfermagem ao idoso com sobrepeso/obesidade; avaliação do idoso com sobrepeso/obesidade na consulta de enfermagem; cobertura da consulta de enfermagem ao idoso com pressão arterial limítrofe e avaliação do idoso com pressão arterial limítrofe na consulta de enfermagem, Tabela 7. Ressalta-se que essas avaliações foram em nível da gestão estadual pela Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais.

Na avaliação sobre a usabilidade do indicador para comparar os relatórios públicos entre as ESFs e em nível das áreas geográficas também obtiveram pontuação intermediária (inferior a sete), pela gestão estadual, considerando a região de três pontos (1-3; 4-6; 7-9), os indicadores planejamento de atividades

direcionadas à população idosa; monitoramento da condição de saúde do idoso; cobertura da consulta de enfermagem ginecológica; avaliação da idosa na consulta de enfermagem ginecológica; vacinação adequada ao idoso e utilização da caderneta do idoso nos atendimentos de enfermagem, Tabela 7.

Tabela 7 - Avaliação da utilidade e usabilidade dos 22 indicadores pelos gestores da atenção primária estadual* e municipal**, Uberaba-MG, 2017

(continua)

Nome do indicador			Utilidade				Usabilidade			
			Qualidade da assistência (sim/não)		Incentivos financeiros (sim/não)		ESFs		Áreas geográficas	
			SES	SMS	SES	SMS	SES	SMS	SES	SMS
1. Indicadores de qualidade da gerência										
• Planejamento de atividades direcionadas à população idosa.	de		sim	sim	sim	sim	6	9	6	9
• Monitoramento da condição de saúde do idoso.	da		não	sim	não	sim	1	9	1	9
• Avaliação das ações de saúde direcionadas à população idosa.	ações de saúde		sim	sim	sim	sim	8	9	8	9
• Coordenação da equipe de enfermagem na atenção ao idoso.	da equipe de enfermagem		sim	sim	não	sim	7	9	7	9
• Coordenação dos agentes comunitários de saúde na atenção ao idoso.	dos agentes comunitários de saúde		sim	sim	não	sim	7	7	7	7
2. Indicadores de qualidade no processo de cuidado										
a. Cuidado aos idosos em geral										
• Cobertura da consulta de enfermagem ao idoso.			sim	sim	não	sim	8	8	8	8
• Avaliação do idoso na consulta de enfermagem.			sim	sim	sim	sim	9	8	9	8
• Cobertura da consulta para rastreamento de diabetes mellitus.			sim	sim	sim	sim	7	9	7	9
• Cobertura da consulta			sim	sim	não	sim	6	7	6	7

Tabela 7 - Avaliação da utilidade e usabilidade dos 22 indicadores pelos gestores da atenção primária estadual* e municipal**, Uberaba-MG, 2017

(continuação)

Nome do indicador	Utilidade				Usabilidade			
	Qualidade da assistência (sim/não)		Incentivos financeiros (sim/não)		ESFs		Áreas geográficas	
	SES	SMS	SES	SMS	SES	SMS	SES	SMS
de enfermagem ginecológica.								
• Avaliação da idosa na consulta de enfermagem ginecológica.	sim	sim	não	sim	6	7	6	7
• Vacinação adequada ao idoso.	sim	sim	não	sim	6	9	6	9
• Utilização da caderneta do idoso nos atendimentos de enfermagem.	sim	sim	não	sim	4	7	4	7
b. Cuidado aos idosos em condições específicas.								
<i>Diabetes mellitus</i>								
• Cobertura da consulta de enfermagem ao idoso com diabetes mellitus.	sim	sim	não	sim	7	9	7	9
• Avaliação do idoso com diabetes mellitus na consulta de enfermagem.	sim	sim	sim	sim	7	8	7	8
<i>Hipertensão arterial sistêmica</i>								
• Cobertura da consulta de enfermagem ao idoso com hipertensão arterial sistêmica.	sim	sim	sim	sim	7	9	7	9
• Avaliação do idoso com hipertensão arterial sistêmica na consulta de enfermagem.	sim	sim	sim	sim	7	9	7	9
<i>Sobrepeso/obesidade</i>								
• Cobertura da consulta de enfermagem ao idoso com sobrepeso/obesidade.	sim	sim	não	sim	7	9	7	9
• Avaliação do idoso com sobrepeso/obesidade na consulta de enfermagem.	sim	sim	não	sim	7	8	7	8
<i>Pressão arterial limítrofe</i>								
• Cobertura da consulta de enfermagem ao idoso com pressão arterial limítrofe.	sim	sim	não	sim	7	9	7	9
• Avaliação do idoso com	sim	sim	não	sim	7	9	7	9

Tabela 7 - Avaliação da utilidade e usabilidade dos 22 indicadores pelos gestores da atenção primária estadual* e municipal**, Uberaba-MG, 2017

(continuação)

Nome do indicador	Utilidade				Usabilidade			
	Qualidade da assistência (sim/não)		Incentivos financeiros (sim/não)		ESFs		Áreas geográficas	
	SES	SMS	SES	SMS	SES	SMS	SES	SMS
pressão arterial limítrofe na consulta de enfermagem.								
<i>Atenção Domiciliar 1</i>								
• Prescrição de cuidados em Atenção Domiciliar 1 (AD1).	sim	sim	sim	sim	9	9	9	9
• Visita domiciliar em Atenção Domiciliar 1.	sim	sim	sim	sim	9	9	9	9

Fonte: a autora, 2017.

*SES=Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais;

**SMS=Secretaria Municipal de Saúde de Uberaba.

Na etapa de finalização das especificações cada ficha de informação foi complementada com os itens: análises empíricas, pontos fortes e fracos e recomendações para fortalecimento do indicador (Apêndice 26).

5 DISCUSSÃO

5.1 DESENVOLVIMENTO DO MODELO CONCEITUAL

Os resultados da revisão indicam a escassez de indicadores da qualidade da assistência de enfermagem na atenção primária. Estudos internacionais têm evidenciado que a tríade de Donabedian é comumente utilizada na classificação de indicadores em saúde (BAO et al., 2015; SALEH et al., 2015; MEARS et al., 2011).

Já o desenvolvimento de indicadores de segurança do paciente destaca o progresso técnico na construção de medidas bem como a necessidade de melhorias nos aspectos metodológicos (REIS; MARTINS; LAGUARDIA, 2013). Observa-se que as pesquisas que investigam a segurança do paciente no âmbito hospitalar têm aumentado (REIS; MARTINS; LAGUARDIA, 2013). Estudo nacional demonstrou que os incidentes no cuidado à saúde também ocorrem na atenção primária, entretanto as pesquisas neste campo ainda são incipientes (MARCHON; MENDES JÚNIOR; PAVÃO, 2014).

A revisão da literatura identificou campos específicos na área da saúde e que nem sempre descrevem objetivamente os itens a serem mensurados objetivamente.

Em revisão sistemática observou-se que os métodos de investigação nas pesquisas de segurança do paciente na atenção primária à saúde são conhecidos e replicáveis (MARCHON; MENDES JÚNIOR, 2014).

Concernente ao modelo conceitual ressalta-se que a identificação de conceitos relacionados ao idoso na atenção primária pode contribuir para a reflexão acerca do trabalho do enfermeiro direcionado a esse grupo populacional.

Os documentos utilizados indicam concepções específicas do idoso, saúde/doença, ambiente bem como as atribuições do enfermeiro na atenção primária. Identificar esses aspectos pode subsidiar a prática em saúde considerando que o modelo conceitual possibilita visualizar o objeto de interesse e sua relação com questões relevantes direcionadas à atenção ao idoso nesse cenário.

O processo de trabalho das equipes da atenção primária deve se caracterizar, dentre outros, por ações que possam interferir no processo de saúde-doença da população, favorecendo o desenvolvimento da autonomia, individual e coletiva, bem como a qualidade de vida dos usuários. A programação das atividades deve atender aos critérios de problemas de saúde, ciclos de vida, sexo e morbidades (BRASIL,

2011b) evidenciando assim a relevância de conhecer o perfil populacional da clientela.

Nesse sentido, faz-se necessário refletir sobre o papel da ESF, em especial do enfermeiro, na atenção ao idoso. Considerando o modelo conceitual deste estudo centrado na enfermagem, observam-se as diversas responsabilidades do enfermeiro em ações relacionadas à gerência e ao cuidado. Estas podem favorecer o processo de acompanhamento das condições de saúde do idoso com vistas a promoção de saúde e prevenção de doenças/agravos.

Destaca-se ainda que o modelo lógico deste estudo identifica as dimensões do trabalho do enfermeiro, estratificada por subdimensões de qualidade, que devem estar presentes nas suas atividades. A partir daí, o enfermeiro pode identificar, nas ações que desenvolve quais atributos seu trabalho deve atender, dada as definições de cada item.

O modelo lógico se apresenta como ferramenta capaz de sistematizar a construção de indicadores de qualidade da assistência visando contribuir para a maximização da reflexão acerca da atenção em saúde oferecida considerando que as organizações relacionadas à saúde definem atribuições a serem executadas.

A escolha das subdimensões baseada no PROADESS (VIACAVA et al., 2012) se justifica por serem aplicáveis à atenção primária e por avaliarem o desempenho dos serviços de saúde no país, portanto, mais adequadas aos indicadores propostos nesta temática. A abordagem em três componentes justifica-se dada sua relevância para a avaliação da qualidade; sabe-se que a boa estrutura aumenta a probabilidade de bom processo e este, por sua vez, aumenta a probabilidade de bom resultado. Sugere-se que a relação entre esses três componentes seja estabelecida, antes de qualquer um deles ser utilizado para avaliar a qualidade; deve-se conhecer a ligação entre estrutura, processo e resultado, antes da avaliação da qualidade ser realizada (DONABEDIAN, 1997).

Nessa concepção, entende-se que, para instituir um processo de avaliação, é fundamental refletir acerca do modelo teórico que irá subsidiar a construção dos indicadores, responsáveis por mensurar determinado aspecto. No campo da enfermagem os indicadores específicos podem identificar o processo de atendimento, o qual, por sua vez, influencia nos resultados da assistência (MONTALVO, 2007).

No entanto é relevante destacar algumas lacunas concernentes à dimensão de estrutura do modelo, que não estão contempladas nos documentos selecionados, como o subdimensionamento da enfermagem na atenção primária no tópico relacionado aos recursos humanos. Segundo a Resolução nº 527/2016 do COFEn o quantitativo de enfermeiro necessário considerando-se as intervenções de cuidado direto e indireto seria sete (CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, 2016). Esse fato pode interferir na qualidade do cuidado prestado; salienta-se que a melhoria da qualidade encontra-se dentre as prioridades na pesquisa em enfermagem em sistemas e serviços de saúde na Região das Américas (GARCIA; CASSIANI; REVEIZ, 2015).

5.2 CONVERSÃO DAS ATRIBUIÇÕES ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO EM INDICADORES

A conversão das atribuições do enfermeiro em indicadores se constituiu etapa relevante do estudo por se tratar do ponto de partida da avaliação do trabalho do enfermeiro. Assim, a proposição dos indicadores foi direcionada considerando a normatização do trabalho nas ESFs pelo Ministério da Saúde no país (BRASIL, 2011b) bem como pela Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais.

As fichas refletem uma visão do processo assistencial ao idoso a ser realizado pelo enfermeiro. Nesse sentido, acredita-se que a adoção de outro referencial para conversão dos indicadores poderia representar um descompasso com as políticas nacionais de atenção à saúde.

Deste modo, considerando que cada profissional tem atribuições específicas, em determinado serviço de saúde, direcionadas a grupos populacionais distintos, emerge-se a necessidade de avaliação desses itens, possibilitando visualizar o cumprimento das suas ações.

A delimitação dos indicadores pode orientar o planejamento em saúde e organização dos serviços, dada a representação dos aspectos que permeiam a qualidade da assistência de enfermagem ao idoso na atenção primária.

5.3 VALIDADE DE FACE, TERMINOLOGIA, VALIDADE DE CONTEÚDO E NECESSIDADE

O processo de painel tem sido relatado para a proposição de indicadores de qualidade em saúde (KOTTER; BLOZIK; SCHERER, 2012). Isso subsidiou os dados deste estudo quanto à validade dos indicadores propostos, visto que todos obtiveram aprovação pelo painel de juízes. Assim, os 22 indicadores foram considerados apropriados, com terminologia adequada, conteúdo válido e necessários para a mensuração do objeto de estudo.

A validade dos indicadores é um aspecto necessário para a sua utilização como instrumento de medida. Eles devem estar relacionados ao seu conteúdo para medir o que se propõem (GAMA et al., 2016).

A validação de conteúdo é fundamental na construção de medidas confiáveis fornecendo subsídios para ampliar o conhecimento. Deste modo, a validação, com vistas a padronizar o cuidado, é útil para a realização adequada dos procedimentos específicos da enfermagem (MEDEIROS et al., 2015b).

5.4 CONFIABILIDADE

Considerando que o valor de kappa maior que 0,60 tem sido considerado aceitável em estudo-piloto para o desenvolvimento e validação de indicadores (GAMA et al., 2016), os indicadores desta pesquisa encontram-se aceitáveis quanto à sua confiabilidade de coleta.

A análise da confiabilidade é essencial para garantir resultados fidedignos na realização de pesquisas e na avaliação de sujeitos com a utilização de instrumentos de medidas na área da saúde (ALEXANDRE et al., 2013).

A preocupação histórica da enfermagem com a busca pela qualidade da atenção, bem como a falta de credibilidade atual dos serviços de saúde e o potencial do enfermeiro em contribuir para a mudança dessa realidade, por meio da mensuração da qualidade do cuidado prestado, torna evidente a necessidade de confiabilidade das medidas da qualidade da assistência (VIRTURI; ÉVORA, 2014).

Assim, destaca-se a importância de capacitação dos avaliadores quanto aos critérios de avaliação e à padronização do processo avaliativo (VIRTURI; ÉVORA, 2014). Conforme desenvolvido nessa pesquisa, sugere-se que seja realizado um piloto antes do processo de coleta, visando avaliar possíveis divergências avaliativas e analisá-las de modo a favorecer a padronização, bem como adequação do instrumento de medida.

É relevante mencionar que, embora neste estudo não tenha sido observado este aspecto nos prontuários analisados, pesquisa nacional identificou dificuldades quanto à legibilidade das escritas referentes às checagens nas prescrições médicas e de enfermagem, gerando dúvidas quanto ao atendimento do padrão de qualidade adotado (VIRTURI; ÉVORA, 2014).

A impossibilidade de testar a confiabilidade em quatro indicadores relacionados ao sobrepeso/obesidade e à pressão limítrofe sugerem a necessidade de testes futuros em diferentes localidades visando identificar sua aplicação em outros contextos, devido a possíveis divergências regionais; isso possibilitaria identificar se a ausência do dado é comum, permitindo a revisão posterior, após os achados. Pode-se pensar na possível adaptação desses indicadores, porém, acredita-se que isso representaria perdas ao objeto de estudo, considerando que a identificação de peso, altura e pressão arterial anual (entre hipertensos e indivíduos sem hipertensão arterial) são medidas preventivas preconizadas nesse nível de atenção. Assim, sugere-se que sejam revistos os processos de acompanhamento e anotação dos dados nos prontuários, pois entende-se que simplificar esses indicadores seria retroceder no processo de cuidado da enfermagem. Estes devem ser testados em outras localidades a fim de fornecer dados distintos para avaliação destes indicadores.

5.5 VIABILIDADE, UTILIDADE E USABILIDADE

A maioria dos indicadores apresentou viabilidade de coleta. No entanto, revisão integrativa demonstrou que os registros de enfermagem são incipientes (KRAUZER et al., 2015) condizente com os resultados desta pesquisa. Identificou-se ainda correlação positiva entre registros e a qualidade do cuidado prestado possibilitando melhor gestão do cuidado de enfermagem. A melhoria da forma de registrar o cuidado é fundamental pois torna visível o papel do enfermeiro na atenção em saúde (KRAUZER et al., 2015). Nesse sentido, faz-se necessário refletir sobre o motivo de ausência de registros; este pode estar relacionado a não anotação do que foi realizado ou ainda a não realização dos itens avaliados. Destaca-se que a sobrecarga de trabalho do enfermeiro na atenção primária (SPAGNUOLO et al., 2012; CAÇADOR et al., 2015) pode contribuir para o

detrimento da anotação considerando a demanda de cuidados a serem realizados à população adstrita.

O tempo necessário para coleta e análise de dados impacta nos esforços e custos sendo que o menor tempo relaciona-se à maior viabilidade. No entanto a literatura científica não apresenta muitos critérios objetivos que permitam avaliar a aplicabilidade dos indicadores. Apesar de validados, a inviabilidade de coleta deve ser considerada para sugerir recomendações no seu uso (SANTOS et al., 2016). Considerando a realidade local, seria relevante que os profissionais das ESFs e da gestão da atenção primária refletissem sobre as formas de ter maior controle da população adstrita, por meio de planilhas informatizadas preenchidas adequadamente. Deste modo, o gestor e os profissionais da unidade poderiam obter relatórios sobre as condições de saúde da população nos diferentes ciclos de vida; isso facilitaria a gestão do cuidado da sua área de abrangência.

Infere-se que a resposta negativa quanto à utilidade em nível da gestão estadual pela Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais esteja relacionada à especificidade de incentivos financeiros nacionais que não englobam avaliações específicas como a proposta deste estudo, direcionado à qualidade da assistência de enfermagem. Investigação realizada em ambiente hospitalar observou que há valorização da utilização de indicadores de processo para avaliar desempenho da enfermagem. No entanto destaca-se a importância de ampliar a cultura da qualidade nos serviços de enfermagem. Os enfermeiros devem ser capacitados para o desenvolvimento e a análise de indicadores visando ampliar a reflexão sobre a assistência de enfermagem e a melhoria do cuidado (GABRIEL et al., 2011).

Acerca da usabilidade, inquérito com gestores de saúde, incluindo a atenção primária, obteve que os indicadores auxiliam nas ações gerenciais e no diagnóstico de problemas na unidade pelo contraste com a situação de outras unidades de saúde; no entanto evidenciou-se pouco uso para orientar as ações gerenciais. Não foi observada importância efetiva dessa ferramenta de gestão sendo que os gestores reconheciam suas dificuldades e limitações para implementação (LIMA; ANTUNES; SILVA, 2015).

O uso de indicadores para tomada de decisão e planejamento visa à formulação de estratégias de adequação dos serviços de saúde aos padrões de qualidade pré-determinados (ROSSANEIS et al., 2014). Nesse sentido, são

necessárias estratégias para promover a sua integração com os cuidados de enfermagem (BURSTON; CHABOYER; GILLESPIE, 2014).

Salienta-se que a avaliação negativa quanto à utilidade e usabilidade dos indicadores pela gestão estadual não inviabilizam a sua recomendação de implementação, mas sugerem a necessidade de reflexão sobre a valorização dessas atribuições que são provenientes das diretrizes nacionais e estaduais na atenção ao idoso. Entende-se que os dados dos indicadores poderiam ser agregados e calculados por distritos, municípios e estados favorecendo o planejamento nos diferentes níveis de gestão.

Considerando a possível subestimação do indicador “Cobertura da consulta de enfermagem ginecológica”, dada a realização de consulta médica ginecológica, sugere-se parcimônia na sua análise.

5.6 CONTRIBUIÇÕES GERAIS

O desenvolvimento de estratégias para gerar informação sobre a qualidade é um esforço que deve ser compartilhado pela comunidade científica (GAMA et al., 2016). Nessa perspectiva, acredita-se que os indicadores construídos têm potencial para incorporação nas políticas de saúde direcionadas ao idoso bem como a atenção primária. Assim, poderiam ser avaliadas as especificidades do atendimento de enfermagem ao idoso, considerando a escassez desse monitoramento no país.

A adoção de indicadores de processo pode subsidiar o planejamento das ações em saúde. Assim, os resultados deste estudo podem contribuir para a gestão da atenção ao idoso redirecionando as ações com foco na assistência e gerência prestada pelo enfermeiro na atenção primária. No entanto é primordial que esse processo seja repensado nos três níveis de gestão, municipal, estadual e nacional, uma vez que o enfermeiro tem papel protagonista na ESF.

Nesse sentido, algumas reflexões fazem-se necessárias. Sugere-se que os gestores em saúde juntamente com a gestão de cada equipe de saúde e enfermeiro reflitam sobre o que tem sido feito e como tem sido dispensado o cuidado aos idosos. É relevante ainda repensar sobre a forma de registro dos dados nos sistemas informatizados ou prontuários, considerando que essas informações são essenciais para o planejamento em saúde e acompanhamento das condições de saúde da população. Por fim, emerge-se a necessidade de otimizar os dados

especificamente no que se refere ao controle das doenças da população adstrita. Acredita-se que os sistemas informatizados poderiam favorecer o acompanhamento da evolução dos casos conforme o nível de prevalência de determinadas condições de saúde estratificadas por sexo e faixa etária; a contagem e listagem manual dos casos podem apresentar vieses de aferição além de demandar tempo a cada nova solicitação de listas com dados dos usuários.

No campo da enfermagem, esta pesquisa pode contribuir para a reflexão acerca do trabalho do enfermeiro. Assim, poderá fornecer subsídios para repensar a atenção em saúde com vistas a direcionar o cuidado visando maximizar o desempenho das atribuições que lhe são peculiares.

Além disso, esta pesquisa pode colaborar para novos estudos para desenvolvimento de indicadores de enfermagem na atenção primária devido ao delineamento utilizado específico para a enfermagem. Assim, este estudo relaciona-se às demandas atuais visando contribuir sobre a reflexão no campo da qualidade da assistência em enfermagem podendo ampliar o conhecimento na saúde coletiva.

Por fim, considerando que todos os indicadores candidatos apresentaram alta validade de face, aceitabilidade pelo painel e desempenho adequado nas análises empíricas (AGENCY FOR HEALTHCARE RESEARCH AND QUALITY, 2011) pode-se recomendar a implementação dos 22 indicadores. No entanto, considerando que esta pesquisa visa à incorporação de indicadores junto às políticas públicas, sugere-se que seja selecionado o que melhor represente a mensuração da qualidade da assistência de enfermagem nesse contexto não sendo onerosa a sua obtenção pela equipe de gestão local. Nesse sentido, poder-se-ia pensar inicialmente nos indicadores da dimensão do cuidado, por mensurarem a atuação do enfermeiro diretamente ao idoso e ainda àqueles aplicáveis ao idosos em geral por incluírem a totalidade de indivíduos independentemente do sexo ou condição de saúde (cobertura da consulta de enfermagem ao idoso; avaliação do idoso na consulta de enfermagem; vacinação adequada ao idoso e utilização da caderneta do idoso nos atendimentos de enfermagem).

Assim, os pesquisadores sugerem propor ao Ministério da Saúde a inserção do item avaliação multidimensional no subitem rastreamento da ficha de atendimento individual do e-SUS; considerando que esta possibilita a identificação do tipo de atendimento realizado pelo enfermeiro (consulta agendada, programada, demanda espontânea) e a condição avaliada (rastreamento, doenças transmissíveis,

dentre outros) (Anexo 8) podendo contribuir para a implementação deste indicador. A ficha de informação terá a fonte dos dados ajustada para ficha de atendimento individual do e-SUS (Apêndice 27).

Deste modo, após reflexão final sobre o produto deste estudo os pesquisadores sugerem ainda que os 22 indicadores validados bem como a sugestão de inserção do item acima possam ser discutidos em seminários como a Jornada de Enfermagem Gerontológica, a fim de que se obtenha uma melhor visão dos pares.

Além disso, sugere-se que novas pesquisas sejam desenvolvidas para a proposição de indicadores que avaliem as demais dimensões da qualidade (estrutura e resultado).

5.7 LIMITAÇÕES

As limitações desta pesquisa relacionam-se à validade externa, considerando que o modelo foi construído com base em publicações nacionais, sendo orientado pelos princípios da atenção primária no Brasil. Portanto sua aplicabilidade restringe-se ao contexto do trabalho do enfermeiro em ESF, pois suas ações são normatizadas pelo Ministério da Saúde.

No entanto este modelo pode ainda ser adaptado às realidades locais, inclusive quanto aos métodos de coleta conforme os sistemas informatizados locais e planilhas de registro das informações, dada a diversidade regional do país; sugere-se neste sentido que a adaptação seja sempre pautada em publicações que direcionam os serviços de saúde, em especial a atuação do enfermeiro, em determinada região.

É relevante que sejam realizadas análises de confiabilidade, viabilidade, usabilidade e utilidade em outras localidades. Isso possibilitaria ampliar a reflexão acerca da aplicabilidade e identificar a necessidade de possíveis ajustes nos indicadores. A visão mais abrangente poderia sugerir a incorporação destas medidas como estratégias de monitoramento da atenção à saúde do idoso nos sistemas de informação nacional.

6 RECOMENDAÇÕES PARA ESTRUTURAÇÃO DO SERVIÇO

Nesta seção será apresentada a avaliação dos indicadores nas três ESFs (N=727 idosos) com vistas a contribuir para reflexão acerca do registro das atividades realizadas pelo enfermeiro, que podem influenciar o resultado de cada indicador. O percentual de realização de cada indicador, ou seja, o quanto ele foi realizado, segundo os dois avaliadores, encontra-se na Tabela 8 a seguir.

Tabela 8 - Percentual de realização dos indicadores na coleta piloto pelos dois avaliadores, Uberaba-MG, 2017

(continua)

	1 %(IC95%)	2 %(IC95%)	Observações
1. Indicadores de qualidade da gerência			
• Planejamento de atividades direcionadas à população idosa.	-	-	As ESfs não têm cronograma mensal ou têm mas sem especificar ações direcionadas ao idoso.
• Monitoramento da condição de saúde do idoso.	-	-	As ESfs não dispõem da análise deste indicador.
• Avaliação das ações de saúde direcionadas à população idosa.	-	-	As ESfs não possuem registro de atividades avaliativas.
• Coordenação da equipe de enfermagem na atenção ao idoso.	0	0	-
• Coordenação dos agentes comunitários de saúde na atenção ao idoso.	50 (32-68)	83,3 (69,9-96,7)	-
2. Indicadores de qualidade no processo de cuidado			
a. Cuidado aos idosos em geral			
• Cobertura da consulta de enfermagem ao idoso.	46,7 (27,7-65,6)	46,7 (27,7-65,6)	-
• Avaliação do idoso na consulta de enfermagem.	0	0	-
• Cobertura da consulta para rastreamento de diabetes mellitus.	0	0	-
• Cobertura da consulta de enfermagem ginecológica.	6,7 (2,8-16,1)	0	Falta de material no ano anterior.
• Avaliação da idosa na consulta	0	0	-

Tabela 8 - Percentual de realização dos indicadores na coleta piloto pelos dois avaliadores, Uberaba-MG, 2017

(continuação)

	1 %(IC95%)	2 %(IC95%)	Observações
de enfermagem ginecológica.			
• Vacinação adequada ao idoso.	0	0	Nenhum registro de vacinação para influenza no ano anterior.
• Utilização da caderneta do idoso nos atendimentos de enfermagem.	0	0	-
b. Cuidado aos idosos em condições específicas.			
<i>Diabetes mellitus</i>			
• Cobertura da consulta de enfermagem ao idoso com diabetes mellitus.	0	0	-
• Avaliação do idoso com diabetes mellitus na consulta de enfermagem.	0	0	-
<i>Hipertensão arterial sistêmica</i>			
• Cobertura da consulta de enfermagem ao idoso com hipertensão arterial sistêmica.	0	0	-
• Avaliação do idoso com hipertensão arterial sistêmica na consulta de enfermagem.	0	0	-
<i>Sobrepeso/obesidade</i>			
• Cobertura da consulta de enfermagem ao idoso com sobrepeso/obesidade.	*	*	-
• Avaliação do idoso com sobrepeso/obesidade na consulta de enfermagem.	*	*	-
<i>Pressão arterial limítrofe</i>			
• Cobertura da consulta de enfermagem ao idoso com pressão arterial limítrofe.	*	*	-
• Avaliação do idoso com pressão arterial limítrofe na consulta de enfermagem.	*	*	-
<i>Atenção Domiciliar 1</i>			
• Prescrição de cuidados em Atenção Domiciliar 1 (AD1).	6,7 (2,8-16,1)	3,3 (3,5-10,2)	-
• Visita domiciliar em Atenção Domiciliar 1.	0	0	-

Fonte: a autora, 2017.

*Não avaliado.

Entende-se que o baixo percentual de realização pode comprometer a qualidade da assistência/cuidado e gerenciamento pelo enfermeiro, uma vez que a ausência de registros impossibilita identificar a adequação e ajuste às necessidades em saúde da população.

Com exceção do indicador “Coordenação dos agentes comunitários de saúde na atenção ao idoso”, observa-se que todos os demais apresentam baixo percentual de realização. Acerca do indicador “Cobertura da consulta de enfermagem ginecológica” a equipe de monitoramento da atenção primária do município informou que as ESFs ficaram sem material para coleta de Papanicolau entre julho/2015 a maio/2016. Este fato pode ter influenciado o percentual de cobertura da consulta uma vez que a idosa vai à unidade para coleta do material (não para o exame das mamas); no entanto entende-se que essa avaliação poderia ter sido realizada independentemente da coleta de material citopatológico do colo uterino.

Para os indicadores relacionados ao sobrepeso/obesidade, destaca-se que dentre os 727 idosos elegíveis somente 56 foram possíveis de calcular o IMC; destes 34 apresentaram sobrepeso/obesidade sendo que apenas um não tinha diabetes mellitus e/ou hipertensão arterial sistêmica. Assim, a amostra não era representativa da população de idosos, mas daqueles com diabetes mellitus e/ou hipertensão arterial sistêmica; destacando-se que algumas medidas de peso/altura foram obtidas nos registros do Hiperdia (não por meio do prontuário).

Para os indicadores de pressão arterial limítrofe, foram elegíveis 237 idosos não hipertensos sendo que 54 tinham pelo menos uma aferição da pressão arterial no último ano, mas nenhuma classificada como limítrofe, impossibilitando a avaliação dos indicadores.

Esses dados evidenciam a necessidade de reflexão acerca da qualidade dos dados disponíveis nas ESFs, seja no sistema informatizado ou prontuários. Há necessidade de se investigar se o registro não tem sido realizado de modo adequado ou se o item avaliado, em determinado indicador, não tem sido realizado pelo enfermeiro. A anotação de enfermagem é essencial para a assistência uma vez que a prática do cuidado produz informações que devem ser registradas (CLAUDINO et al., 2013). No entanto estudos têm evidenciado problemas nesse item. No Paraná observou-se possibilidade de sub-registro das atividades realizadas e ou registros em documentos informais na atenção primária. A deficiência de registros na consulta de enfermagem e demais fichas de registros evidencia que o

modelo assistencial mantém-se centrado na consulta médica direcionado a responder à demanda espontânea (RADIGONDA et al., 2016). Outro estudo no interior de São Paulo observou que dentre os 150 prontuários de indivíduos com diabetes mellitus analisados apenas cinco apresentavam registros de atendimentos realizados por enfermeiros (ZACHARIAS et al., 2016).

Nesse contexto, destaca-se a utilização da sistematização da assistência de enfermagem. Em estudo realizado em Minas Gerais, o Conselho Regional de Enfermagem (COREN) identificou a não implantação e registro nos prontuários das diversas etapas do processo de enfermagem que deveriam subsidiar a sistematização no trabalho de enfermagem nas ESFs. Esta é fundamental para a documentação do cuidado realizado sendo o registro das informações coletadas uma necessidade que deve ser implementada (MIRANDA et al., 2013). Além disso, inquérito em Santa Catarina observou a necessidade de investimentos em Educação Permanente e Continuada aos profissionais da atenção primária para melhor preparo na aplicação a sistematização da assistência de enfermagem (KRAUZER et al., 2015).

Esses dados sugerem que a ausência de dados nos registros de enfermagem é uma realidade nacional. Assim, emerge a necessidade da educação permanente dos profissionais de saúde sensibilizando para a relevância de completude dos registros disponíveis a fim de permitir a produção de indicadores confiáveis (RADIGONDA et al., 2016) bem como maior atenção dos gestores dos serviços para o uso dessas informações (ZACHARIAS et al., 2016).

Destaca-se que a ESF é uma forma de reorganização da atenção básica onde a coordenação da atenção tem como essência a disponibilidade de informações como ferramenta para a qualificação das ações de saúde e o prontuário representa uma rica fonte de informações para a equipe de saúde coordenar a atenção (SANTOS; FERREIRA, 2012).

Nesse sentido, há de se repensar que fatores têm impedido que o enfermeiro desempenhe suas atividades na assistência ao idoso conforme o preconizado pelo Ministério da Saúde e Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. Deste modo, será possível desenvolver estratégias direcionadas às peculiaridades do trabalho nas ESFs.

Analisar as especificidades do trabalho do enfermeiro na ESF pode contribuir para o desenvolvimento de intervenções visando aperfeiçoar os aspectos

organizacionais, as práticas profissionais e a assistência prestada (CAÇADOR et al., 2015). Destaca-se que a literatura científica tem relatado alguns fatores comprometedores da sobrecarga de trabalho do enfermeiro. No cotidiano da ESF os enfermeiros encontram-se sobrecarregados em suas funções e apresentam dificuldades em articular a função assistencial com as demandas técnico-administrativas (SPAGNUOLO et al., 2012). Pesquisa em Belo Horizonte obteve que o enfermeiro apresenta sobrecarga de trabalho prejudicando a realização das ações específicas da saúde da família. A organização do trabalho permitiria maior dedicação às ações de prevenção de agravos e promoção da saúde, pois essas atividades geralmente não são desempenhadas, considerando o tempo destinado às questões burocráticas e à demanda espontânea. Esses fatores produzem impactos na qualidade da assistência ocasionando sentimentos de frustração e dúvida quanto ao seu desempenho na ESF. Assim, são raras as situações em que os enfermeiros conseguem intervir diretamente na comunidade e conhecer o território (CAÇADOR et al., 2015). A demanda de atividades direcionadas aos diversos ciclos de vida aliada à cobertura populacional da ESF se constituem um desafio mediante o quantitativo de enfermeiro subdimensionado nesse espaço de atenção.

Soma-se a isso a necessidade de se discutir a formação dos enfermeiros no âmbito acadêmico e prepará-los para o enfrentamento dos desafios relacionados à coordenação de uma equipe. Deve-se refletir acerca da melhoria do preparo profissional para uma liderança ampliada incluindo a equipe multidisciplinar, conforme recomendam as diretrizes curriculares propostas pelo Ministério da Educação (SPAGNUOLO et al., 2012). Estudo no interior de Minas Gerais evidenciou que os serviços de atenção primária que possuíam enfermeiros com residência multiprofissional em saúde da família apresentaram melhor desempenho na avaliação dos atributos da Atenção Primária em Saúde realizada pelos usuários. Esse dado sugere que a qualificação profissional contribui para a qualidade da assistência prestada. O sistema de saúde brasileiro exige a formação de profissionais capacitados e qualificados visando superar o paradigma biologicista. Deve-se buscar promover ações direcionadas ao cuidado das complexas necessidades de saúde da população (SILVA et al., 2015). Além disso, é necessário que os enfermeiros estejam sensibilizados quanto ao uso e à relevância dos indicadores. Nesse sentido, destaca-se o papel das instituições de ensino superior no seu processo de formação.

Entende-se que a multiplicidade de fatores envolvidos no processo de trabalho do enfermeiro denota reflexão ampliada e compartilhada com a equipe de gestão da atenção primária.

7 CONCLUSÃO

O modelo conceitual identificou concepções específicas do idoso, saúde/doença, ambiente bem como as atribuições do enfermeiro na atenção primária.

Com base nas atribuições específicas do enfermeiro, por meio dos documentos obtidos do DAB/MS, Secretaria de Estado de Saúde Minas Gerais e legislação nacional relacionada a atenção primária e/ou ao idoso, foram construídos 21 indicadores.

Foram validados 22 indicadores pelo painel; todas as medidas foram consideradas apropriadas, com conteúdo válido e acordo acerca da terminologia e necessidade.

A confiabilidade foi calculada em apenas dois indicadores, sendo considerada moderada a substancial. O número de respostas concordantes pelos avaliadores nos 13 indicadores assistenciais testados foi satisfatório.

Quanto à viabilidade de coleta, quatro indicadores relacionados à pressão arterial limítrofe e ao sobrepeso/obesidade foram avaliados como não disponíveis e não viáveis para serem coletados por ambos avaliadores; com exceção de um indicador (Utilização da caderneta do idoso nos atendimentos de enfermagem) os demais considerados disponíveis e viáveis foram altamente recomendados quanto à viabilidade de coleta.

Obteve resposta negativa quanto à utilidade para qualidade da assistência apenas o indicador “monitoramento da condição de saúde do idoso”. Não foram considerados úteis para determinar o recebimento de incentivos financeiros os indicadores monitoramento da condição de saúde do idoso; coordenação da equipe de enfermagem na atenção ao idoso; coordenação dos agentes comunitários de saúde na atenção ao idoso; cobertura da consulta de enfermagem ao idoso; cobertura da consulta de enfermagem ginecológica; avaliação da idosa na consulta de enfermagem ginecológica; vacinação adequada ao idoso; utilização da caderneta do idoso nos atendimentos de enfermagem; cobertura da consulta de enfermagem ao idoso com diabetes mellitus; cobertura da consulta de enfermagem ao idoso com sobrepeso/obesidade; avaliação do idoso com sobrepeso/obesidade na consulta de enfermagem; cobertura da consulta de enfermagem ao idoso com pressão arterial

limítrofe e avaliação do idoso com pressão arterial limítrofe na consulta de enfermagem.

Na avaliação sobre a usabilidade do indicador para comparar os relatórios públicos entre as ESFs e em nível das áreas geográficas também obtiveram pontuação relativamente baixa, pela gestão estadual, os indicadores planejamento de atividades direcionadas à população idosa; monitoramento da condição de saúde do idoso; cobertura da consulta de enfermagem ginecológica; avaliação da idosa na consulta de enfermagem ginecológica; vacinação adequada ao idoso e utilização da caderneta do idoso nos atendimentos de enfermagem.

8 REFERÊNCIAS

AGENCY FOR HEALTHCARE RESEARCH AND QUALITY. **Guide to healthcare quality: How to know it when you see it.** Washington, DC: U.S. Department of Health and Human Services, 2005. Disponível em: <<http://archive.ahrq.gov/consumer/guidetoq/guidetoq.pdf>>. Acesso: 21 jan. 2015.

_____. **Quality indicator measure development, implementation, maintenance, and retirement.** Rockville, 2011. (AHRQ Indicators). Disponível em: <http://qualityindicators.ahrq.gov/Downloads/Resources/Publications/2011/QI_Measure_Development_Implementation_Maintenance_Retirement_Full_5-3-11.pdf>. Acesso: 16 fev. 2015.

_____. National Quality Measures Clearinghouse. **Desirable attributes of a quality measure.** Rockville, 2014a. Disponível em: <<http://www.qualitymeasures.ahrq.gov/tutorial/attributes.aspx>>. Acesso: 16 jan. 2015.

_____. **Domain Framework and Inclusion Criteria.** Rockville, 2014b. Disponível em: <<http://www.qualitymeasures.ahrq.gov/about/domain-definitions.aspx>>. Acesso: 16 jan. 2015.

ALEXANDRE, N. M. C. et al. A confiabilidade no desenvolvimento e avaliação de instrumentos de medida na área da saúde. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, v.15, n.3, p.802-9, 2013. doi: <http://dx.doi.org/10.5216/ree.v15i3.20776>

AMERICAN NURSES ASSOCIATION. **NDNQI Measures:** how are measures developed? 2015a. Disponível em: <<http://www.nursingquality.org/FAQ#faq-measures>>. Acesso: 26 fev. 2015.

_____. **Nursing-Sensitive Indicators:** defined. Silver Spring, 2015b. Disponível em: <<http://www.nursingworld.org/MainMenuCategories/ThePracticeofProfessionalNursin>

g/PatientSafetyQuality/Research-Measurement/The-National-Database/Nursing-Sensitive-Indicators_1>. Acesso: 31 fev. 2015.

_____. **Nursing-Sensitive Indicators**: development. Silver Spring, 2015c.

Disponível em:

<http://www.nursingworld.org/MainMenuCategories/ThePracticeofProfessionalNursing/PatientSafetyQuality/Research-Measurement/The-National-Database/Nursing-Sensitive-Indicators_1>. Acesso: 26 fev. 2015.

ARAÚJO, V. R. **Análise das práticas de cuidado ao idoso na atenção básica em saúde sob a perspectiva da integralidade na cidade de João Pessoa/PB**. João Pessoa: Universidade Federal da Paraíba, 2012. 154p.

AUSTRALIAN COMMISSION ON SAFETY AND QUALITY IN HEALTH CARE.

Practice-level indicators of safety and quality for primary health care specification. Sydney, 2012. Disponível em:

<<http://www.safetyandquality.gov.au/wp-content/uploads/2012/02/Practice-level-indicators-for-primary-health-care-specification-V1.0-October-2012.pdf>>. Acesso: 23 jan. 2015.

BARROS, T. B.; MAIA, E. R.; PAGLIUCA, L. M. F. Facilidades e dificuldades na assistência ao idoso na Estratégia de Saúde da Família. **Revista Rene**, Fortaleza, v.12, n.4, p.732-41, 2011.

BETZ, C. L. et al. American Academy of Nursing Child and Family Expert Panel Health Care Quality and Outcomes Guidelines for Nursing of Children and Families: phase II. **Nursing Outlook**, Washington, DC, v. 52, n.6, p.311-6, 2004.

BIBLIOTECA VIRTUAL EM SAÚDE. Descritores em Ciências da Saúde. Disponível em: <<http://decs.bvs.br/cgi-bin/wxis1660.exe/decsserver/>>. Acesso: 23 jan. 2015.

BRASIL. Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**,

Brasília, Seção 1, 26 jun. 1986. Disponível em:<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l7498.htm>. Acesso em: 03 mar. 2015.

_____. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, Seção 1, p. 18055, 20 set. 1990. Disponível em:<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm>. Acesso em: 06 ago. 2013.

_____. Lei nº 8.842, de 4 de janeiro de 1994. Dispõe sobre a Política Nacional do Idoso, cria o Conselho Nacional do Idoso e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, Seção 1, p. 77, 05 jan. 1994. Disponível em:<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8842.htm>. Acesso em: 1 nov. 2013.

_____. Lei n. 10.741, de 1º de outubro de 2003. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, Seção 1, 03 out. 2003a. Disponível em:<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/l10.741.htm>. Acesso em: 1 nov. 2013.

_____. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Secretaria de Planejamento e Investimentos Estratégicos-SPI. **Indicadores de programas**: guia metodológico. Brasília: Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão, 2010a. 128p. Disponível em:<http://www.planejamento.gov.br/secretarias/upload/Arquivos/spi/publicacoes/100324_indicadores_programas-guia_metodologico.pdf>. Acesso em: 25 jan. 2015.

_____. **Indicadores** - orientações básicas aplicadas à gestão pública. Brasília: Ministério do Planejamento, 2012a. 64p. Disponível em:<http://www.planejamento.gov.br/servicos/central-de-conteudos/publicacoes/121003_orient_indic_triangular.pdf>. Acesso em: 25 jan. 2015.

_____. Ministério da Saúde. **Guia prático do Programa Saúde da Família**. Brasília, DF: Editora MS, 2001a. Disponível

em:<http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/guia_pratico_saude_familia_psf2.pdf>. Acesso em: 04 mai. 2015.

_____. **Manual para a utilização da Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa.**

2014a. Disponível em:

<https://www.icict.fiocruz.br/sites/www.icict.fiocruz.br/files/201402061526_manualcadernetadoidoso.pdf>. Acesso: 18 ago. 2015.

_____. **Portaria n. 95 de 26 de janeiro de 2001.** Aprova a Norma Operacional da Assistência à Saúde/SUS (NOAS-SUS) 01/2001. Brasília, DF, 2001b. Disponível em:<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2001/prt0095_26_01_2001.html>. Acesso em: 18 ago. 2014.

_____. Portaria n. 399 de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto.

Diário Oficial da União, Brasília, DF, Seção 1, 23 fev. 2006a. Disponível em:<http://189.28.128.100/dab/docs/legislacao/portaria399_22_02_06.pdf>. Acesso em: 04 ago. 2015.

_____. **Portaria n. 1.654 de 19 de julho de 2011.** Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde, o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) e o Incentivo Financeiro do PMAQ-AB, denominado Componente de Qualidade do Piso de Atenção Básica Variável - PAB Variável. Brasília, DF, 2011a. Disponível em:<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1654_19_07_2011.html>. Acesso em: 18 ago. 2014.

_____. **Portaria n. 2.203 de 05 de novembro de 1996.** Aprova a Norma Operacional Básica (NOB 1/96) do Sistema Único de Saúde. Brasília, DF, 1996. Disponível em:<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1996/prt2203_05_11_1996.html>. Acesso em: 06 out. 2014.

_____. Portaria n. 2.488 de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, Seção 1, 24 out. 2011b. Disponível em:<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html>. Acesso em: 30 jul. 2014.

_____. Portaria n. 2.528 de 19 de outubro de 2006. Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, Seção 1, 20 out. 2006b. Disponível em:<<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/2528%20aprova%20a%20politica%20nacional%20de%20saude%20da%20pessoa%20idosa.pdf>>. Acesso em: 1 nov. 2013.

_____. **Portaria n. 4.279 de 30 de dezembro de 2010**. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do SUS. Brasília, DF, 2010b. Disponível em:<http://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2011/img/07_jan_portaria4279_301210.pdf>. Acesso em: 22 ago. 2014.

_____. Secretaria de Assistência à Saúde. **Redes Estaduais de Atenção à Saúde do Idoso**: guia operacional e portarias relacionadas. Brasília, DF: Editora MS, 2002. 104p. Disponível em:<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/redes_estaduais.pdf>. Acesso em: 21 ago. 2013.

_____. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Atenção à saúde da pessoa idosa e envelhecimento**. Brasília, DF: Editora MS, 2010c. Disponível em:<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_saude_pessoa_idosa_envelhecimento_v12.pdf>. Acesso em: 07 ago. 2015.

_____. Departamento de Atenção Básica. **Acolhimento à demanda espontânea.** Brasília, DF: Editora MS, 2011c. (Cadernos de Atenção Básica: 28, v1). Disponível em:<http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/miolo_CAP_28.pdf>. Acesso em: 07 ago. 2015.

_____. **Acolhimento à demanda espontânea:** queixas mais comuns na Atenção Básica. Brasília, DF: Editora MS, 2012b. (Cadernos de Atenção Básica: 28, v2. Disponível em:<http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/cadernos_ab/caderno_28.pdf>. Acesso em: 10 ago 2015.

_____. **Autoavaliação para melhoria do acesso e da qualidade (AMAQ).** Material de apoio a autoavaliação para as equipes de Atenção Básica (Saúde da Família, AB parametrizada e Saúde Bucal). 2013a. Disponível em:<http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/amaq_nasf.pdf>. Acesso em: 25 jan. 2015.

_____. **Autoavaliação para a Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica:** AMAQ. Brasília, DF: Editora MS, 2012c. 134p. Disponível em:<<http://189.28.128.100/dab/docs/sistemas/pmaq/amaq.pdf>>. Acesso em: 03 ago 2015.

_____. **Avaliação para a melhoria da qualidade:** Caderno de Auto-Avaliação nº5: Equipe Saúde da Família: Parte 2. 3. ed. Brasília, DF: Editora MS, 2009a. 110p. Disponível em:<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_avaliativo_5_final.pdf>. Acesso em: 07 ago. 2015.

_____. **Avaliação para melhoria da qualidade:** qualificação da Estratégia Saúde da Família: resumo executivo. Brasília, DF: Editora MS, 2005a.11p.

_____. **Avaliação para melhoria da qualidade da Estratégia Saúde da Família.** Brasília, DF: Editora MS, 2005b. 107p. Disponível

em:<http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/doc_tec_amq_portugues.pdf>
. Acesso em: 03 ago. 2015.

_____. **Caderno de atenção domiciliar**. Vol.1. Brasília, DF: Editora MS, 2012d.
105p. Disponível
em:<http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/cad_vol1.pdf>. Acesso em:
04 mai. 2015.

_____. **Caderno de atenção domiciliar**. Vol.2. Brasília, DF: Editora MS, 2013b.
206p. Disponível
em:<http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/cad_vol2.pdf>. Acesso
em: 04 mai. 2015.

_____. **Controle dos cânceres do colo do útero e da mama**. Brasília, DF: Editora MS, 2013c. (Cadernos de Atenção Básica: 13) 124p. Disponível
em:<<http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/cab13.pdf>>. Acesso em:
26 ago. 2015.

_____. Dez anos de saúde da família no Brasil. **Informe da Atenção Básica**,
Brasília, DF, ano IV, n. 21, mar.-abr. 2004a. Disponível em:
<<http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/informes/psfinfo21.pdf>>. Acesso em:
04 ago. 2014.

_____. **Diabetes mellitus**. Brasília, DF: Editora MS, 2006c. (Cadernos de Atenção Básica: 16). 64p. Disponível
em:<http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/cadernos_ab/abcad16.pdf>.
Acesso em: 10 ago. 2015.

_____. **Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal**. Brasília, DF: Editora MS, 2004b. 14p.

_____. **Doenças respiratórias crônicas**. Brasília, DF: Editora MS, 2010d.
(Cadernos de Atenção Básica: 25) 160p. Disponível

em:<http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/cadernos_ab/abcad25.pdf>.

Acesso em: 10 ago. 2015.

_____. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa.** Brasília, DF: Editora MS, 2006d. (Caderno de Atenção Básica: 19). 192p. Disponível

em:<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/envelhecimento_saude_pessoa_idosa_n19.pdf>. Acesso em: 04 mai. 2015.

_____. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica.** Brasília, DF: Editora MS, 2014b. (Cadernos de Atenção Básica: 35) 212p. Disponível em:

<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estrategias_cuidado_pessoa_doenca_cronica_cab35.pdf>. Acesso: 18 ago. 2015.

_____. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica:** diabetes mellitus. Brasília, DF: Editora MS, 2013d. (Cadernos de Atenção Básica: 36) 160p. Disponível

em:<http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/caderno_36.pdf>. Acesso em: 26 ago. 2015.

_____. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica:** hipertensão arterial sistêmica. Brasília, DF: Editora MS, 2013e. (Cadernos de Atenção Básica: 37) 128p. Disponível

em:<http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/caderno_37.pdf>. Acesso em: 26 ago. 2015.

_____. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica:** obesidade. Brasília, DF: Editora MS, 2014c. (Caderno de Atenção Básica: 38) 212p. Disponível em:

<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estrategias_cuidado_doenca_cronica_obesidade_cab38.pdf>. Acesso: 18 ago. 2015.

_____. **Hipertensão arterial sistêmica para o Sistema Único de Saúde.** Brasília, DF: Editora MS, 2006e. (Cadernos de Atenção Básica: 15). Disponível

em:<http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/cadernos_ab/abcad15.pdf>.

Acesso em: 10 ago. 2015.

_____. **Índice de desempenho do Sistema Único de Saúde (IDSUS)** – fichas técnicas dos indicadores. Brasília, DF: Editora MS, 2013f. Disponível em:

<<http://idsus.saude.gov.br/assets/simplificadas.pdf>>. Acesso em: 26 jul. 2016.

_____. **Instabilidade postural e quedas**. Brasília, DF: Editora MS, 1999.

Disponível

em:<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_saude_idoso_cab4.pdf>.

Acesso em: 25 mai. 2015.

_____. **Instrumento de Avaliação Externa para as Equipes de Atenção Básica** – saúde da família e equipe parametrizada. Brasília, DF: Editora MS, 2013g. 128p.

Disponível

em:<http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/instrumento_ae_sfp.pdf>

. Acesso em: 03 ago. 2015.

_____. **Obesidade**. Brasília, DF: Editora MS, 2006f. (Cadernos de Atenção Básica: 12). 108p. Disponível

em:<http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/cadernos_ab/abcad12.pdf>.

Acesso em: 10 ago. 2015.

_____. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília, DF: Editora MS, 2012e. (Série E, Legislação em Saúde). Disponível

em:<<http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>>. Acesso em: 25 jan. 2015.

_____. **Prevenção clínica de doenças cardiovasculares, cerebrovasculares e renais**. Brasília, DF: Editora MS, 2006g. (Cadernos de Atenção Básica: 14).

Disponível

em:<http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/cadernos_ab/abcad14.pdf>.

Acesso em: 10 ago. 2015.

_____. O Projeto de Expansão e Consolidação da Saúde da Família: PROESF. **Informe da Atenção Básica**, Brasília, DF, ano V, n. 17, 2003b. Disponível em:<<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/periodicos/Informe17.pdf>>. Acesso em: 12 jan. 2015.

_____. **Protocolos do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional – SISVAN na assistência à saúde**. Brasília, DF: Editora MS, 2008a. 61p. Disponível em:<http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/protocolo_sisvan.pdf>. Acesso em: 26 ago. 2015.

_____. **Programa nacional de melhoria do acesso e da qualidade da atenção básica (PMAQ): manual instrutivo: anexo: ficha de qualificação dos indicadores**. Brasília, DF: Editora MS, 2012f. 62p. http://189.28.128.100/dab/docs/sistemas/Pmaq/manual_instrutivo_pmaq_site_anexo.pdf>. Acesso em: 31 ago. 2015.

_____. **Rastreamento**. Brasília, DF: Editora MS, 2010e. (Cadernos de Atenção Primária: 29). 95p. Disponível em:<http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/cadernos_ab/abcad29.pdf>. Acesso em: 07 ago. 2015.

_____. **Saúde sexual e saúde reprodutiva**. Brasília, DF: Editora MS, 2010f. (Cadernos de Atenção Básica: 26). 300p. Disponível em:<http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/cadernos_ab/abcad26.pdf>. Acesso em: 07 ago. 2015.

_____. **Vigilância em Saúde: Dengue, Esquistossomose, Hanseníase, Malária, Tracoma e Tuberculose**. 2. ed. rev. Brasília, DF: Editora MS, 2008b. (Cadernos de Atenção Básica: 21). 195p. Disponível em:<http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/cadernos_ab/abcad21.pdf>. Acesso em: 10 ago. 2015.

_____. **Vigilância em Saúde: zoonoses**. Brasília, DF: Editora MS, 2009b. (Cadernos de Atenção Básica: 22). 228p. Disponível

em:<http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/cadernos_ab/abcad22.pdf>.

Acesso em: 10 ago. 2015.

_____. Departamento de Atenção Especializada e Temática. Coordenação Saúde da Pessoa Idosa. **Diretrizes para o cuidado das pessoas idosas no SUS:**

proposta de modelo de atenção integral à saúde da pessoa idosa. 2014d. 45p.

Disponível em:

<<http://portalsaude.saude.gov.br/images/pdf/2015/setembro/01/Diretrizesaten-----opessoaidosa.pdf>>. Acesso: 21 ago. 2015.

_____. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador. **Saúde ambiental:** guia básico para construção de indicadores. Brasília, DF: Editora MS, 2011d. 128p. Disponível em:

<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/saude_ambiental_guia_basico_construcao_indicadores.pdf>. Acesso: 21 ago. 2015.

BAO, H. et al. Developing a set of quality indicators for breast cancer care in China. **International Journal for Quality in Health Care**, Dublin, v.27, n.4, p.291-6, 2015.

BOHOMOL, E. Indicadores para avaliação da qualidade da assistência de enfermagem. In: D'INNOCENZO, M. (Org.). **Indicadores, auditoria, certificações:** ferramentas de qualidade para gestão em saúde. 2. ed. São Paulo: Martinari, 2010. p.99-115.

BURSTON, S.; CHABOYER, W.; GILLESPIE, B. Nurse-sensitive indicators suitable to reflect nursing care quality: a review and discussion of issues. **Journal of Clinical Nursing**, Oxford, v.23, v.13-4, p.1785-95, 2014.

CAÇADOR, B. S. et al. Ser enfermeiro na estratégia de saúde da família: desafios e possibilidades. **Revista Mineira de Enfermagem**, Belo Horizonte, v.19, n.3, p.612-9, 2015.

CALDANA, G. et al. Indicadores de desempenho em serviço de enfermagem hospitalar: revisão integrativa. **Revista RENE**, Fortaleza, v.12, n.1, p. 189-97, 2011.

CAMPBELL, S. M.; ROLAND, M. O.; BUETOW, S. A. Defining quality of care. **Social Science & Medicine**, New York, v.51, n.11, p.1611-25, 2000.

CAMPBELL, S.M. et al. Research methods used in developing and applying quality indicators in primary care. **Quality & safety in health care**, London, v.11, p.358-64, 2002.

CANADIAN INSTITUTE FOR HEALTH INFORMATION. **A performance measurement framework for the Canadian Health System**. Ontario, 2013.

Disponível

em:<https://secure.cihi.ca/free_products/HSP_Framework_Technical_Report_EN.pdf>. Acesso em: 25 jan. 2015.

_____. **Pan-Canadian primary health care Indicator update report**. Ontario, 2012. Disponível em: <https://secure.cihi.ca/free_products/Pan-Canadian_PHC_Indicator_Update_Report_en_web.pdf>. Acesso em: 29 jan. 2015.

CARLFJORD, S.; LINDBERG, M. Asthma and COPD in primary health care, quality according to national guidelines: a cross-sectional and a retrospective study. **BMC family practice**, London, v.9, n.36, 2008.

CARPINETTI, L. C. R. **Gestão da qualidade: conceitos e técnicas**. 2. ed. São Paulo: Atlas, 2012. Disponível em:<vbk:9788522484898#page(iv)>. Acesso em: 14 jan. 2015.

CASSIOLATO, M.; GUERESI, S. **Como elaborar Modelo Lógico**: roteiro para formular programas e organizar avaliação. Brasília, DF: IPEA, 2010. 34p. Disponível em: <http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/100924_notatec6disoc.pdf>. Acesso em: 11 set. 2015.

CLAUDINO, H.G. et al. Auditoria em registros de enfermagem: revisão integrativa da literatura. **Revista de Enfermagem da UERJ**, Rio de Janeiro, v.21, n.3, p.397-402, 2013.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). **Resolução nº527 de 03 de novembro de 2016**. Dispõe sobre a consulta de enfermagem. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-05272016_46348.html>. Acesso em: 07 dez. 2016.

CUNHA, C.L.F. et al. Condições de vida e saúde da área de abrangência da estratégia de saúde da família do município de São Luís, Maranhão. **Journal of Management and Primary Health Care**, Pernambuco, v.3, n.2, p.84-90, 2013.

DAVIES, P. et al. Developing quality indicators for community services: the case of district nursing. **Quality in primary care**, Wilmington, v.19, n.3, p. 155-66, 2011.

DONABEDIAN, A. The quality of medical care: a concept in search of a definition. **Journal of Family Practice**, Parsippany, v.9, n.2, p.277–84, 1979.

_____. Quality assessment and assurance: unity of purpose, divert of means. **Inquiry**, Thousand Oaks, v.25, p.173-92, 1988.

_____. The quality of care: how can it be assessed? 1988. In: **Archives of Pathology & Laboratory Medicine**, United States, v.121, n.11, p. 1145-50, 1997.

ESPANHA. Ministerio de Sanidad y Consumo. Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud. **Construcción y validación de indicadores de buenas prácticas sobre seguridad del paciente**. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2008. Disponível

em:<<http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/construccionValidacionIndicadoresSeguridadPaciente.pdf>>. Acesso em: 15 nov. 2014.

FABIAN, L. A.; GEPPERT, J. **Quality indicator measure development, implementation, maintenance, and retirement**: Summary. Rockville: Agency for Healthcare Research and Quality, 2011. Disponível em:<http://qualityindicators.ahrq.gov/Downloads/Resources/Publications/2011/QI_M

measure_Development_Implementation_Maintenance_Retirement_Full_5-3-11.pdf>.

Acesso em: 08 mar. 2015.

FAWCETT, J.; DESANTO-MADEYA, S. **Contemporary nursing knowledge: analysis and evaluation of nursing models and theories**. 3.ed. Philadelphia: F.A. Davies Company, 2013. Disponível em: <https://books.google.com.br/books?id=pdE-AAAAQBAJ&pg=PR5&lpg=PR5&dq=Contemporary+nursing+knowledge:+Conceptua+l+models+of+nursing+and+nursing+theories&source=bl&ots=jVzGLilZcO&sig=wWrvCpaBWYEn6jbeyQW_LPEUVqg&hl=pt-BR&sa=X&ei=G7A3VZqhDMurgwTE04CACw&ved=0CG0Q6AEwCQ#v=onepage&q&f=false>. Acesso em: 24 abr. 2015.

FAZENDA, N. R. R.; FELDMAN, L. B.; RUTHES, R. M. Programa Saúde da Família: indicadores para a saúde da criança. In: D'INNOCENZO, M. (Org.). **Indicadores, auditoria, certificações**: ferramentas de qualidade para gestão em saúde. 2. ed. São Paulo: Martinari, 2010. p.181-94.

FELDMAN, L. B. Padrões e critérios para avaliar o serviço de enfermagem. In: D'INNOCENZO, M. (Org.). **Indicadores, auditoria, certificações**: ferramentas de qualidade para gestão em saúde. 2. ed. São Paulo: Martinari, 2010. p.49-67.

FITCH, K. et al. **The RAND/UCLA Appropriateness Method user's manual**. Santa Monica: RAND Corporation, 2001. Disponível em: <http://www.rand.org/content/dam/rand/pubs/monograph_reports/2011/MR1269.pdf> . Acesso em: 02 mar. 2015.

FRANCO, T. B.; MAGALHÃES JÚNIOR, H. M. Integralidade na assistência à saúde: a organização das linhas de cuidado. In: MERHY, E. E. et al. **O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano**. 4.ed. São Paulo: HUCITEC, 2007. p.125-33.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. **SISAP-Idoso**: Sistema de Indicadores de Saúde e Acompanhamento de Políticas do Idoso. Disponível em: <<http://www.saudeidoso.iciet.fiocruz.br/index.php?pag=forms>>. Acesso: 18 fev. 2015.

GABRIEL, C. S. Utilização de indicadores de desempenho em serviço de enfermagem de hospital público. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.19, n.5, p.1247-54, 2011.

GALVÃO, C.M.; MENDES, K.D.S.; SILVEIRA, R.C.C.P. **Revisão integrativa** - método de revisão para sintetizar as evidências disponíveis na literatura. In: Brevidelli MM, Sertório SCM. Trabalho de conclusão de curso: guia prático para docentes e alunos da área da saúde. São Paulo: látrica; 2010. p.105-26.

GAMA, Z. A. S.; SATURNO, P. J. A segurança do paciente inserida na gestão da qualidade dos serviços de saúde. In: AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. **Manual segurança do paciente e qualidade em serviços de saúde: uma reflexão teórica aplicada a prática**. Brasília, DF, 2013. p. 31-42.

GAMA, Z. A. S. et al. Desenvolvimento e validação de indicadores de boas práticas de segurança do paciente: Projeto ISEP-Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 9, e00026215, 2016.

GARCIA, P. C.; FUGULIN, F. M. T. Tempo de assistência de enfermagem em unidade de terapia intensiva adulto e indicadores de qualidade assistencial: análise correlacional. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 24, n. 4, [9 telas] 2012.

GARCIA, A. B.; CASSIANI, S. H. B.; REVEIZ, L. A systematic review of nursing research priorities on health system and services in the Americas. **Revista Panamericana de Salud Publica**, Washington, v. 37, n. 3, p. 162-71, 2015.

GOMES, P. J. P. A evolução do conceito de qualidade: dos bens manufacturados aos serviços de informação. **Cadernos BAD**, Lisboa, v. 2, p.8-18, 2004. Disponível em:<<http://eprints.rclis.org/10401/1/GomesBAD204.pdf>>. Acesso em: 13 jan. 2015.

GUEDES, M. V. C. et al. Sobral-Ceará: cenário de desenvolvimento da CIPESQ-Brasil. In: CHIANCA, T. C. M.; ANTUNES, M. J. M. (Orgs). **A Classificação**

Internacional das Práticas de Enfermagem em Saúde Coletiva: CIPESC. Brasília, DF: ABEn, 1999.

HARTELOH, P.P.M. The meaning of quality in health care: A conceptual analysis. **Health Care Analysis**, Dordrecht, v. 11, n.3, p.259-62, 2003.

HASNA, F. et al. Quality of primary nursing care for Bedouin in Jordan. **International Journal of Nursing Practice**, Carlton, v. 16, n.6, p.564-72, 2010.

ENGLAND. National Health System. Health and Social Care Information Centre. **Indicators for quality improvement:** full indicator list. 2009. Disponível em:<file:///C:/Users/user/Downloads/IndicatorsList.pdf>. Acesso em: 25 jan. 2015.

HEALTH QUALITY AND SAFETY COMMISSION. **Describing the quality of New Zealand's health and disability services:** developing our health quality and safety indicators. Wellington, 2012. Disponível em:<<http://www.hqsc.govt.nz/assets/Health-Quality-Evaluation/PR/HQSI-summary-2012.pdf>>. Acesso em: 25 jan. 2015.

HERNÁNDEZ, P. J. S. Qué, como y cuándo monitorizar: marco conceptual y guía metodológica. **Revista Calidad Asistencial**, Spain, v. 13, p.437-43, 1998.

HERREROS, Y. H. et al. Actividades preventivas en los mayores. **Atención Primaria**, Madrid, v. 44, suppl.1, p.57-64, 2012.

HICKMAN, J. S. Introdução à teoria da enfermagem. In: GEORGE, J. B. et al. **Teorias de enfermagem:** os fundamentos à prática profissional. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2000. p.11-20.

INSTITUTE OF MEDICINE. **Crossing the Quality Chasm:** a new health system for the 21st century. Washington, DC: National Academy Press, 2001. Disponível em:<<https://www.nationalacademies.org/hmd>>. Acesso: 15 jan. 2015.

_____. **Medicare**: a strategy for quality assurance. Vol.1. Washington: National Academies Press, 1990. Disponível em:<<http://www.nap.edu/catalog/1547.html>>. Acesso: 15 jan. 2015.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Censo demográfico 2010**: características da população e dos domicílios: resultados do universo. Rio de Janeiro, 2011. Disponível em:<http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/periodicos/93/cd_2010_caracteristicas_populacao_domicilios.pdf>. Acesso em: 03 set. 2014.

_____. **Projeções da população**: Brasil e unidades de federação. Rio de Janeiro: IBGE, 2013a. Disponível em:<ftp://ftp.ibge.gov.br/Projecao_da_Populacao/Projecao_da_Populacao_2013/srm40_projecao_da_populacao.pdf>. Acesso em: 03 set. 2014.

_____. **Síntese de indicadores sociais**: uma análise das condições de vida da população brasileira 2013. Rio de Janeiro: IBGE, 2013b. Disponível em:<<http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv66777.pdf>>. Acesso em: 03 set. 2014.

_____. **Síntese de indicadores sociais** - uma análise das condições de vida da população brasileira 2012. Rio de Janeiro, 2012. Disponível em:<<http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv62715.pdf>>. Acesso em: 03 set. 2014.

_____. **Síntese de indicadores sociais**: uma análise das condições de vida da população brasileira 2010. Rio de Janeiro, 2010. Disponível em:<<http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv45700.pdf>>. Acesso em: 03 set. 2014.

JANUZZI, P.M. Indicadores para diagnóstico, monitoramento e avaliação de programas sociais no Brasil. **Revista do Serviço Público**, Brasília, DF, v. 56, n.2, p.137-60, 2005.

KOTTER, T.; BLOZIK, E.; SCHERER, M. Methods for the guideline-based development of quality indicators—a systematic review. **Implementation Science**, London, v. 7, n. 21, 2012. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3368783/pdf/1748-5908-7-21.pdf>>. Acesso em: 26 jan. 2015.

KOTTNER, J. et al. Guidelines for Reporting Reliability and Agreement Studies (GRRAS) were proposed. **Journal of Clinical Epidemiology**, New York, v. 64, n. 1, p.96-106, 2011.

KRAUZER, I. M. et al. Registros de enfermagem sob a ótica de uma revisão integrativa. **Journal of Nursing and Health**, Pelotas, v. 5, n. 1, p.68-79, 2015.

KRAUZER, I.M. et al. Sistematização da assistência de enfermagem na atenção básica: o que dizem os enfermeiros?. **Ciência y Enfermería**, Concepción, v. XXI, n. 2, p. 31-38, 2015.

LAVRAS, C. Atenção primária à saúde e a organização de redes regionais de atenção à saúde no Brasil. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 20, n. 4, p.867-74, 2011.

LESENDE, I. M. et al. Actividades preventivas en los mayores. **Atención Primaria**, Madrid, v. 46, suppl.4, p.75-81, 2014.

LEMLEY, K. B.; MARKS, B. Patient satisfaction of young adults in rural clinics: policy implications for nurse practitioner practice. **Policy, Politics & Nursing Practice**, Thousand Oaks, v. 10, n. 2, p.143-52, 2009.

LIMA, K. W. S.; ANTUNES, J. L. F.; SILVA, Z. P. Percepção dos gestores sobre o uso de indicadores nos serviços de saúde. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 24, n. 1, p. 61-71, 2015.

LONGO, R. M. J. **Gestão da qualidade**: evolução histórica, conceitos básicos e aplicação na educação. Brasília, DF: IPEA, 1996. (Textos para Discussão: 397).

Disponível

em:<http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/TDs/td_0397.pdf>. Acesso em: 13 jan. 2015.

LUZ, L. A. et al. Avaliação das ações estratégicas na atenção à saúde do idoso em unidades básicas de Saúde de Teresina-PI. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, Florianópolis, v. 7, n. 22, p. 20-6, 2012.

MAINZ, J. Defining and classifying clinical indicators for quality improvement. **International Journal for Quality in Health Care**, Oxford, v. 15, n. 6, p.523-30, 2003.

MARCHON, S. G.; MENDES JUNIOR, W. V. Segurança do paciente na atenção primária à saúde: revisão sistemática. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 9, p. 1-21, 2014.

MARCHON, S. G.; MENDES JUNIOR, W. V; PAVÃO, A. L. B. Características dos eventos adversos na atenção primária à saúde no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 31, n. 11, p. 2313-30, 2015.

MATUMOTO, S. et al. A prática clínica do enfermeiro na atenção básica: um processo em construção. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 19, n. 1, 8 telas, 2011.

MCGLYNN, E. A.; ASCH, S. M. Developing a clinical performance measure. **American Journal of Preventive Medicine**, New York, v. 14, n.3, suppl., p.14-21, 1998.

MCILRATH, C. Benchmarks for effective primary care-based nursing services for adults with depression: a Delphi study. **Journal of Advanced Nursing**, Oxford, v. 66, n. 2, p. 269-81, 2010.

MEARS, A. et al. Classifying indicators of quality: a collaboration between Dutch and English regulators. **International Journal for Quality in Health Care**, Oxford, v. 23,

n. 6, p.637–44, 2011.

MEDEIROS, R. K. S. et al. Validação de conteúdo de instrumento sobre a habilidade em sondagem nasogástrica. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, v. 17, n. 2, p.278-89, 2015a.

MEDEIROS, R. K. S. et al. Modelo de validação de conteúdo de Pasquali nas pesquisas em Enfermagem. **Revista de Enfermagem Referência**, Coimbra, v. serIV, n. 4, p. 127-135, 2015b.

MEDINA, M. G. et al. Uso de modelos teóricos na avaliação em saúde: aspectos conceituais e operacionais. In: HARTZ, Z. M. A.; SILVA, L. M. V (Org.). **Avaliação em saúde – dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde**. Salvador: UFBA; Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, 2010. p.41-63.

MELO, R. C.; MACHADO, M. E. Coordenação de unidades de saúde da família por enfermeiros: desafios e potencialidades. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 34, n. 4, p.61-7, 2013.

MENDES, W.; MOURA, M. L. O. Estratégias para a segurança do paciente em serviços de saúde. In: AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. **Manual segurança do paciente e qualidade em serviços de saúde**: uma reflexão teórica aplicada a prática. Brasília, DF, 2013. p. 59-67.

MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde**. Brasília, DF: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011. 549 p.

MENDES, E. V. As redes de atenção à saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, p. 2297-305, 2010.

MENDES, A. C. G. et al. Assistência pública de saúde no contexto da transição demográfica brasileira: exigências atuais e futuras. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 5, p.955-64, 2012.

MENDES, C. K. T. T. et al. Atendimento para idosos na atenção básica de saúde: representações sociais. **Revista de pesquisa cuidado é fundamental**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, p.3443-52, 2013.

MENEZES, V. B.; BITTENCOUT, A.; MENEZES, M. F. Infecção relacionada a cateter venoso central: indicador de qualidade da assistência em oncologia. **Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 3, p.373-5, 2013.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. **Atenção a saúde do adulto: hanseníase**. Belo Horizonte, 2006a. 62p. Disponível em:<<http://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/LinhaGuiaHanseniase.pdf>>. Acesso em: 04 mai. 2015.

_____. **Atenção à saúde do adulto: HIV/AIDS**. Belo Horizonte, 2006b. 68p. Disponível em:<<http://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/LinhaGuiaHIVAIDS.pdf>>. Acesso em: 04 mai. 2015.

_____. **Atenção à saúde do adulto: tuberculose**. Belo Horizonte, 2006c. 144p. Disponível em:<<http://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/LinhaGuiaTuberculose2006.pdf>>. Acesso em: 04 mai. 2015.

_____. **Atenção à saúde do idoso**. Belo Horizonte, 2006d. 186p. Disponível em:<<http://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/LinhaGuiaSaudeIdoso.pdf>>. Acesso em: 04 mai. 2015.

_____. **Linha-guia de Atenção à Saúde: dengue**. Belo Horizonte, 2009. 103p. Disponível em:<http://www.saude.mg.gov.br/images/anexos/linha_guia/Linha_Guia-Dengue.pdf>. Acesso em: 04 mai. 2015.

_____. **Linha-guia de hipertensão arterial sistêmica, diabetes mellitus e doença renal crônica**. Belo Horizonte, 2013. 203p. Disponível

em:<http://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/guia_de_hipertensao.pdf>.

Acesso em: 04 mai. 2015.

MIRANDA, L.C.V. et al. Sistematização da assistência de enfermagem na atenção primária à saúde: um relato de experiência. **Revista de enfermagem UFPE**, Recife, v. 7, n. 1, p.295-301, 2013.

MOI, G. P. et al. Diagnóstico de saúde das famílias cadastradas na estratégia de saúde da família em Cuiabá, no período de dezembro de 2010. **Connection Line**, Mato Grosso, n.7, p.25-36, 2012.

MONTALVO, I. The National Database of Nursing Quality Indicators (NDNQI). **Online Journal of Issues in Nursing**, Silver Spring, v.12, n.3, manuscript 2, 2007. Disponível

em:<<http://www.nursingworld.org/MainMenuCategories/ANAMarketplace/ANAPeriodicals/OJIN/TableofContents/Volume122007/No3Sept07/NursingQualityIndicators.htm>>. Acesso em: 06 ago. 2014.

MOURA, G. M. S. S. et al. Construção e implantação de dois indicadores de qualidade assistencial de enfermagem. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 30, n.1, p. 136-40, 2009.

NATIONAL HEALTH SYSTEM OF UNITED KINGDOM. Department of Health. **The NHS outcomes framework 2011/12**. 2010. Disponível

em:<https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/213789/dh_123138.pdf>. Acesso em: 25 jan. 2015.

NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CARE EXCELLENCE. Health and Social Care Directorate. **Indicators process guide**. Manchester, 2014. Disponível em:<<http://www.nice.org.uk/media/default/Standards-and-indicators/CCG-OIS/Indicators-process-guide-2014.pdf>>. Acesso: 30 jan. 2015.

NATIONAL MENTAL HEALTH PERFORMANCE SUBCOMMITTEE. **Key performance indicators for australian public mental health services**. 2. ed.

Sidney, 2011. Disponível

em:<http://amhocn.org/static/files/assets/b5b51e47/KPIs_2011.pdf>. Acesso: 21 jan. 2015.

NATIONAL QUALITY FORUM (NQF). **National voluntary consensus standards for nursing sensitive care: an initial performance measure set**. Washington, 2004. Disponível em:

<http://www.qualityforum.org/Publications/2004/10/Nursing_Sensitive_04_full.aspx>. Acesso: 16 fev. 2015.

_____. **Phrase book**: a plain language guide to NQF jargon. Washington, 2013a.

Disponível em:<<http://public.qualityforum.org/NQFDocuments/Phrasebook.pdf>>.

Acesso: 21 jan. 2015.

_____. **Measure evaluation criteria and guidance summary tables**. Washington, 2013b. Disponível em:

<http://www.qualityforum.org/Measuring_Performance/Submitting_Standards/2013_Measure_Evaluation_Criteria_and_Guidance_on_Evaluation.aspx>. Acesso: 16 fev. 2015.

_____. **The ABCs of measurement**. Washington, 2015a. Disponível

em:<https://www.qualityforum.org/Measuring_Performance/ABCs/ABCs_of_Measurement.aspx>. Acesso: 21 jan. 2015.

_____. **Measure type**. Washington, 2015b. Disponível

em:<<http://www.qualityforum.org/QPS>>. Acesso: 31 jan. 2015.

NURSING QUALITY INDICATORS FOR REPORTING AND EVALUATION (NQIRE). **NQIRE Communiqué #3**. Ontario, 2013. Disponível

em:<http://rnao.ca/sites/rnao-ca/files/NQIRE_Communique_August_2013.pdf>.

Acesso: 24 fev. 2015.

OMRAM, A.R. The epidemiologic transition: a theory of the epidemiology of population change. **The Milbank Quarterly**, New York, v. 83, n. 4, p.731-57, 2005.

Disponível em:<file:///C:/Users/user/Downloads/milq0083-0398.pdf>. Acesso: 26 jan. 2015.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS). Rede Interagencial de Informação para a Saúde. **Indicadores básicos para a saúde no Brasil**: conceitos e aplicações. 2. ed. Brasília, DF, 2008.

ORGANISATION FOR ECONOMIC CO-OPERATION AND DEVELOPMENT (OECD). Governing regional development policy. **The use of performance indicators**. Paris, 2009. Disponível em:<http://www.planejamento.gov.br/secretarias/upload/Arquivos/seges/arquivos/OCDE2011/OECD_Governing_Policy.pdf>. Acesso em: 05 ago. 2014.

_____. **Health care quality indicators**. Paris, 2015a. Disponível em:<<http://www.oecd.org/els/health-systems/health-care-quality-indicators.htm>>. Acesso em: 25 jan. 2015.

_____. **Health care quality indicators**: primary care. Paris, 2015b. Disponível em:<<http://www.oecd.org/els/health-systems/health-care-quality-indicators.htm>>. Acesso em: 25 jan. 2015.

PAIM, J. et al. O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. **Lancet**, p.11-31, 2011. Disponível: <<http://download.thelancet.com/flatcontentassets/pdfs/brazil/brazilpor1.pdf>>. Acesso em: 12 jan. 2015.

PASKULIN, L.M.G.; VALER, D.B.; VIANNA, L.A.C. Utilização e acesso de idosos a serviços de atenção básica em Porto Alegre (RS, Brasil). **Ciência & saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.16, n.6, p.2935-44, 2011.

PAULA, M. et al. Características do processo de trabalho do enfermeiro da Estratégia de Saúde da Família. **Revista Mineira de Enfermagem**, Belo Horizonte, v.18, n.2, p. 454-62, 2014.

PILGER, C.; MENON, M.U.; MATHIAS, T.A.F. Utilização dos serviços de saúde por idosos vivendo na comunidade. **Revista de Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v.47, n.1, p.213-20, 2013.

PILGER, C. et al. Compreensão sobre o envelhecimento e ações desenvolvidas pelo enfermeiro na atenção primária à saúde. **Ciência y Enfermería**, Concepción, v.19, n.1, p.61-73, 2013.

PINHEIRO, G.M.L; ALVAREZ, A.M; PIRES, D.E.P. A configuração do trabalho da enfermeira na atenção ao idoso na Estratégia de Saúde da Família. **Ciência & saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.17, n.8, p. 2105-15, 2012.

POTTER, P.A. Liderança, delegação e gestão de qualidade. In: _____. **Fundamentos de enfermagem**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2004. p.55-73.

PREFEITURA DE UBERABA. Secretaria Municipal de Saúde. Sistema de Informação de Atenção Básica. **Consolidação das famílias cadastradas do ano de 2015**. Uberaba, 2015. Disponível em: <<http://datasus.gov.br>>. Acesso em: 17 nov. 2015.

PROADESS: avaliação de desempenho do sistema de saúde brasileiro: indicadores para monitoramento: relatório final. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; ICICT, 2011. Disponível em: <http://www.proadess.icict.fiocruz.br/SGDP-RELATORIO_FINAL%20_com_sumario_atualizadorev%202014.pdf>. Acesso: 01 set. 2015.

PROGRAMA DE QUALIDADE HOSPITALAR (CQH). **Manual de indicadores de enfermagem NAGEH**. São Paulo: Associação Paulista de Medicina; Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, 2006. 40p.

RADIGONDA, B. et al. Avaliação do acompanhamento de pacientes adultos com hipertensão arterial e ou diabetes melito pela Estratégia Saúde da Família e identificação de fatores associados, Cambé-PR, 2012. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 25, n. 1, p.115-126, 2016.

REIS, C.T.; MARTINS, M.; LAGUARDIA, J. A segurança do paciente como dimensão da qualidade do cuidado de saúde: um olhar sobre a literatura. **Ciência & saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.18, n.7, p.2029-36, 2013.

RIVAS, F.J.P. et al. Implementation and evaluation of the nursing process in primary health care. **International Journal of Nursing Knowledge**, Malden, v.23, n.1, p.18-28, 2012.

ROCHA, F.C.V et al. O cuidado do enfermeiro ao idoso na Estratégia Saúde da Família. **Revista enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v.19, n.2, p.186-91, 2011.

RODRIGUES, E. M.; NASCIMENTO, R. G. DO; ARAÚJO, A. Prenatal care protocol: actions and the easy and difficult aspects dealt by Family Health Strategy nurses. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v.45, n.5, p.1041-7, 2011.

RODRIGUES, L. R. et al. Qualidade de vida de idosos com indicativo de depressão: implicações para a enfermagem. **Revista Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v.20, n.6, p.777-83, 2013.

ROECKER, S., NUNES, E.F.P.A., MARCON, S.S. O trabalho educativo do enfermeiro na Estratégia Saúde da Família. **Texto & Contexto de Enfermagem**, Florianópolis, v.22, n.1, p.157-65, 2013.

ROMANO, P.S.; HUSSEY, P.; RITLEY, D. **Selecting quality and resource use measures**: a decision guide for community quality collaboratives. Rockville: Agency for Healthcare Research and Quality, 2010. (AHRQ Publication: 09(10)-0073).

ROSSANEIS, M.A. et al. Indicadores de qualidade utilizados nos serviços de enfermagem de hospitais de ensino. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, v.16, n.4, p.769-76, 2014.

ROTH, C.P. et al. Nurse care manager contribution to quality of care in a dual-eligible special needs plan. **Journal of gerontological nursing**, Thorofare, v.38, n.7, p.44-54, 2012.

ROWAN, M. S. Logic models in primary care reform: navigating the evaluation. **Canadian Journal of Program Evaluation**, Toronto, v. 15, n. 2, p. 81-92, 2000.

RUBIO, D.M. et al. Objectifying content validity: conducting a content validity study in social work research. **Social Work Research**, v.27, n.2, p. 94-111, 2003.

SALEH, S. et al. Quality of care in primary health care settings in the Eastern Mediterranean region: a systematic review of the literature. **International Journal for Quality in Health Care**, Oxford, v.27, n.2, p.79-88, 2015.

SANNA, M.C. Os processos de trabalho em Enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v.60, n.2, p. 221-4, 2007.

SANTOS, D.C.; FERREIRA, J.B.B. O prontuário da família na perspectiva da coordenação da atenção à saúde. **Physis**, Rio de Janeiro, v.22, n.3, p.1121-37, 2012.

SANTOS, M.C.; RENNÓ, C.S.N. Indicadores de qualidade da assistência de enfermagem em centro cirúrgico: revisão integrativa da literatura. **Revista de Administração em Saúde**, São Paulo, v.15, n.58, p. 27-36, 2013.

SANTOS, T.R. et al. Indicadores para avaliação da qualidade de programas de prevenção de risco ocupacional de tuberculose: São viáveis?. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.24, p. e2695-, jan. 2016. Disponível em: <<http://periodicos.usp.br/rlae/article/view/117349>>. Acesso em: 15 nov. 2016.

SATURNO, P.J. **Como definimos calidad. Opciones y características de los diversos enfoques y su importancia para los programas de gestion de la calidad**. 2. ed. Murcia: Universidad de Murcia, 2008.

SCOTLAND. National Health System Scotland. **Leading Better Care**: report of the Senior Charge Nurse Review and Clinical Quality Indicators Project. Edinburgh: Scottish Government, 2008. 38p. Disponível em:<<http://www.gov.scot/resource/doc/225218/0060938.pdf>>. Acesso em: 24 fev. 2015.

SERVIÇO SOCIAL DA INDÚSTRIA (SESI). Departamento Regional do Estado do Paraná. **Construção e análise de indicadores**. Curitiba, 2010. 108p.

SHROUT, P.E. Measurement reliability and agreement in psychiatry. **Statistical methods in medical research**, London, v.7, n.3, p.301-17, 1998.

SILVA, C.S.O. et al. Qualificação de enfermeiros em saúde da família e qualidade da atenção na ótica de usuários. **Ciência, Cuidado e Saúde**, Maringá, v.4, n.3, p.1251-58, 2015.

SILVA, L.M.S. et al. Trabalho interdisciplinar na estratégia saúde da família: enfoque nas ações de cuidado e gerência. **Revista de enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v. 20, n. esp. 2, p.784-8, 2012.

SPAGNUOLO, R.S. et al. O enfermeiro e a estratégia saúde da família: desafios em coordenar a equipe multiprofissional. **Ciência, cuidado e saúde**, Maringá, v.11, n.2, p. 226-34, 2012.

STARFIELD, B. **Atenção primária**: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO; Ministério da Saúde, 2002. 726p.

TAMAKI, E.M. et al. Metodologia de construção de um painel de indicadores para o monitoramento e a avaliação da gestão do SUS. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.17, n.4, p. 839-49, 2012.

TEIXEIRA, J.D.R. et al. A elaboração de indicadores de qualidade da assistência de enfermagem nos períodos puerperal e neonatal. **Revista de Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v.14, n.2, p. 271-9, 2006.

TEIXEIRA, S.M.F. Reorientação da assistência medica previdenciária: um passo adiante ou dois atrás?. **Revista de administração pública**, São Paulo, v.19, n.1, p.48-50, 1985. Disponível em:<<http://bibliotecadigital.fgv.br/ojs/index.php/rap/article/viewFile/10372/9364>>. Acesso em: 06 out. 2014.

TRONCHIN, D.M.R.; MELLEIRO, M.M.; TAKAHASHI, R.T. A qualidade e a avaliação dos serviços de saúde e de enfermagem. In: KURCGANT, P. (Org.). **Gerenciamento em enfermagem**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2010. p.71-83.

UNIVERSITY OF NEW SOUTH WALES. Centre for Clinical Governance Research in Health. **Clinical indicators**: a comprehensive review of the literature. Austrália; 2009. 104p. Disponível em:<http://www.health.vic.gov.au/clinicalengagement/downloads/pasp/literature_review_clinical_indicators.pdf>. Acesso: 19 jan. 2015.

URSI, E. S. **Prevenção de lesões de pele no perioperatório**: revisão integrativa da literatura. 2005. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2005.

VASCONCELOS, A.M.N.; GOMES, M.M.F. Transição demográfica: a experiência brasileira. **Epidemiologia e serviços de saúde**, Brasília, v.21, n.4, p. 539-48, 2012.

VIACAVA, F. et al . Avaliação de Desempenho de Sistemas de Saúde: um modelo de análise. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.17, n.4, p. 921-34, 2012.

VIRTURI, D.W.; ÉVORA, Y.D.M. Fidedignidade de indicadores de qualidade do cuidado de enfermagem: testando a concordância e confiabilidade interavaliadores. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.22, n.2, p.234-40, 2014.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Quality of care**: a process for making strategic choices in health systems. Geneva 2006. Disponível em:<http://www.who.int/management/quality/assurance/qualitycare_b.def.pdf>. Acesso em: 15 jan. 2015.

ZACHARIAS, F.C.M. Et al. Avaliação de estrutura e processo na atenção em diabetes mellitus. **Medicina**, Ribeirão Preto, v.49, n.2, p.134-42, 2016.

Formulário de Avaliação do Painei¹

Nome do Indicador: _____ Cód.: _____

Subdimensão: _____

ITENS A SEREM AVALIADOS	Nem um pouco									Comentários
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	
1-Validade de face										
1.a. O quanto este indicador é importante para a saúde do idoso atendido pelo enfermeiro?										
2-Terminologia										
2.a. O quanto este indicador está claramente redigido?										
3-Necessidade										
3.a. O quanto este indicador é necessário? (Entenda-se por necessário que o indicador deve ser incluído na lista final, pois é indispensável para avaliação da qualidade da assistência de enfermagem ao idoso na atenção primária.)										

¹ Adaptado de:NATIONAL QUALITY FORUM. **Measure evaluation criteria and guidance summary tables**. 2013. Disponível em: <http://www.qualityforum.org/Measuring_Performance/Submitting_Standards/2013_Measure_Evaluation_Criteria_and_Guidance_on_Evaluation.aspx>.

Acesso: 16 fev 2015.

AGENCY FOR HEALTHCARE RESEARCH AND QUALITY (AHRQ). Center For Health Policy/Center For Primary Care and Outcomes Research & Battelle Memorial Institute. **Quality indicator measure development, implementation, maintenance, and retirement**. 2011. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality. Disponível em: <http://qualityindicators.ahrq.gov/Downloads/Resources/Publications/2011/QI_Measure_Development_Implementation_Maintenance_Retirement_Full_5-3-11.pdf>. Acesso: 16 fev 2015.

4- Validade de conteúdo*	Não representativo		Representativo		Comentários
	1	2	3	4	
4.a. O quanto este indicador de qualidade da assistência de enfermagem ao idoso é representativo, ou seja, reflete o conceito da sua respectiva subdimensão, considerando as definições abaixo?					

*Definições teóricas para validade de conteúdo (Subdimensões) (VIACAVA et al., 2012)		Representatividade
Efetividade: é o grau em que a assistência, os serviços e as ações atingem os resultados esperados.		1 = item não é representativo da definição teórica; 2 = item tem grande revisões para se tornar representativo; 3 = item necessita de pequenas revisões para se tornar representativo; 4 = item é representativo da definição teórica.
Acesso: capacidade de prover o cuidado e os serviços necessários, no momento certo e no lugar adequado.		
Eficiência: a relação entre o produto da intervenção de saúde e os recursos utilizados.		
Respeito aos direitos das pessoas: capacidade de assegurar que os serviços respeitem o indivíduo e a comunidade, e estejam orientados às pessoas.		
Aceitabilidade: grau em que os serviços de saúde ofertados estão de acordo com os valores e as expectativas dos usuários e da população.		
Continuidade: capacidade de prestar serviços de forma ininterrupta e coordenada entre diferentes níveis de atenção.		
Adequação: grau em que os cuidados prestados às pessoas estão baseados no conhecimento técnico-científico existente.		
Segurança: capacidade de identificar, evitar ou minimizar os potenciais riscos das intervenções em saúde e ambientais.		

5- Você sugere alterações para a definição deste indicador? Por favor, especifique as mudanças e justifique as alterações propostas.

Referência

VIACAVA, F. et al. Avaliação de desempenho de sistemas de saúde: um modelo de análise. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v.17, n.4, p.921-34, 2012.

AVALIAÇÃO SUMÁRIA E INDIVIDUAL DE CADA INDICADOR - PAINELISTA†

Nome do Indicador: _____ Cód.: _____

Subdimensão: _____

ITENS AVALIADOS	Nem um pouco Muito									Comentários
1-Validade de face										
1.a. O quanto este indicador é importante para a saúde do idoso atendido pelo enfermeiro?	1	2	3	4	5	6	7	8	9	
<i>Avaliação geral (nº de painelistas)</i>										
<i>Avaliação individual (*)</i>										
2-Terminologia										
2.a. O quanto este indicador está claramente redigido?	1	2	3	4	5	6	7	8	9	
<i>Avaliação geral (nº de painelistas)</i>										
<i>Avaliação individual (*)</i>										
3-Necessidade										
3.a. O quanto este indicador é necessário? (Entenda-se por necessário que o indicador deve ser incluído na lista final pois é indispensável para avaliação da qualidade)	1	2	3	4	5	6	7	8	9	

† Adaptado de:

AGENCY FOR HEALTHCARE RESEARCH AND QUALITY (AHRQ). Center For Health Policy/Center For Primary Care and Outcomes Research & Battelle Memorial Institute. **Quality indicator measure development, implementation, maintenance, and retirement**. 2011. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality. Disponível em: <http://qualityindicators.ahrq.gov/Downloads/Resources/Publications/2011/QI_Measure_Development_Implementation_Maintenance_Retirement_Full_5-3-11.pdf>. Acesso: 16 fev 2015.

NATIONAL QUALITY FORUM. **Measure evaluation criteria and guidance summary tables**. 2013. Disponível em: <http://www.qualityforum.org/Measuring_Performance/Submitting_Standards/2013_Measure_Evaluation_Criteria_and_Guidance_on_Evaluation.asp>. Acesso: 16 fev 2015.

da assistência ao idoso na atenção primária.)										
Avaliação geral (nº de painelistas)										
Avaliação individual (*)										

4- Validade de conteúdo*	Não representativo		Representativo		Comentários
	1	2	3	4	
O quanto este indicador de qualidade da assistência de enfermagem ao idoso é representativo, ou seja, reflete o conceito da sua respectiva subdimensão, considerando as definições abaixo?					
Avaliação geral (nº de painelistas)					
Avaliação individual (*)					

Definições teóricas para validade de conteúdo (Subdimensões) (VIACAVA et al., 2012 [‡])	Representatividade
Efetividade: é o grau em que a assistência, os serviços e as ações atingem os resultados esperados.	1 = item não é representativo da definição teórica; 2 = item tem grande revisões para se tornar representativo; 3 = item necessita de pequenas revisões para se tornar representativo; 4 = item é representativo da definição teórica.
Acesso: capacidade de prover o cuidado e os serviços necessários, no momento certo e no lugar adequado.	
Eficiência: a relação entre o produto da intervenção de saúde e os recursos utilizados.	
Respeito aos direitos das pessoas: capacidade de assegurar que os serviços respeitem o indivíduo e a comunidade, e estejam orientados às pessoas.	
Aceitabilidade: grau em que os serviços de saúde ofertados estão de acordo com os valores e as expectativas dos usuários e da população.	
Continuidade: capacidade de prestar serviços de forma ininterrupta e coordenada entre diferentes níveis de atenção.	
Adequação: grau em que os cuidados prestados às pessoas estão baseados no conhecimento técnico-científico existente.	
Segurança: capacidade de identificar, evitar ou minimizar os potenciais riscos das intervenções em saúde e ambientais.	

[‡] VIACAVA, F. et al. Avaliação de desempenho de sistemas de saúde: um modelo de análise. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v.17, n.4, p.921-34, 2012.

AVALIAÇÃO SUMÁRIA E INDIVIDUAL DE CADA INDICADOR - MODERADOR[§]

Nome do Indicador:

Cód.:

Subdimensão:

ITENS AVALIADOS	Nem um pouco									Muito		Comentários	
												Mediana=	Apropriado
1-Validade de face													
1.a. O quanto este indicador é importante para a saúde do idoso atendido pelo enfermeiro?	1	2	3	4	5	6	7	8	9				
Avaliação geral (nº de painelistas)													
Avaliação individual do painalista (*)													
ESF1													
ESF2													
ESF3													
COFEn													
Departamento de Enfermagem Gerontológica/ABEn													
Enfermeira que atuou no Ministério da Saúde													
Pesquisador 1													
Pesquisador 2													

§ Adaptado de:

NATIONAL QUALITY FORUM. **Measure evaluation criteria and guidance summary tables**. 2013. Disponível em: <http://www.qualityforum.org/Measuring_Performance/Submitting_Standards/2013_Measure_Evaluation_Criteria_and_Guidance_on_Evaluation.aspx>. Acesso: 16 fev 2015.

AGENCY FOR HEALTHCARE RESEARCH AND QUALITY (AHRQ). Center For Health Policy/Center For Primary Care and Outcomes Research & Battelle Memorial Institute. **Quality indicator measure development, implementation, maintenance, and retirement**. 2011. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality. Disponível em: <http://qualityindicators.ahrq.gov/Downloads/Resources/Publications/2011/QI_Measure_Development_Implementation_Maintenance_Retirement_Full_5-3-11.pdf>. Acesso: 16 fev 2015.

Pesquisador 3									X	
2-Terminologia										Mediana=
2.a. O quanto este indicador está claramente redigido?	1	2	3	4	5	6	7	8	9	
Avaliação geral (nº de painelistas)										
Avaliação individual do painalista (*)										
ESF1										
ESF2										
ESF3										
COFEn										
Departamento de Enfermagem Gerontológica/ABEn										
Enfermeira que atuou no Ministério da Saúde										
Pesquisador 1										
Pesquisador 2										
Pesquisador 3										
3-Necessidade										Mediana=
3.a. O quanto este indicador é necessário? (Entenda-se por necessário que o indicador deve ser incluído na lista final, pois é indispensável para avaliação da qualidade da assistência ao idoso na atenção primária.)	1	2	3	4	5	6	7	8	9	
Avaliação geral (nº de painelistas)										
Avaliação individual do painalista (*)										
ESF1										
ESF2										
ESF3										
COFEn										
Departamento de Enfermagem Gerontológica/ABEn										
Enfermeira que atuou no Ministério da Saúde										
Pesquisador 1										
Pesquisador 2										
Pesquisador 3										

4- Validade de conteúdo* CVI=	Não representativo		Representativo		Comentários
	1	2	3	4	
O quanto este indicador de qualidade da assistência de enfermagem ao idoso é representativo, ou seja, reflete o conceito da sua respectiva subdimensão, considerando as definições abaixo?					
Avaliação geral (nº de painelistas)					
Avaliação individual do painalista (*)					
ESF1					
ESF2					
ESF3					
COFEn					
Departamento de Enfermagem Gerontológica/ABEn					
Enfermeira que atuou no Ministério da Saúde					
Pesquisador 1					
Pesquisador 2					
Pesquisador 3					

*Definições teóricas para validade de conteúdo (Subdimensões) (VIACAVA et al., 2012)	Representatividade
Efetividade: é o grau em que a assistência, os serviços e as ações atingem os resultados esperados.	1 = item não é representativo da definição teórica; 2 = item tem grande revisões para se tornar representativo; 3 = item necessita de pequenas revisões para se tornar representativo; 4 = item é representativo da definição teórica.
Acesso: capacidade de prover o cuidado e os serviços necessários, no momento certo e no lugar adequado.	
Eficiência: a relação entre o produto da intervenção de saúde e os recursos utilizados.	
Respeito aos direitos das pessoas: capacidade de assegurar que os serviços respeitem o indivíduo e a comunidade, e estejam orientados às pessoas.	
Aceitabilidade: grau em que os serviços de saúde ofertados estão de acordo com os valores e as expectativas dos usuários e da população.	
Continuidade: capacidade de prestar serviços de forma ininterrupta e coordenada entre diferentes níveis de atenção.	
Adequação: grau em que os cuidados prestados às pessoas estão baseados no conhecimento técnico-científico existente.	
Segurança: capacidade de identificar, evitar ou minimizar os potenciais riscos das intervenções em saúde e ambientais.	

5. Você sugere alterações para a definição deste indicador? Por favor, especifique as mudanças e justifique as alterações propostas.

Painalista	
ESF1	
ESF2	

ESF3	
COFEn	
Departamento de Enfermagem Gerontológica/AB En	
Enfermeira que atuou no Ministério da Saúde	
Pesquisador 1	
Pesquisador 2	
Pesquisador 3	

ANEXO 4

Caro painelista,

obrigado por participar do nosso estudo. Como um favor final, solicitamos que preencha este questionário sobre a sua experiência como participante de um painel** de adequação. Para cada item, por favor, marque X no número adequado ou preencha o espaço em branco. Se você tiver quaisquer comentários ou sugestões, por favor, anote-os ao final.

Item	Nenhum	Um pouco	Mais ou menos	Bastante	Muito
	1	2	3	4	5
Classificações da rodada zero					
O quanto você achou esta tarefa relevante?					
Quão claras foram as instruções?					
Classificações primeira rodada (antes da reunião)					
O quanto você achou esta tarefa fácil?					
O quanto você achou esta tarefa onerosa?					
Quão claras foram as instruções?					
Quanto inconsistente você acredita que foi? (devido aos efeitos da fadiga, memória, tempos diferentes para avaliar, o formato do instrumento, etc.)					
Quantas horas você demorou em concluir todas as avaliações?	____ Horas.				
Reunião de painel					
Quão bem o moderador executou a função de líder de grupo?					
Quão informativa foi a discussão?					
Quão argumentativa foi a discussão?					
O quanto o <i>feedback</i> das classificações da primeira rodada influenciou suas pontuações na segunda rodada?					
O quanto a discussão influenciou a sua classificação na segunda rodada?					

** Adaptado de Fitch, K. et al. **The RAND/UCLA Appropriateness Method User's Manual**. Santa Monica (CA): RAND Corporation; 2001. Disponível em: http://www.rand.org/content/dam/rand/pubs/monograph_reports/2011/MR1269.pdf. Acesso em: 02 mar 2015.

Impressões gerais da sua experiência					
Quão você acredita que suas pontuações refletem a adequação dos indicadores de qualidade da assistência de enfermagem ao idoso na atenção primária?					
Quão você acredita que as classificações do painel irão refletir na adequação dos indicadores de qualidade da assistência de enfermagem ao idoso na atenção primária?					
Quanto você acredita que este processo de painel pode levar a um conjunto de recomendações para o estabelecimento de indicadores de qualidade da assistência de enfermagem ao idoso na atenção primária?					
Quão gratificante você achou participar neste painel?					
Como foi a sua participação neste painel comparada a suas expectativas?	Muito pior	Pior	Igual	Melhor	Muito melhor

Comentários: _____

ANEXO 5

AVALIAÇÃO DA VIABILIDADE – OBSERVADOR^{††}

1.a. Os dados para compor este indicador estão prontamente disponíveis ou podem ser capturados sem encargos excessivos?

1-sim

2-não

Comentários:

1.b. Quais foram as dificuldades relacionadas à coleta dos dados?

1.c. Este indicador é viável de ser mensurado no contexto da atenção primária brasileira?

1.d. Qual é a sua avaliação geral sobre a viabilidade de coleta dos dados?

1	2	3	4	5	6	7	8	9
Uso altamente desencorajado					Uso altamente recomendado			

^{††} Adaptado de:

AGENCY FOR HEALTHCARE RESEARCH AND QUALITY (AHRQ). Center For Health Policy/Center For Primary Care and Outcomes Research & Battelle Memorial Institute. **Quality indicator measure development, implementation, maintenance, and retirement**. 2011. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality. Disponível em: <http://qualityindicators.ahrq.gov/Downloads/Resources/Publications/2011/QI_Measure_Development_Implementation_Maintenance_Retirement_Full_5-3-11.pdf>. Acesso: 16 fev 2015.

NATIONAL QUALITY FORUM. **Measure evaluation criteria and guidance summary tables**. 2013. Disponível em: <http://www.qualityforum.org/Measuring_Performance/Submitting_Standards/2013_Measure_Evaluation_Criteria_and_Guidance_on_Evaluation.aspx>. Acesso: 16 fev 2015.

ANEXO 6

Avaliação da Utilidade e usabilidade– Gestores de Saúde^{##}

1. Este indicador pode ser útil para informar sobre a qualidade da assistência de enfermagem ao idoso na atenção primária?

1.()Sim 2.()Não

Comentários:

2. Este indicador pode ser útil para determinar o recebimento de incentivos financeiros (ex. PMAQ) pelo desempenho da equipe ou unidade de saúde na atenção primária?

1.()Sim 2.()Não

Comentários:

3. Qual é a sua avaliação geral sobre a utilidade (uso) deste indicador para comparar os relatórios públicos entre as ESFs?

1	2	3	4	5	6	7	8	9
Uso altamente desencorajado					Uso altamente recomendado			

Por favor, apresente as razões para atribuir a classificação geral acima.

4. Qual é a sua avaliação geral sobre a utilidade (uso) deste indicador para relatórios públicos ao nível das áreas geográficas (estados, municípios, cidades, bairros)?

1	2	3	4	5	6	7	8	9
Uso altamente desencorajado					Uso altamente recomendado			

Por favor, apresente as razões para atribuir a classificação geral acima.

^{##} Adaptado de:

AGENCY FOR HEALTHCARE RESEARCH AND QUALITY (AHRQ). Center For Health Policy/Center For Primary Care and Outcomes Research & Battelle Memorial Institute. **Quality indicator measure development, implementation, maintenance, and retirement**. 2011. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality. Disponível em: <http://qualityindicators.ahrq.gov/Downloads/Resources/Publications/2011/QI_Measure_Development_Implementation_Maintenance_Retirement_Full_5-3-11.pdf>. Acesso: 16 fev 2015.

NATIONAL QUALITY FORUM. **Measure evaluation criteria and guidance summary tables**. 2013. Disponível em: <http://www.qualityforum.org/Measuring_Performance/Submitting_Standards/2013_Measure_Evaluation_Criteria_and_Guidance_on_Evaluation.aspx>. Acesso: 16 fev 2015.

ANEXO 7

Modelo de ficha de especificações finais do indicador^{ss}

Nome do indicador:	
Definição:	
Interpretação:	
Método de cálculo:	
Fonte dos dados:	
Valor de referência:	
Subdimensão(s):	
Referências:	
Limitações:	
Observação(s):	

Questões adicionais a considerar

Análises empíricas

Pontos fortes

Pontos fracos

Recomendações para fortalecimento do indicador

^{ss} Adaptado de:

AGENCY FOR HEALTHCARE RESEARCH AND QUALITY (AHRQ). Center For Health Policy/Center For Primary Care and Outcomes Research & Battelle Memorial Institute. **Quality indicator measure development, implementation, maintenance, and retirement**. 2011. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality. Disponível em: <http://qualityindicators.ahrq.gov/Downloads/Resources/Publications/2011/QI_Measure_Development_Implementation_Maintenance_Retirement_Full_5-3-11.pdf>. Acesso: 16 fev 2015.

NATIONAL QUALITY FORUM. **Measure evaluation criteria and guidance summary tables**. 2013. Disponível em: <http://www.qualityforum.org/Measuring_Performance/Submitting_Standards/2013_Measure_Evaluation_Criteria_and_Guidance_on_Evaluation.aspx>. Acesso: 16 fev 2015.

VIACAVA, F. et al. *Proadess: Avaliação de Desempenho do Sistema de Saúde Brasileiro: indicadores para monitoramento*. [página na Internet]. Relatório final, 2011. Disponível em: http://www.proadess.iciet.fiocruz.br/SGDP-RELATORIO_FINAL%20com_sumario_atualizadorev%202014.pdf. Acesso: 01 Set 2015.

CNS DO PROFISSIONAL*	CBO*	CNES*	INE*	DATA*
____	____-____	____	____	
CNS DO PROFISSIONAL	CBO	CNES	INE	/ /
____	____-____	____	____	

[illegible]

Nº		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13		
Problema/ Condição avaliada *	Doenças transmissíveis	Tuberculose	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
		Hanseníase	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
		Dengue	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
		DST	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
	Rastreio	Câncer do colo do útero	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
		Câncer de mama	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
		Risco cardiovascular	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
	Outros	CIAP-2														
		CIAP-2														
		CID-10														
CID-10																
Exames solicitados (S) e avaliados (A)	Colesterol total	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	
	Creatinina	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	
	EAS/EQU	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	
	Eletrcardiograma	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	
	Eletrforese de hemoglobina	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	
	Espirometria	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	
	Exame de escarro	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	
	Glicemia	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	
	HDL	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	
	Hemoglobina glicada	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	
	Hemograma	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	
	LDL	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	
	Retinografia/Fundo de olho com oftalmologista	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	
	Sorologia de sífilis (VDRL)	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	
	Sorologia para dengue	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	
	Sorologia para HIV	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	
	Teste indireto de antiglobulina humana (TIA)	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	
	Teste de gravidez	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	
	Ultrassonografia obstétrica	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	
	Urocultura	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	
	Triagem neonatal	Teste da orelhinha (EOA)	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A
		Teste do olhinho (TRV)	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A
		Teste do pezinho	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A
	Outros (código do SIGTAP)		S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A
			S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A
			S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A
			S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A
	Ficou em Observação?		SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO
	Nas/Polo	Avaliação/Diagnóstico	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
		Procedimentos Clínicos/Terapêutico	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
Prescrição terapêutica		☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐		
Condução/Desfecho *	Retorno para consulta agendada	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐		
	Retorno p/ cuidado continuado/programado	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐		
	Agendamento para grupos	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐		
	Agendamento p/ NASF	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐		
	Alta do episódio	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐		
	Encaminhamento	Encaminhamento interno no dia	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
		Encaminhamento p/ serviço especializado	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
		Encaminhamento p/ CAPS	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
		Encaminhamento p/ internação hospitalar	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
		Encaminhamento p/ urgência	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
Encaminhamento p/ serviço de Atenção Domiciliar		☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐		
Encaminhamento intersetorial	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐			

Legenda: ☐ Opção múltipla de escolha ☐ Opção única de escolha (marcar X na opção desejada)

Local de Atendimento: 01 - UBS 02 - Unidade móvel 03 - Rua 04 - Domicílio 05 - Escola/Creche 06 - Outros 07 - Polo (Academia da Saúde)

08 - Instituição/Abriço 09 - Unidade prisional ou congêneres 10 - Unidade socioeducativa **Aleitamento materno:** 01 - Exclusivo 02 - Predominante

03 - Complementado 04 - Inexistente **Racionalidade em saúde:** 01 - Medicina Tradicional Chinesa 02 - Antroposofia Aplicada à Saúde

03 - Homeopatia 04 - Fitoterapia 05 - Ayurveda 06 - Outra (caso a racionalidade utilizada seja a Alopática/Convencional, deixar este campo em branco)

Modalidade de AD: destinada a usuários com dificuldade ou impossibilidade física de locomoção até uma unidade de saúde. AD1: usuários que necessitam de cuidados de menor intensidade, devendo ser acompanhados regularmente pela equipe de Atenção Básica. AD2: usuários que necessitam de cuidado intensivo, com visitas, no mínimo, semanais. AD3: usuários com os critérios de AD2 somados ao uso de suporte ventilatório não invasivo, ou paracentese, ou diálise peritoneal.

* Campo obrigatório

Fonte: BRASIL. Ministério da Saúde. e-SUS Atenção Básica. Disponível em:

<http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/ficha_de_atendimento_individual.pdf>.

Acesso em: 11 Fev. 2017.

APÊNDICE 1

Of. xxx/2016/PROPPG/UFTM

Secretaria Municipal de Saúde de Uberaba (SMS)

Ao Sr. Secretário Marco Túlio Azevedo Cury

Assunto: Solicitação de autorização de pesquisa científica junto ao Departamento de Atenção Básica e Estratégia Saúde da Família (ESF).

Prezado Secretário,

1. Estamos desenvolvendo um Projeto de Pesquisa intitulado “*Indicadores de processo da qualidade da assistência de enfermagem ao idoso na atenção primária*” que visa construir e validar indicadores de processo da qualidade da assistência de enfermagem. Para tanto, seria necessário que pudéssemos contar com a colaboração de enfermeiros (da Estratégia Saúde da Família e do setor de monitoramento da atenção básica) e do diretor da Atenção Primária nas etapas desta pesquisa relacionadas a seguir e descritas nos métodos: especificação inicial dos indicadores candidatos; painel de revisão; avaliação da utilidade/usabilidade, coleta de dados em uma ESF sorteada (por meio de entrevista com o enfermeiro, técnicos/auxiliares de enfermagem e agentes comunitários de saúde bem como consulta aos documentos de controle da unidade como planilhas de registros de atendimento, dados do SIAB, e-SUS e prontuários dos idosos).
2. Assim, solicitamos junto a SMS a liberação destes profissionais para que eles possam participar da pesquisa. Será enviado ofício referente a cada etapa, especificando detalhadamente o processo de participação, conforme o desenvolvimento da pesquisa.
3. Ressaltamos o compromisso de repasse dos resultados finais desta pesquisa e colocamo-nos à disposição para eventuais dúvidas e/ou encontros para apresentação da proposta deste trabalho.
4. Desde já agradecemos a atenção e apoio oferecido pela Secretaria para realização desta pesquisa.

Atenciosamente,

Profa. Dra. Darlene Mara dos Santos Tavares

Coordenadora da pesquisa

Pró-Reitora de Pesquisa e Pós-Graduação da UFTM

Of. xxx/2015/PROPPG/UFTM

Secretaria Municipal de Saúde de Uberaba (SMS)

Ao Sr. Secretário Marco Túlio Azevedo Cury

Assunto: Solicitação de liberação de enfermeiros e gestor da Atenção Primária para participação em pesquisa científica.

Prezado Secretário,

5. Estamos desenvolvendo um Projeto de Pesquisa que visa construir indicadores de processo da qualidade da assistência de enfermagem ao idoso na atenção primária. Para tanto, seria necessário que pudéssemos contar com a colaboração dois enfermeiros (um da Estratégia Saúde da Família e um responsável pelo monitoramento da atenção básica) e o diretor da Atenção Primária para compor a equipe de trabalho que auxiliará na proposição dos possíveis indicadores.

6. Assim, solicitamos junto a SMS a liberação destes profissionais para que eles possam participar da pesquisa por meio da participação, a priori, em quatro reuniões com duração aproximada de duas horas.

7. Ressaltamos o compromisso de repasse dos resultados finais desta pesquisa e colocamo-nos à disposição para eventuais dúvidas e/ou encontros para apresentação da proposta deste trabalho.

8. Desde já agradecemos a atenção e apoio oferecido pela Secretaria para realização desta pesquisa.

Atenciosamente,

Profa. Dra. Darlene Mara dos Santos Tavares
Pró-Reitora de Pesquisa e Pós-Graduação da UFTM

APÊNDICE 2

Of. xxx/2015/PROPPG/UFTM

Secretaria Municipal de Saúde de Uberaba (SMS)

Diretora do Departamento de Atenção Básica

A Sra. Elaine Teles Vilela

Assunto: Solicitação de liberação de enfermeiros da Estratégia Saúde da Família e do monitoramento da atenção básica para participação em pesquisa científica.

Prezada Gestora,

1. Estamos desenvolvendo um Projeto de Pesquisa que visa construir indicadores de processo da qualidade da assistência de enfermagem ao idoso na atenção primária. Para tanto, seria necessário que pudéssemos contar com a colaboração de dois enfermeiros (um da Estratégia Saúde da Família e um responsável pelo monitoramento da atenção básica) para compor a equipe de trabalho que auxiliará na proposição dos possíveis indicadores.
2. Assim, solicitamos junto a SMS a liberação destes profissionais para que eles possam participar da pesquisa por meio da participação, em quatro reuniões com duração aproximada de duas horas.
3. Ressaltamos o compromisso de repasse dos resultados finais desta pesquisa e colocamo-nos à disposição para eventuais dúvidas e/ou encontros para apresentação da proposta deste trabalho.
4. Desde já agradecemos a atenção e apoio oferecido pela Secretaria para realização desta pesquisa.

Atenciosamente,

Profa. Dra. Darlene Mara dos Santos Tavares

Pró-Reitora de Pesquisa e Pós-Graduação da UFTM

APÊNDICE 3**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO (*equipe de trabalho*)**

Prezado (a) Senhor (a), solicito a sua participação no processo de validação de um instrumento que faz parte do estudo intitulado: **“INDICADORES DE PROCESSO DA QUALIDADE DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM AO IDOSO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA”**. O referido estudo tem como objetivo construir indicadores de processo da qualidade da assistência de enfermagem ao idoso na atenção primária. Sua participação, como membro da equipe técnica, ocorrerá por meio da discussão acerca das atribuições do enfermeiro na Atenção Primária e proposição de possíveis itens a serem considerados como indicadores de qualidade da assistência de enfermagem.

Eu, _____,
R.G.: _____, abaixo assinado, tendo recebido as informações acerca da pesquisa acima citada a qual tem como objetivo construir indicadores de resultado da qualidade da assistência de enfermagem ao idoso na atenção primária, e ter sido esclarecido (a) de que minha participação se resume discussão acerca das atribuições do enfermeiro na Atenção Primária e proposição de possíveis itens a serem considerados como indicadores de qualidade da assistência de enfermagem e, considerando os direitos a seguir relacionados de:

1. Retirar meu consentimento e participação a qualquer momento que considerar que possa trazer algum prejuízo à minha pessoa;
2. A segurança de que não serei identificado (a);
3. A minha participação na pesquisa não resultará em custos monetários à minha pessoa.

Concordo em participar do estudo.

Uberaba-MG, ____ de _____ de 2015.

Enfermeiro/ Diretor da Atenção Primária

Prof. Dr. Darlene Mara dos Santos Tavares
Coordenador da pesquisa

Contato: (34) 3318-5773 / 3318-5774.

APÊNDICE 4

RESUMO DO PROJETO PARA EQUIPE

A presente pesquisa decorre do interesse em investigar a assistência direcionada ao idoso na atenção primária. Ressalta-se que a atenção primária é um espaço privilegiado para a assistência de enfermagem considerando o grande contingente destes profissionais nas ESF. O enfermeiro é protagonista das ações neste local por suas responsabilidades quais sejam: planejar, gerenciar, coordenar, executar e avaliar (BRASIL, 2001) descritas também na Lei do Exercício Profissional (BRASIL, 1986).

Considerando a função de porta de entrada nos serviços de saúde (BRASIL, 2012a) a atenção primária deve ter qualidade. Salienta-se que diversas definições de qualidade apresentam certo conflito do conceito entre normas ou valores, por um lado, e a realidade cotidiana dos cuidados de saúde, de outro (HARTELOH, 2003).

Para o *National Quality Forum* (NQF) (2013) cuidados de saúde de alta qualidade referem-se aos serviços certos, na hora certa, e no caminho certo para atingir o melhor nível de saúde possível. Este será o conceito adotado para o presente pelo fato de ter como objeto o processo de prestação do cuidado e não o seu resultado para os indivíduos.

Nesse contexto, considerando as dimensões da qualidade da assistência (estrutura, processo e resultado) (DONABEDIAN, 1997) ressalta-se como foco deste estudo a avaliação de indicadores de processo da qualidade da assistência de enfermagem. O processo denota o que é realmente feito no cuidado ao indivíduo, bem como as atividades do profissional relacionadas ao diagnóstico, recomendação ou implementação do tratamento (DONABEDIAN, 1997).

Algumas organizações em saúde têm proposto indicadores de qualidade em saúde. No entanto, não foram encontrados indicadores relacionados a assistência de enfermagem ao idoso na atenção primária. No que concerne a literatura científica, as pesquisas dos últimos dez anos na área de qualidade da assistência de enfermagem na atenção primária têm demonstrando o uso de indicadores relacionados a: feridas, fim da vida e cuidados com o diabetes mellitus; saúde reprodutiva, materna e infantil; satisfação do paciente; asma e doença pulmonar obstrutiva crônica; depressão e processo de enfermagem (BETZ et al., 2004; CARLFJORD; LINDBERG, 2008; LEMLEY; MARKS, 2009; HASNA et al., 2010; MCILRATH et al., 2010; DAVIES et al., 2011; RIVAS et al., 2012). Apenas um estudo abordou condições geriátricas (ROTH et al., 2012).

Estes resultados indicam a escassez de estudos relacionados aos indicadores da qualidade da assistência de enfermagem na atenção primária. Destaca-se ainda a existência de indicadores sensíveis de enfermagem que identificam as estruturas de processos de atendimento e cuidados, os quais por sua vez, influenciam os resultados da assistência; são distintos e específicos para a enfermagem (MONTALVO, 2007).

Diante da lacuna relacionada a produção científica acerca da assistência de enfermagem na atenção primária à saúde do idoso, este estudo propõe a construção de indicadores de processo (DONABEDIAN, 1997), visando identificar as ações que o enfermeiro tem realizado e como tem sido a assistência de enfermagem a este grupo na atenção primária, ou seja, a natureza e a quantidade de cuidados de enfermagem (BOHOMOL, 2010) pautado nas publicações e documentos normativos que regem a atenção primária e/ou relacionados ao idoso neste espaço de atenção produzidos pelo Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde e pela

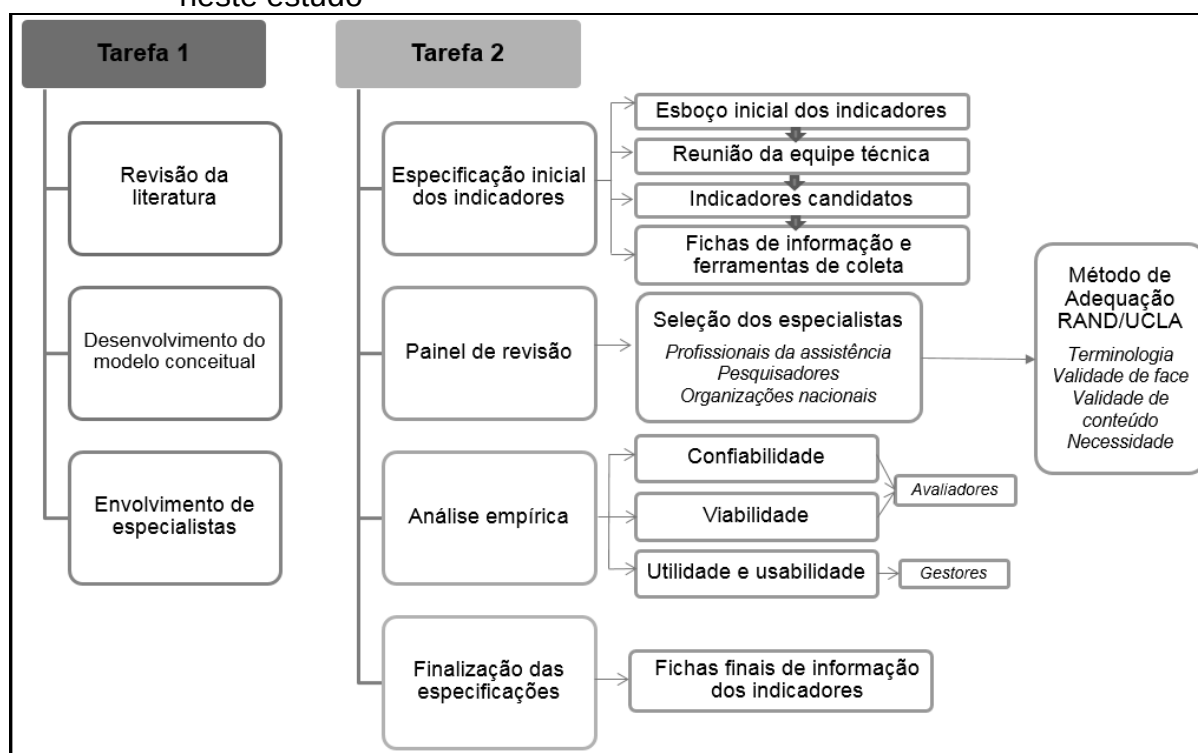
Secretaria de Estado de Saúde Minas Gerais e aqueles aprovados pela Presidência da República no país (BRASIL,1994; 1999; 2001b; 2003b; 2005a; 2006a; 2006b; 2009; 2011; 2012b; 2013; 2014; MINAS GERAIS, 2006).

Assim o objetivo deste estudo é construir indicadores de processo da qualidade da assistência de enfermagem ao idoso na atenção primária.

Trata-se de uma pesquisa metodológica que utilizará as etapas para construção dos indicadores baseadas no processo de desenvolvimento pelo *National Database of Nursing Quality Indicators* (NDNQI) considerando que tem desenvolvido indicadores internacionalmente aceitos para avaliar a qualidade dos cuidados de enfermagem (MONTALVO, 2007).

Na Figura 1, a seguir, encontra-se uma representação visual de todos os procedimentos metodológicos adotados nesta pesquisa.

Figura 1. Representação visual dos procedimentos metodológicos utilizados neste estudo



Fonte: adaptado de AHRQ, 2011; NDNQI, 2015.

A sua participação, ocorrerá por meio da etapa relacionada a especificação inicial dos indicadores candidatos (Tarefa 2).

Assim, você receberá um compilado do modelo conceitual deste estudo bem como documentos na íntegra (BRASIL,1994; 1999; 2001b; 2003b; 2005a; 2006a; 2006b; 2009; 2011; 2012b; 2013; 2014; MINAS GERAIS, 2006) que estabelecem as ações específicas do enfermeiro na atenção primária. Enquanto membro da equipe técnica será convidado a participar de reuniões presenciais e/ou videoconferência para discussão sobre este material. Nas reuniões, serão extraídos os possíveis indicadores; posteriormente serão estabelecidos os conceitos e enviado um esboço inicial da conceituação de cada indicador para nova discussão.

Considerações sobre indicadores

Os indicadores são medidas sintéticas que contém informações relevantes sobre determinados atributos e dimensões relacionadas à saúde e/ou desempenho

do sistema de saúde (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE, 2008). A principal finalidade de um indicador é mensurar um aspecto da realidade possibilitando a operacionalização da sua observação e avaliação (BRASIL, 2012c).

Usualmente os indicadores são expressos em números, taxas, ou médias (MAINZ, 2003). No entanto, a maioria das medidas de qualidade são construídas por meio de proporções ou porcentagens na qual o denominador representa o número de pessoas elegíveis para o evento em determinado período de tempo e o numerador refere-se ao número de casos; o desempenho varia de 0-100%. Outra medida utilizada é a razão que consiste na divisão de duas medidas sendo que o numerador pode ou não pode estar contido dentro do denominador (ROMANO; HUSSEY; RITLEY, 2010).

Na área da saúde, tem-se os indicadores clínicos que são medidas de processo, estrutura e ou resultados da assistência ao usuário. Para fins deste estudo, serão considerados apenas os indicadores de processo que se referem ao que é realmente realizado, ou seja, as atividades para fazer um diagnóstico, recomendações ou implementação do tratamento, ou outra interação com o usuário (MAINZ, 2003; DONABEDIAN, 1997). Eles avaliam as etapas que devem ser seguidas para prestar um bom atendimento e se a ação foi concluída (NQF 2013a; 2015a).

REFERÊNCIAS

BETZ, C.L. et al. AAN news & opinion. American Academy of Nursing Child and Family Expert Panel Health Care Quality and Outcomes Guidelines for Nursing of Children and Families: phase II. **Nursing Outlook**, v. 52, n.6, p.311-6, 2004.

BRASIL. Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem, e dá outras providências. Disponível em:<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l7498.htm>. Acesso em: 03 mar. 2015.

_____. Lei nº 8.842, de 4 de janeiro de 1994. Dispõe sobre a Política Nacional do Idoso, cria o Conselho Nacional do Idoso e dá outras providências. Disponível em:<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8842.htm>. Acesso em: 1 nov. 2013.

_____. Ministério da Saúde. Instabilidade postural e quedas. Brasília: Ministério da Saúde; Secretaria de Políticas de Saúde, Departamento de Atenção Básica, 1999. 40p. Disponível em:<http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_saude_idoso_cab4.pdf>. Acesso em: 25 Mai 2015.

_____. Ministério da Saúde. Guia prático do Programa Saúde da Família. Brasília: Ministério da Saúde, 2001. Disponível em:<http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/guia_pratico_saude_familia_psf2.pdf>. Acesso em: 04 Mai 2015.

_____. Lei no 10.741, de 1º de outubro de 2003. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. Disponível em:<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/l10.741.htm>. Acesso em: 1 nov. 2013.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006a. 192 p.

_____. Portaria nº 2.528 de 19 de outubro de 2006b. Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/2528%20aprova%20a%20politica%20nacional%20de%20saude%20da%20pessoa%20idosa.pdf>>. Acesso em: 1 nov. 2013.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Caderno de Auto-Avaliação nº5: Equipe Saúde da Família - Parte 2**. 3. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2009. 110 p.

_____. Portaria nº 2.488 de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html>. Acesso em: 30 jul. 2014.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012a. 110p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Caderno de atenção domiciliar**. Vol.1. Brasília: Ministério da Saúde, 2012b. 105p. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/cad_vol1.pdf>. Acesso em: 04 Mai 2015.

_____. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. **Indicadores - orientações básicas aplicadas à gestão pública**. Brasília: Ministério do Planejamento, 2012c. 64p.

_____. Ministério da Saúde. **Manual para a utilização da Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa**. 2014. Disponível em: <https://www.icict.fiocruz.br/sites/www.icict.fiocruz.br/files/201402061526_manualcadernetadoidoso.pdf>. Acesso em: 04 Mai 2015.

BOHOMOL, E. Indicadores para avaliação da qualidade da assistência de enfermagem. In: D'INNOCENZO, M. (Org.). **Indicadores, auditoria, certificações: ferramentas de qualidade para gestão em saúde**. 2. ed. São Paulo: Martinari, 2010. p.99-115.

CARLFJORD, S.; LINDBERG, M. Asthma and COPD in primary health care, quality according to national guidelines: a cross-sectional and a retrospective study. **BMC family practice**, v.9, n.36, 2008.

DAVIES, P. et al. Developing quality indicators for community services: the case of district nursing. **Quality in primary care**, v.19, n.3, p. 155-66, 2011.

DONABEDIAN, A. The quality of care – how can it be assessed?. **Archives of Pathology & Laboratory Medicine**, v.121, n.11, p. 1145-50, 1997.

HARTELOH, P.P.M. The meaning of quality in health care: A conceptual analysis. **Health Care Analysis**, v. 11, n.3, p.259-262, 2003.

HASNA, F. et al. Quality of primary nursing care for Bedouin in Jordan. **International journal of nursing practice**, v.16, n.6, p.564-72, 2010.

LEMLEY, K.B.; MARKS, B. Patient satisfaction of young adults in rural clinics: policy implications for nurse practitioner practice. **Policy, politics & nursing practice**, v.10, n.2, p.143-52, 2009.

MAINZ, J. Defining and classifying clinical indicators for quality improvement. **International Journal for Quality in Health Care**, v.15, n.6, p.523-30, 2003.

MCILRATH, C. Benchmarks for effective primary care-based nursing services for adults with depression: a Delphi study. **Journal of Advanced Nursing**, v.66, n.2, p. 269-81, 2010.

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

MONTALVO, I. The National Database of Nursing Quality Indicators (NDNQI). **The Online Journal of Issues in Nursing**, v.12, n.3, manuscript 2, 2007. Disponível em:<<http://www.nursingworld.org/MainMenuCategories/ANAMarketplace/ANAPeriodicals/OJIN/TableofContents/Volume122007/No3Sept07/NursingQualityIndicators.html>>. Acesso em: 06 ago 2014.

NATIONAL QUALITY FORUM (NQF). **Phrase book - a plain language guide to NQF jargon**. 2013. Disponível em:<<http://public.qualityforum.org/NQFDocuments/Phrasebook.pdf>>. Acesso: 21 jan. 2015.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS). Rede Interagencial de Informação para a Saúde (RIPSA). **Indicadores básicos para a saúde no Brasil: conceitos e aplicações**. 2. ed. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2008.

RIVAS, F.J.P. et al. Implementation and evaluation of the nursing process in primary health care. **International Journal of Nursing Knowledge**, v. 23, n.1, p. 18-28, 2012.

ROMANO, P.S.; HUSSEY, P.; RITLEY, D. **Selecting quality and resource use measures: a decision guide for community quality collaboratives**. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality; May 2010. AHRQ Publication No. 09(10)-0073.

ROTH, C.P. et al. Nurse care manager contribution to quality of care in a dual-eligible special needs plan. **Journal of gerontological nursing**, v. 38, n.7, p. 44-54, 2012.

APÊNDICE 5**MODELO CONCEITUAL DA PESQUISA: INDICADORES DE PROCESSO DA QUALIDADE DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM AO IDOSO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA**

A função do modelo conceitual é fornecer um quadro para organizar e visualizar os fenômenos e suas relações (FAWCETT; DESANTO-MADEYA, 2013). Ele fornece um caminho alternativo para visualizar o objeto de interesse e indica a direção para a busca de questões relevantes sobre os fenômenos centrais sugerindo soluções para problemas práticos (FAWCETT; DESANTO-MADEYA, 2013). Além disso, é útil para destacar as lacunas nas medidas desenvolvidas atualmente, refinar o escopo do projeto e assegurar a direção futura da pesquisa. Trata-se de um guia geral para o desenvolvimento e validação de indicadores; é adaptado para a tarefa se estendendo apenas ao escopo especificado (AGENCY FOR HEALTHCARE RESEARCH AND QUALITY, 2011).

Assim, para a construção do modelo conceitual desta pesquisa, consideraram-se os metaparadigmas da enfermagem: idoso (ser humano), processo saúde doença (saúde), atenção primária (ambiente) e enfermagem gerontológica (enfermagem). Para compor os conceitos dos referidos metaparadigmas foi realizada análise documental das publicações e documentos normativos sendo incluídos aqueles que regem a atenção primária e/ou relacionados à atenção à saúde ao idoso.

A estratégia de busca de teve como critérios de inclusão documentos produzidos no Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde (biblioteca oficial do site e material enviado em fase de publicação pela Coordenação de Saúde da Pessoa Idosa – COSAPI), Secretaria de Estado de Saúde Minas Gerais (biblioteca do site) e legislação nacional relacionada ao idoso na atenção primária (portal da legislação do Governo Federal e legislação básica do Sistema Único de Saúde - portal da saúde). Ressalta-se que, por se tratar de documentos normativos, os itens relacionados a definição e objetivos da enfermagem não estão explícitos nestas publicações. A busca dos referidos documentos foi realizada entre abril a agosto de 2015, sem delimitação do período de publicação, sendo incluídas todas disponíveis.

Foram selecionados para análise 40 documentos, apresentados a seguir:

41. Política Nacional do Idoso (BRASIL, 1994);

42. Caderno de Instabilidade postural e quedas (BRASIL, 1999);
43. Guia Prático do Programa Saúde da Família (BRASIL, 2001);
44. Redes Estaduais de Atenção à Saúde do Idoso: guia operacional e portarias relacionadas (BRASIL, 2002);
45. Estatuto do Idoso (BRASIL, 2003b);
46. Avaliação para melhoria da qualidade da estratégia saúde da família (2005);
47. Atenção a saúde do idoso (MINAS GERAIS, 2006aa);
48. Atenção à Saúde do Adulto – tuberculose (MINAS GERAIS, 2006b);
49. Atenção a saúde do adulto: HIV/AIDS (MINAS GERAIS, 2006c);
50. Atenção a saúde do adulto: hanseníase (MINAS GERAIS, 2006d);
51. Caderno de Atenção Básica 19 - Envelhecimento e saúde da pessoa idosa (BRASIL, 2006a);
52. Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (BRASIL, 2006b);
53. Portaria nº 399/2006 (BRASIL, 2006c);
54. Cadernos de Atenção Básica 14 - Prevenção clínica de doenças cardiovasculares, cerebrovasculares e renais (BRASIL, 2006d);
55. Cadernos de Atenção Básica n. 12 – Obesidade (BRASIL, 2006e);
56. Cadernos de Atenção Básica n. 15 – Hipertensão arterial sistêmica (BRASIL, 2006f);
57. Cadernos de Atenção Básica n. 16 – Diabetes mellitus (BRASIL, 2006g);
58. Protocolos do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional – SISVAN na assistência à saúde (BRASIL, 2008a);
59. Cadernos de Atenção Básica n. 21 - Vigilância em Saúde: Dengue, Esquistossomose, Hanseníase, Malária, Tracoma e Tuberculose (BRASIL, 2008b);
60. Caderno de Auto-Avaliação n. 5: Equipe Saúde da Família (BRASIL, 2009a);
61. Cadernos de Atenção Básica n. 22. Vigilância em saúde: zoonoses (BRASIL, 2009b);
62. Linha Guia de Atenção à Saúde – dengue (MINAS GERAIS, 2009);
63. Cadernos de Atenção Primária n. 29 - Rastreamento (BRASIL, 2010a);
64. Cadernos de Atenção Básica, n. 25. Doenças respiratórias crônicas (BRASIL, 2010b);
65. Cadernos de Atenção Básica n. 26 - Saúde sexual e saúde reprodutiva (BRASIL, 2010c);

66. Política Nacional de Atenção Básica (BRASIL, 2011a);
67. Cadernos de Atenção Básica n. 28 - Acolhimento à demanda espontânea (BRASIL, 2011b);
68. Caderno de atenção domiciliar - volume 1 (BRASIL, 2012a);
69. Autoavaliação para a Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica: AMAQ (BRASIL, 2012b);
70. Cadernos de Atenção Básica n. 28 - Acolhimento à demanda espontânea: queixas mais comuns na Atenção Básica (BRASIL, 2012c);
71. Caderno de atenção domiciliar – volume 2 (BRASIL, 2013a);
72. Cadernos de Atenção Básica n. 13 - Controle dos cânceres do colo do útero e da mama (BRASIL, 2013b);
73. Cadernos de Atenção Básica, n. 37 - Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica (BRASIL, 2013c);
74. Cadernos de Atenção Básica, n. 36 - Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: diabetes mellitus (BRASIL, 2013d);
75. Instrumento de Avaliação Externa para as Equipes de Atenção Básica (BRASIL, 2013e);
76. Linha-guia de hipertensão arterial sistêmica, diabetes mellitus e doença renal crônica (MINAS GERAIS, 2013);
77. Diretrizes para o cuidado das pessoas idosas no SUS: proposta de modelo de atenção integral à saúde da pessoa idosa (BRASIL, 2014a);
78. Caderno de Atenção Básica n.35 - Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica (BRASIL, 2014b);
79. Manual para a utilização da Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa (BRASIL, 2014c);
80. Caderno 38 - Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: obesidade (BRASIL, 2014d);

Modelo conceitual da Enfermagem Gerontológica na Atenção Primária

Conceitos e proposições não-relacionais

Idoso

Considera-se idoso, no Brasil, o indivíduo com 60 anos ou mais de idade (BRASIL, 2003b; 2006c; 1994). Do ponto de vista social e psicológico, são mais heterogêneos que os jovens e vivenciam alterações estruturais e funcionais com o envelhecimento (BRASIL, 2014a; MINAS GERAIS, 2006a) que pode ser compreendido como um processo natural de diminuição progressiva da reserva funcional, denominado de senescência (BRASIL, 2006a).

Processo saúde doença

O conceito de saúde para o idoso se traduz mais pela sua condição de autonomia e independência do que pela presença ou ausência de doença orgânica (BRASIL, 2014a; 2006b; MINAS GERAIS, 2006a). Deste modo, a saúde deve ser compreendida a partir de uma concepção ampliada, não sendo entendida apenas como ausência de doenças (BRASIL, 2012a; 2006b; MINAS GERAIS, 2006a). Trata-se de uma complexa produção social na qual os resultados na qualidade de vida se relacionam às decisões sobre os determinantes sociais (BRASIL, 2014b).

Em condições de sobrecarga como doenças, acidentes e estresse emocional, o processo de envelhecimento pode ocasionar uma condição patológica designada por senilidade, evidenciando a necessidade de assistência em saúde (BRASIL, 2006a).

As doenças podem ser desencadeadas considerando a repercussão das alterações decorrentes do processo fisiológico do envelhecimento nos mecanismos homeostáticos do idoso e em sua resposta orgânica; assim, diminui sua capacidade de reserva, de defesa e de adaptação, tornando-o mais vulnerável aos estímulos traumáticos, infecciosos ou psicológicos (BRASIL, 2006a).

A presença de uma doença crônica não significa que o idoso não possa gerir sua própria vida e ser independente. A maioria dos idosos é capaz de decidir sobre seus interesses e se organiza sem necessidade de auxílio (BRASIL, 2014a; BRASIL, 2002). No entanto, as doenças crônicas e múltiplas geralmente associam-se a dependência desta população e perduram por vários anos fazendo-se necessário acompanhamento médico e de equipes multidisciplinares permanentes (BRASIL, 2014a; 2006a; MINAS GERAIS, 2006a). Salienta-se que a perda da funcionalidade se traduz em síndromes geriátricas (instabilidade postural, insuficiência cognitiva, imobilidade, incontinência e iatrogenia) e contribui para o comprometimento da qualidade de vida do idoso, de seus familiares e cuidadores (BRASIL, 2014a).

Soma-se a polifarmácia e fragilidades em diversas esferas (BRASIL, 2012a) e a mortalidade e morbidade por condições agudas decorrentes de causas externas e agudizações de condições crônicas (BRASIL, 2014a).

Atenção Primária

No Brasil, os termos atenção primária e atenção básica são equivalentes⁽²⁹⁾. Esta se caracteriza por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde (BRASIL, 2011a; BRASIL, 2014a); assim os seus elementos essenciais são: a educação sanitária, a imunização, a prevenção de endemias, o tratamento e prevenção das doenças e a orientação para promoção de hábitos saudáveis (MINAS GERAIS, 2006a). O objetivo é desenvolver atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia e bem como nos determinantes de saúde das coletividades (BRASIL, 2011a).

Ela se constitui a principal porta de entrada sendo, ainda, o centro de comunicação da rede de atenção à saúde (MINAS GERAIS, 2006; BRASIL, 2014a; 2011a; 2002). O foco das ações direciona-se a população adstrita tendo os profissionais a necessidade de conhecer as características do seu território. Este espaço de atenção apresenta mudanças permanentemente, no qual ocorrem relações sociais, de poder, de cooperação, de cooptação, de interação, dentre outras, onde a população reside, trabalha, constrói afetos, diverte-se, encontra-se e desencontra-se (BRASIL, 2012a).

O cuidado com o idoso envolve toda a rede de atenção, especialmente, os serviços sociais e de saúde (BRASIL, 2006a). Assim, na atenção primária ocorre na unidade de saúde, no domicílio, em locais do território como salões comunitários, escolas, creches, praças, e outros espaços que comportem a ação planejada (BRASIL, 2011a); o idoso é acolhido pela equipe de saúde que deve captá-lo, acolhê-lo, desenvolver ações e avaliá-lo. É necessário o estabelecimento de vínculo entre o serviço e o idoso visando a garantia da assistência integral e contínua englobando a família de forma humanizada, resolutiva, com qualidade e responsabilidade (MINAS GERAIS, 2006a).

Destaca-se que no domicílio, pode ocorrer o cadastramento, a busca ativa, as ações de vigilância e de educação em saúde (BRASIL, 2012a); trata-se de um meio

de vivência, interações, histórias e contextos que deve oferecer conforto e segurança (BRASIL, 2012a; BRASIL, 2014c). No convívio do lar, o indivíduo recebe apoio familiar e do meio que o cerca. Deste modo, a família deve ser apoiada pela equipe nas mudanças de rotinas, normas e contextos (BRASIL, 2012a). Salienta-se o respeito no espaço domiciliar de modo a preservar os laços afetivos e fortalecer a autoestima; assim, pode-se contribuir para a construção de ambientes mais favoráveis à recuperação da saúde (BRASIL, 2012a).

Destaca-se entre as ações desenvolvidas na atenção primária a promoção da saúde no envelhecimento que deve enfatizar o bom funcionamento físico, mental e social, a prevenção das morbidades e incapacidades (MINAS GERAIS, 2006A), a melhoria da autonomia, a inclusão na família e da comunidade e aspectos relacionados à melhora da qualidade de vida como o tratamento de cataratas, o investimento em cuidadores e espaços comunitários de convivência (BRASIL, 2010a).

Enfermagem Gerontológica

Na atenção ao idoso no contexto primário são estabelecidas atribuições específicas ao enfermeiro e em conjunto com a equipe.

São atribuições específicas do enfermeiro, na dimensão gerenciar: planejar, gerenciar, coordenar, executar e avaliar a unidade (BRASIL, 2001b); supervisionar e coordenar o trabalho dos agentes comunitários de saúde (ACS) e da equipe de enfermagem e ações para capacitação, facilitar a relação entre os profissionais de saúde e os ACS (BRASIL, 2011a; 2008b; 2006a; 2006g; 2001). Na dimensão assistencial, destacam-se: realizar procedimentos/atendimentos e cuidados de enfermagem (BRASIL, 2013a; 2011a; 2001); realizar consulta de enfermagem, com avaliações específicas (BRASIL, 2014b; 2014d; 2013b; 2013c; 2013d; 2013e; 2012b; 2011a; 2010a; 2010b; 2010c; 2009a; 2009b; 2008a; 2008b; 2006a; 2006d; 2006e; 2006f; 2006g; 2005; 2001; MINAS GERAIS, 2013; 2006a; 2006b; 2006c; 2006d); prescrever cuidados no domicílio (BRASIL, 2012a); verificar a imunização do idoso (MINAS GERAIS, 2006a).

No que concerne as atividades gerenciais desenvolvidas juntamente com outros profissionais da equipe de saúde, são preconizadas ao enfermeiro as atribuições descritas no Quadro 1, a seguir.

Quadro 1 - Atribuições do enfermeiro e/ou outros profissionais da equipe de saúde referente as atividades gerenciais baseadas nas publicações do Ministério da Saúde e Secretaria do Estado de Saúde de Minas Gerais

Atribuição	Profissional de saúde							
	AE/TE	ACE	MED	DEN	PSI	AS	TSB	ACD
Planejar, gerenciar, coordenar e avaliar as ações desenvolvidas pelos ACS em vigilância em saúde (BRASIL, 2009b);		X	X					
Participar do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da unidade e atenção à saúde (BRASIL, 2013b; 2011a; 2010b; 2009b; MINAS GERAIS, 2006b; 2006c; 2006d);	X		X	X	X	X	X	
Gerir casos de indivíduos com doenças crônicas (BRASIL, 2014b);						X		
Usar os dados dos cadastros e das consultas de revisão dos pacientes diabéticos para avaliar a qualidade do cuidado prestado e para planejar ou reformular as ações em saúde (BRASIL, 2006g);			X					
Organizar, com a participação de toda a equipe de saúde, a distribuição das tarefas necessárias para o cuidado integral dos pacientes portadores de diabetes (BRASIL, 2006g);			X					
Estabelecer, junto com a equipe, estratégias que possam favorecer a adesão ao tratamento (MINAS GERAIS, 2013);			X					
Contribuir e participar das atividades de educação permanente dos membros da equipe quanto à prevenção, manejo do tratamento, ações de vigilância epidemiológica e controle das doenças (BRASIL, 2008b; 2009b);			X	X			X	X
Enviar mensalmente ao setor competente as informações epidemiológicas referentes às doenças/agravos e analisar os dados para possíveis intervenções (BRASIL, 2008b; 2009b; MINAS GERAIS, 2006b);	X	X	X					
Preencher a ficha de investigação e de notificação em vigilância epidemiológica e de saúde (BRASIL, 2009b; MINAS GERAIS, 2006b; 2006d);	X		X					
Encaminhar a ficha de notificação ao setor de vigilância epidemiológica (BRASIL, 2009b);	X		X					
Notificar qualquer caso suspeito de reação adversa aos medicamentos			X					

relacionada a vigilância epidemiológica e de saúde (BRASIL, 2009b; MINAS GERAIS, 2006b; 2006d).								

Fonte: a autora, 2017.

Nota: AE/TE: auxiliar/técnico de enfermagem; ACE: agente de controle de endemias; MED: médico; DEN: dentista; PSI: psicólogo; AS: assistente social; TSB: técnico em saúde bucal; ACD: auxiliar de consultório dentário.

Já as atividades relacionadas ao cuidado estabelecidas para o enfermeiro e/ou outros profissionais da equipe encontram-se no Quadro 2, a seguir.

Quadro 2 - Atribuições do enfermeiro e/ou outros profissionais da equipe de saúde referente as atividades relacionadas ao cuidado baseadas nas publicações do Ministério da Saúde e Secretaria do Estado de Saúde de Minas Gerais

Atribuição	Profissional de saúde							
	AE/TE	ACS	MED	DEN	PSI	AS	FAR	OUT
Encaminhar, quando necessário, os usuários a outros serviços/especialidades (BRASIL, 2013b; 2013c; 2013d; 2011a; 2006e; MINAS GERAIS, 2006b; 2006c; 2006d);			X					
Solicitar o retorno do paciente após o término do tratamento para avaliação de cura clínica em vigilância epidemiológica e de saúde (BRASIL, 2009b);			X					
Realizar o acolhimento diário na unidade (BRASIL, 2012c; 2011b; MINAS GERAIS, 2009; 2006d);	X							
Realizar tratamento do transtorno alimentar (BRASIL, 2014d);				X	X	X		X
Mensurar a pressão arterial do idoso regularmente inclusive nas posições deitada e em pé (BRASIL, 2014c; 2013c; 2006f);			X					
Orientar o idoso, os familiares e/ou cuidador sobre a correta utilização dos medicamentos (BRASIL, 2006a; MINAS GERAIS, 2006a; 2006b);	X		X					
Avaliar o risco e benefício dos medicamentos, fitoterápicos, suplementos e vitaminas usados pelo idoso (BRASIL, 2014c);			X	X				
Apoiar o médico na explicação das prováveis complicações e monitorização da medicação de alta vigilância do idoso (BRASIL, 2014c);							X	
Verificar o uso correto dos dispositivos inalatórios e adesão ao tratamento no caso de doenças respiratórias crônicas (BRASIL, 2010b);							X	

Orientar pacientes sobre automonitorização (glicemia capilar) e técnica de aplicação de insulina (BRASIL, 2006g);	X							
Realizar orientações sobre alimentação saudável para o adequado controle metabólico e prevenção das complicações, para pessoas com doenças crônicas (BRASIL, 2014b);			X					
Identificar os fatores de risco relacionados com a alimentação para indivíduos com doenças crônicas (BRASIL, 2014b);			X					
Avaliar os sintomas em Atenção Domiciliar 1 (BRASIL, 2013a; 2013b);			X					
Acompanhar o controle dos agravos à saúde associados, a partir da contrarreferência, na vigilância nutricional (BRASIL, 2006e);			X					
Realizar ações de reabilitação neurofuncional e motora na reabilitação domiciliar (BRASIL, 2013a);	X							X
Unir a atuação clínica à prática da saúde coletiva (BRASIL, 2001);			X	X				
Realizar as atividades correspondentes às áreas prioritárias de intervenção na atenção básica, definidas na norma operacional da assistência à saúde (BRASIL, 2001);			X	X				
Avaliar os usuários a serem vacinados ou sorovacinados quanto à possibilidade de reações adversas e alérgicas ao imunobiológico a ser administrado na raiva (BRASIL, 2009b);			X					
Orientar os usuários a serem vacinados sobre as características da vacina da raiva, seus possíveis efeitos e reações adversas e quais condutas devem ser tomadas nesse caso (BRASIL, 2009b);	X		X					
Observar no cartão de vacinas dos usuários agredidos por animal suspeito o registro das doses da vacina antirrábica humana e acompanhar o esquema profilático (BRASIL, 2009b);	X		X					
Orientar os usuários e familiares sobre a importância do acompanhamento da situação clínica do animal agressor (BRASIL, 2009b);		X	X					
Orientar quanto à importância de informar sobre as reações adversas e alérgicas do esquema profilático utilizado na raiva (BRASIL, 2009b);	X		X					
Identificar sinais de gravidade de acidentes por animais peçonhentos (BRASIL, 2009b);			X					

Desenvolver atividades educativas (BRASIL, 2006d; 2006f; 2006g; MINAS GERAIS, 2006c; 2013);			X					
Utilizar a caderneta do idoso em todas as situações de atendimento (BRASIL, 2012b);	X	X	X	X	X	X	X	X
Realizar visita domiciliar (BRASIL, 2013a; 2005);			X					
Realizar assistência domiciliar, quando necessário (BRASIL, 2013e; 2010b; 2009b; 2008b; 2006a; MINAS GERAIS, 2006a);	X		X	X				
Aplicar vacina BCG e realizar teste tuberculínico (MINAS GERAIS, 2006b);	X							
Convocar os comunicantes para investigação de tuberculose (MINAS GERAIS, 2006b);			X					
Convocar o faltoso ou em abandono de tratamento da tuberculose (MINAS GERAIS, 2006b);	X							
Classificar o risco de infecção pelo HIV/Aids (MINAS GERAIS, 2006c);			X					
Realizar aconselhamento em HIV/Aids (MINAS GERAIS, 2006c);	X		X		X	X		
Acompanhar este atendimento de referência dos pacientes portadores de HIV/Aids (MINAS GERAIS, 2006c);			X		X	X		
Dispensar e administrar medicamentos para hanseníase (MINAS GERAIS, 2006d).	X		X					

Fonte: a autora, 2017.

Nota: AE/TE: auxiliar/técnico de enfermagem; ACS: agente comunitário de saúde; MED: médico; DEN: dentista; PSI: psicólogo; AS: assistente social; FAR: farmacêutico/equipe de farmácia; OUT: outros profissionais de saúde.

Proposições relacionais

- 1- A maioria dos idosos apresentam boas condições físicas e sua saúde é boa, mas ao envelhecer perdem a capacidade de recuperar-se rápida e completamente das doenças (MINAS GERAIS, 2006a).
- 2- Muitas medidas que afetam a saúde dos idosos transcendem o setor saúde (MINAS GERAIS, 2006a), a saber: o estresse de agravos físicos, emocionais e sociais, como a viuvez (BRASIL, 1999; 2014c).
- 3- A atenção integral e integrada à saúde do idoso deverá apresentar condições essenciais como infraestrutura física adequada, insumos e profissionais qualificados (BRASIL, 2006b).
- 4- Na atenção primária, a avaliação diagnóstica do idoso, deve considerar diversos fatores como o exame físico, os aspectos biológicos, psíquicos, funcionais, sociais, ambientais e a sua relação e dos familiares com o

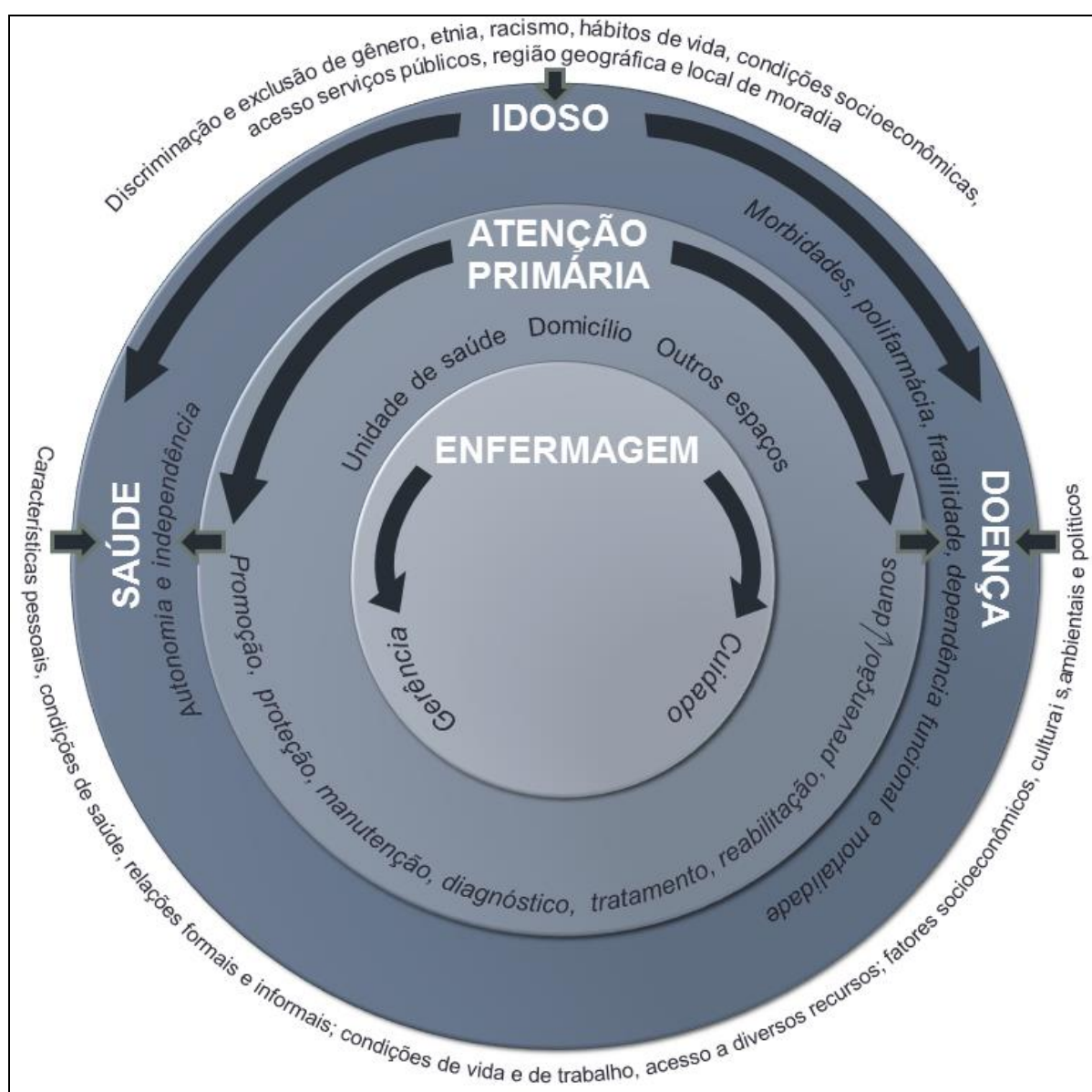
profissional de saúde (BRASIL, 2006a) subentendendo-se que estes itens podem influenciar no seu envelhecimento e processo saúde/doença.

- 5- O envelhecimento e o processo saúde/doença possuem causas multifatoriais, sendo o envelhecimento influenciado pela discriminação e exclusão de gênero, etnia, racismo, hábitos de vida, condições socioeconômicas, acesso serviços públicos, região geográfica e local de moradia (BRASIL, 2014a; 2006a), e; o processo saúde/doença associado aos determinantes biológicos e socioculturais, a saber: as características pessoais, condições de saúde e relações formais e informais; as condições de vida e de trabalho, o acesso à alimentação, à educação, à produção cultural, ao emprego, à habitação, ao saneamento e aos serviços de saúde, e; as condições socioeconômicas, culturais e ambientais dos indivíduos, famílias e redes sociais e o desenvolvimento, a riqueza da localidade e sua distribuição, e fatores políticos (BRASIL, 2014b; 2012a; 2006b; MINAS GERAIS, 2006a).
- 6- O idoso apresenta características peculiares quanto à apresentação, instalação e desfecho dos agravos em saúde, e; maior vulnerabilidade a eventos adversos necessitando de intervenções multidimensionais e multissetoriais (BRASIL, 2014a).
- 7- O idoso utiliza mais os serviços de saúde, apresenta internações hospitalares mais frequentes e com maior tempo de ocupação do leito (BRASIL, 2014a; MINAS GERAIS, 2006a);
- 8- Os idosos diferem de acordo com a sua história de vida, com seu grau de independência funcional e com a demanda por serviços de saúde mais ou menos específicos (BRASIL, 2006b; 2002). Todos necessitam, contudo, de uma avaliação pautada no conhecimento do processo de envelhecimento e de suas peculiaridades adaptada à realidade sociocultural em que estão inseridos (BRASIL, 2006b). Esta avaliação deve contemplar as dimensões: social, clínica, mental e funcional contribuindo na identificação das necessidades do idoso (BRASIL, 2014a).

Com base nos quatro metaparadigmas e proposições não-relacionais e relacionais, o modelo conceitual foi construído centrado na enfermagem, responsável por desenvolver ações relacionadas a gerência e ao cuidado na

atenção primária podendo assim influenciar no processo saúde/doença dos indivíduos; uma vez que neste espaço são desenvolvidas atividades relacionadas a promoção de saúde e prevenção de doenças. Nesse contexto, evidencia-se que, além da atenção em saúde ofertada, as condições de saúde/doença do idoso podem ser influenciadas por diversos fatores pessoais, socioeconômicos, culturais, ambientais e políticos. Assim, a Figura 1, a seguir, ilustra o modelo conceitual desta pesquisa.

Figura 1. Modelo conceitual para as dimensões do trabalho do enfermeiro na atenção primária ao idoso baseado nas publicações do Ministério da Saúde e Secretaria do Estado de Saúde de Minas Gerais



Fonte: a autora, 2017.

REFERÊNCIAS

_____. Center For Health Policy/Center For Primary Care and Outcomes Research & Battelle Memorial Institute. **Quality indicator measure development, implementation, maintenance, and retirement**. 2011. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality. Disponível em: <http://qualityindicators.ahrq.gov/Downloads/Resources/Publications/2011/QI_Measure_Development_Implementation_Maintenance_Retirement_Full_5-3-11.pdf>. Acesso: 16 fev 2015.

BRASIL. Lei nº 8.842, de 4 de janeiro de 1994. Dispõe sobre a Política Nacional do Idoso, cria o Conselho Nacional do Idoso e dá outras providências. Diário Oficial da União 05 Jan 1994; Seção 1. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8842.htm>. Acesso em: 1 nov. 2013.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde, Departamento de Atenção Básica. **Instabilidade postural e quedas**. Brasília, DF: Editora MS, 1999. 40p. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_saude_idoso_cab4.pdf>. Acesso em: 25 Mai 2015.

_____. Ministério da Saúde. **Guia prático do Programa Saúde da Família**. Brasília, DF: Editora MS, 2001. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/guia_pratico_saude_familia_psf2.pdf>. Acesso em: 04 Mai 2015.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. **Redes Estaduais de Atenção à Saúde do Idoso**: guia operacional e portarias relacionadas. Brasília, DF: Editora MS, 2002. 104p. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/redes_estaduais.pdf>. Acesso em: 21 Ago. 2013.

_____. Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. Diário Oficial da União 02 Out 2003; Seção 1. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/l10.741.htm>. Acesso em: 1 nov. 2013.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Avaliação para melhoria da qualidade da estratégia saúde da família**. Brasília, DF: Editora MS, 2005. 107p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa**. Brasília, DF: Editora MS, 2006a. (Caderno de Atenção Básica: 19) 192p. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/envelhecimento_saude_pessoa_idosa_n19.pdf>. Acesso em: 04 Mai 2015.

_____. Portaria nº 2.528 de 19 de outubro de 2006b. Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. Diário Oficial da União 20 Out 2006; Seção 1. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/2528%20aprova%20a%20politica>>.

%20nacional%20de%20saude%20da%20pessoa%20idosa.pdf>. Acesso em: 1 nov. 2013.

_____. Portaria nº 399 de 22 de fevereiro de 2006c. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. Diário Oficial da União 23 Fev 2006; Seção 1. Disponível em:<http://189.28.128.100/dab/docs/legislacao/portaria399_22_02_06.pdf>. Acesso em: 04 ago. 2015.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Prevenção clínica de doenças cardiovasculares, cerebrovasculares e renais**. Brasília, DF: Editora MS, 2006d. (Cadernos de Atenção Básica: 14) 56p. Disponível em:<http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/cadernos_ab/abcad14.pdf>. Acesso em: 10 ago. 2015.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Obesidade**. Brasília, DF: Editora MS, 2006e. (Cadernos de Atenção Básica: 12) 108p. Disponível em:<http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/cadernos_ab/abcad12.pdf>. Acesso em: 10 ago. 2015.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Hipertensão arterial sistêmica para o Sistema Único de Saúde**. Brasília, DF: Editora MS, 2006f. (Cadernos de Atenção Básica: 15) 58p. Disponível em:<http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/cadernos_ab/abcad15.pdf>. Acesso em: 10 ago. 2015.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Diabetes mellitus**. Brasília, DF: Editora MS, 2006g. (Cadernos de Atenção Básica: 16) 64p. Disponível em:<http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/cadernos_ab/abcad16.pdf>. Acesso em: 10 ago. 2015.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Protocolos do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional – SISVAN na assistência à saúde**. Brasília, DF: Editora MS, 2008a. 61p. Disponível em:<http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/protocolo_sisvan.pdf>. Acesso em: 26 ago. 2015.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Vigilância em Saúde: Dengue, Esquistossomose, Hanseníase, Malária, Tracoma e Tuberculose**. 2. ed. rev. Brasília, DF: Editora MS, 2008b. (Cadernos de Atenção Básica: 21) 195p. Disponível em:<http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/cadernos_ab/abcad21.pdf>. Acesso em: 10 ago. 2015.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Caderno de Auto-Avaliação n.5: Equipe Saúde da Família - Parte 2**. 3. ed. – Brasília, DF: Editora MS, 2009a. 110p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Vigilância em saúde: zoonoses**. Brasília, DF: Editora MS, 2009b. (Cadernos de Atenção Básica: 22) 228p. Disponível em:<http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/cadernos_ab/abcad22.pdf>. Acesso em: 10 ago. 2015.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Rastreamento**. Brasília, DF: Editora MS, 2010a. (Cadernos de Atenção Primária: 29) 95p. Disponível em:<http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/cadernos_ab/abcad29.pdf>. Acesso em: 07 ago. 2015.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Doenças respiratórias crônicas**. Brasília, DF: Editora MS, 2010b. (Cadernos de Atenção Básica: 25) 160p. Disponível em:<http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/cadernos_ab/abcad25.pdf>. Acesso em: 10 ago. 2015.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde sexual e saúde reprodutiva**. Brasília, DF: Editora MS, 2010c. (Cadernos de Atenção Básica: 26) 300p. Disponível em:<http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/cadernos_ab/abcad26.pdf>. Acesso em: 07 ago. 2015.

_____. Portaria nº 2.488 de 21 de outubro de 2011b. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Diário Oficial da União 24 Out 2011; Seção 1. Disponível em:<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html>. Acesso em: 30 jul. 2014.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Acolhimento à demanda espontânea**. Brasília, DF: Editora MS, 2011c. (Cadernos de Atenção Básica: 28, v1) 56p. Disponível em:<http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/miolo_CAP_28.pdf>. Acesso em: 07 ago. 2015.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Caderno de atenção domiciliar**. Vol.1. Brasília, DF: Editora MS, 2012d. 105p. Disponível em:<http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/cad_vol1.pdf>. Acesso em: 04 Mai 2015.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Autoavaliação para a Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica**: AMAQ. Brasília, DF: Editora MS, 2012e. 134p. Disponível em:<<http://189.28.128.100/dab/docs/sistemas/pmaq/amaq.pdf>>. Acesso em: 03 Ago 2015.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Acolhimento à demanda espontânea**: queixas mais comuns na Atenção Básica. Brasília, DF: Editora MS, 2012f. (Cadernos de Atenção Básica: 28, v2) 290p. Disponível em:<http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/cadernos_ab/caderno_28.pdf>. Acesso em: 10 Ago 2015.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Caderno de atenção domiciliar**. Vol.2. Brasília, DF: Editora MS, 2013b. 206p. Disponível em:<http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/cad_vol2.pdf>. Acesso em: 04 Mai 2015.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Controle dos cânceres do colo do útero e da mama**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2013c. (Cadernos de Atenção Básica: 13) 124p. Disponível em:<<http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/cab13.pdf>>. Acesso em: 26 Ago 2015.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica**: hipertensão arterial sistêmica. Brasília, DF: Editora MS, 2013d. (Cadernos de Atenção Básica: 37) 128p. Disponível em:<http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/caderno_37.pdf>. Acesso em: 26 Ago 2015.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica**: diabetes mellitus. Brasília, DF: Editora MS, 2013e. (Cadernos de Atenção Básica: 36) 160p. Disponível em:<http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/caderno_36.pdf>. Acesso em: 26 Ago 2015.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Instrumento de Avaliação Externa para as Equipes de Atenção Básica** – saúde da família e equipe parametrizada. Brasília, DF: Editora MS, 2013f. 128p. Disponível em:<http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/instrumento_ae_sfp.pdf>. Acesso em: 03 Ago 2015.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada e Temática. Coordenação Saúde da Pessoa Idosa. **Diretrizes para o cuidado das pessoas idosas no SUS**: proposta de modelo de atenção integral à saúde da pessoa idosa. 2014a. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/images/pdf/2015/setembro/01/Diretrizesaten----opessoaidosa.pdf>>. Acesso: 21 Ago 2015.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica**.

Brasília, DF: Editora MS, 2014b. (Cadernos de Atenção Básica: 35) 212p. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estrategias_cuidado_pessoa_doenca_cronica_cab35.pdf. Acesso: 18 Ago 2015.

_____. Ministério da Saúde. **Manual para a utilização da Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa**. 2014c.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: obesidade**. Brasília, DF: Editora MS, 2014d. (Caderno de Atenção Básica: 38) 212p. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estrategias_cuidado_doenca_cronica_obesidade_cab38.pdf. Acesso: 18 Ago 2015.

FAWCETT, J.; DESANTO-MADEYA, S. **Contemporary Nursing Knowledge: Analysis and Evaluation of Nursing Models and Theories**. 2013. 3.ed. EUA: F.A. Davies Company. Disponível em: https://books.google.com.br/books?id=pdE-AAAAQBAJ&pg=PR5&lpg=PR5&dq=Contemporary+nursing+knowledge:+Conceptual+models+of+nursing+and+nursing+theories&source=bl&ots=jVzGLilZcO&sig=wWrvCpaBWYEn6jbeyQW_LPEUVqg&hl=pt-BR&sa=X&ei=G7A3VZqhDMurgwTE04CACw&ved=0CG0Q6AEwCQ#v=onepage&q&f=false. Acesso em: 24 Apr 2015.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. **Atenção a saúde do idoso**. Belo Horizonte: SAS/MG, 2006. 186 p. Disponível em: <http://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/LinhaGuiaSaudeIdoso.pdf>. Acesso em: 04 Mai 2015.

_____. Secretaria de Estado de Saúde. **Atenção à Saúde do Adulto – tuberculose**. Belo Horizonte: SAS/MG, 2006b. 144p. Disponível em: <http://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/LinhaGuiaTuberculose2006.pdf>. Acesso em: 04 Mai 2015.

_____. Secretaria de Estado de Saúde. **Atenção a saúde do adulto: HIV/AIDS**. Belo Horizonte: SAS/MG, 2006c. 68p. Disponível em: <http://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/LinhaGuiaHIVAIDS.pdf> >. Acesso em: 04 Mai 2015.

_____. Secretaria de Estado de Saúde. **Atenção a saúde do adulto: hanseníase**. Belo Horizonte: SAS/MG, 2006d. 62p. Disponível em: <http://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/LinhaGuiaHanseniose.pdf>. Acesso em: 04 Mai 2015.

_____. Secretaria de Estado de Saúde. **Linha Guia de Atenção à Saúde – dengue**. Belo Horizonte: SAS/MG, 2009. 103p. Disponível em: http://www.saude.mg.gov.br/images/anexos/linha_guia/Linha_Guia-Dengue.pdf. Acesso em: 04 Mai 2015.

_____. Secretaria de Estado de Saúde. Linha-guia de hipertensão arterial sistêmica, diabetes mellitus e doença renal crônica. Belo Horizonte: SAS/MG, 2013. 203p. Disponível em:<http://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/guia_de_hipertensao.pdf>. Acesso em: 04 Mai 2015.

PAULA et al. Características do processo de trabalho do enfermeiro da Estratégia de Saúde da Família. **Revista Mineira de Enfermagem**, v. 18, n. 2, p. 454-62, 2014.

SANNA, M.C. Os processos de trabalho em Enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 60, n. 2, p. 221-4, 2007.

FICHAS DE INFORMAÇÃO DOS INDICADORES
(para todos indicadores considerar apenas idosos adstritos à área)

ATRIBUIÇÕES ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO

Nome do Indicador	Planejamento do cuidado ao idoso.	Nome do Indicador	Monitoramento regular de indicador para assistência ao idoso.
Definição	Existência de planejamento das atividades na unidade de saúde direcionadas aos idosos.	Definição	Mensuração de indicadores propostos pelo Sistema de Indicadores de Saúde e Acompanhamento de Políticas do Idoso (SISAP) que permitem a identificação de problemas de qualidade na atenção ao idoso.
Interpretação	Mensura a existência de planejamento das atividades da unidade de saúde direcionadas aos idosos.	Interpretação	Mensura o uso de indicadores que permitem a identificação de problemas de qualidade na atenção ao idoso pelo enfermeiro.
Justificativa	O processo de trabalho das equipes na atenção primária engloba a programação e implementação das atividades conforme as necessidades de saúde da população; isso inclui o planejamento e a organização da agenda de trabalho compartilhado de todos os profissionais (BRASIL, 2011) que pode direcionar as ações da unidade.	Justificativa	O processo de trabalho das equipes na atenção primária engloba o monitoramento e a avaliação das ações da equipe de saúde visando a adequação diante das necessidades, realidade, dificuldades e possibilidades analisadas (BRASIL, 2011). O monitoramento pode ser realizado por meio de indicadores que permitam a identificação de problemas de qualidade na atenção ao idoso. O SISAP sugere como indicador direcionado ao idoso na atenção primária a imunização contra influenza anual.
Dimensão	Gerência.	Dimensão	Gerência.
Método de cálculo	Todas as dimensões.	Método de cálculo	Todas as dimensões.
Fonte de dados	Existência de cronograma de planejamento mensal das atividades direcionadas aos idosos.	Fonte de dados	Existência da análise do indicador "Proporção da população idosa imunizada contra influenza".
Valor de referência	Auditoria.	Valor de referência	Auditoria.
Referências	Sim.	Referências	Sim.
	BRASIL. Ministério da Saúde. Guia prático do Programa Saúde da Família . Brasília: Ministério da Saúde, 2001. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/guia_pratico_saude_familia_psf2.pdf>. Acesso em: 04 Mai 2015.		BRASIL. Ministério da Saúde. Guia prático do Programa Saúde da Família . Brasília: Ministério da Saúde, 2001. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/guia_pratico_saude_familia_psf2.pdf>. Acesso em: 04 Mai 2015.
	Portaria nº 2.488 de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/pt2488_21_10_2011.html>. Acesso em: 30 jul. 2014.		Portaria nº 2.488 de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/pt2488_21_10_2011.html>. Acesso em: 30 jul. 2014.
	MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. Atenção à Saúde do Adulto – tuberculose. Belo Horizonte: SAS/IMG, 2006. Disponível em: <http://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/LinhaGuaTuberculose2006.pdf>. Acesso em: 04 Mai 2015.		Limitações da qualidade do registro.
Limitações	Limitações da qualidade do registro.	Limitações	Limitações da qualidade do registro.
Observações	Observar ferramenta de coleta.	Observações	Observar ferramenta de coleta.

Nome do indicador	Avaliação da melhoria do cuidado ao idoso.	Nome do indicador	Coordenação da equipe de enfermagem e dos agentes comunitários de saúde no cuidado ao idoso.
Definição	Existência de avaliações da assistência ao idoso visando melhoria da qualidade da atenção.	Definição	Majoria de respostas indicando que o enfermeiro "sempre" coordena o trabalho direcionado aos idosos pelos agentes comunitários de saúde (ACS) e a equipe de enfermagem (técnico/auxiliar de enfermagem).
Interpretação	Mensura a existência de avaliações da assistência ao idoso que o enfermeiro refere realizar visando a melhoria da qualidade da atenção.	Interpretação	Mensura a coordenação, pelo enfermeiro, das atividades direcionadas aos idosos desenvolvidas pelos ACS e equipe de enfermagem.
Dimensão	Gerência.	Justificativa	A coordenação das atividades do ACS e da equipe de enfermagem pode favorecer a melhoria da assistência em saúde.
Subdimensão	Todas as dimensões.	Dimensão	Gerência.
Método de cálculo	Existência de documentação de atividades internas de avaliação relacionada a assistência ao idoso.	Método de cálculo	Número de respostas "sempre" _____ x100 Número total de respostas
Fonte de dados	Auditoria.	Fonte de dados	Questionário direcionado ao técnico/auxiliar de enfermagem e ACS.
Valor de referência	Sim.	Valor de referência	Majoria de respostas 'sempre'.
Referências	BRASIL. Ministério da Saúde. Guia prático do Programa Saúde da Família . Brasília: Ministério da Saúde, 2001. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/guia_psaude.pdf>. Acesso em: 04 Mai 2015.	Referências	BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Cadernos de Atenção Básica n. 21. Vigilância em Saúde: Dengue, Esquistossomose, Hanseníase, Malária, Tracoma e Tuberculose . 2. ed. rev. Brasília: Ministério da Saúde, 2008. 195p. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/cadernos_a_b/cad21.pdf>. Acesso em: 10 ago. 2015.
Limitações	Limitações da qualidade do registro.		Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Cadernos de Atenção Básica n. 21. Vigilância em Saúde: Dengue, Esquistossomose, Hanseníase, Malária, Tracoma e Tuberculose . 2. ed. rev. Brasília: Ministério da Saúde, 2008. 195p. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/cadernos_a_b/cad21.pdf>. Acesso em: 10 ago. 2015.
Observações	Observar ferramenta de coleta.		Portaria nº 2.488 de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html>. Acesso em: 30 jul. 2014.
			MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. Linha-guia

de hipertensão arterial sistêmica, diabetes mellitus e doença renal crônica. Belo Horizonte: SAS/MG, 2013. 203p. Disponível em: <http://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/guia_d_e_hipertensao.pdf>. Acesso em: 04 Mai 2015.	Limitações	Observações - Número de respostas em que se indica "sempre" para a seguinte questão: "Com que frequência o enfermeiro(a) coordena o trabalho seu trabalho (ACS e equipe de enfermagem) nas atividades direcionadas aos idosos?"; - Observar ferramenta de coleta.
Nome indicador	do	Consulta de enfermagem ao idoso.
Definição	Definição	- Percentual de consultas realizadas pelo enfermeiro aos idosos adstritos na área. - É uma atividade privativa do enfermeiro para identificar situações de saúde/doença, bem como prescrever e implementar medidas de enfermagem visando a promoção, prevenção, proteção da saúde, recuperação e reabilitação do usuário, família e comunidade (COFEN, 1993).
Interpretação	Interpretação	Mensura a realização de consultas de enfermagem aos idosos adstritos na área.
Justificativa	Justificativa	A consulta de enfermagem direcionada ao idoso em geral possibilita a identificação precoce de problemas de saúde comuns a esta população favorecendo a intervenção.
Dimensão	Dimensão	Cuidado.
Subdimensão	Subdimensão	Acesso.
Método de cálculo	Método de cálculo	Número de idosos consultados no último ano Número de idosos adstritos no último ano
Numerador	Numerador	x100
Denominador	Denominador	
Fonte de dados	Fonte de dados	Planilhas de movimento diária do enfermeiro e controle da população adstrita.
Valor de referência	Valor de referência	
Referências	Referências	_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Caderno de Atenção Básica 19. Envelhecimento e saúde da pessoa idosa. Brasília: Ministério da Saúde, 2006a. 192 p. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/envelhecimento_saude_pessoa_idosa_n19.pdf>. Acesso em: 04 Mai 2015. CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). Resolução nº159 de 19 de abril de 1993. Dispõe sobre a consulta de enfermagem. Disponível em: <http://novo.portalcofen.gov.br/resoluco-cofen-1591993_4241.html>. Acesso em: 25 jun. 2014. MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. Atenção a saúde do idoso. Belo Horizonte: SAS/MG, 2006. 186 p. Disponível em: <http://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/LinhaGuaSaudeIdoso.pdf>. Acesso em: 04 Mai 2015.
Limitações	Limitações	Problemas na estimativa da população-alvo e qualidade do registro.
Observações	Observações	

Nome do indicador	Avaliação do idoso na consulta de enfermagem.		
Definição	Percentual de consultas ao idoso realizadas pelo enfermeiro contendo a avaliação multidimensional rápida.		
Interpretação	Mensura a realização da avaliação multidimensional rápida nas consultas ao idoso realizadas pelo enfermeiro.		
Justificativa	A consulta de enfermagem é uma atividade privativa do enfermeiro para identificar situações de saúde/doença, bem como prescrever e implementar medidas de enfermagem visando a promoção, prevenção, proteção da saúde, recuperação e reabilitação do usuário, família e comunidade (COFEN, 1993). Na consulta ao idoso sugere-se que sejam realizados: a avaliação multidimensional rápida (BRASIL, 2006a), os exames da cavidade oral e superfície corporal (BRASIL, 2012; 2009; 2005) e avaliação da alimentação e peso (BRASIL, 2006b). Para este indicador, será considerado o critério-resumo a avaliação multidimensional rápida, pois possibilita o rastreamento de diversos problemas de saúde comuns a esta população favorecendo a intervenção.		Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Cadernos de Atenção Básica n. 12. Obesidade . Brasília: Ministério da Saúde, 2006b. 108p. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/cadernos_a_b/abcad12.pdf>. Acesso em: 10 ago. 2015.
Dimensão	Cuidado.		Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Caderno de Auto-Avaliação n.5 . Equipe Saúde da Família - Parte 2. 3. ed. - Brasília: Ministério da Saúde, 2009. 110p.
Subdimensão	Adequação.		Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Autoavaliação para a Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica : AMAQ. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. 134p. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/sistemas/pmaq/amaq.pdf>. Acesso em: 03 Ago 2015.
Método de cálculo	$\frac{\text{Número de idosos consultados com avaliação multidimensional rápida no último ano}}{\text{Número de idosos consultados no último ano}} \times 100$		CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). Resolução nº 358 de 15 de outubro de 2009 . Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem, e dá outras providências. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/resoluco-cofen-3582009_4384.html>. Acesso: 12 Nov 2015.
Fonte de dados	Consulta aos prontuários dos idosos e planilha de movimento diária do enfermeiro.		
Valor de referência	Deve ser realizada a avaliação multidimensional rápida anualmente.		
Referências	BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Avaliação para melhoria da qualidade da estratégia saúde da família . Brasília: Ministério da Saúde, 2005. 107p.		Resolução nº159 de 19 de abril de 1993 . Dispõe sobre a consulta de enfermagem. Disponível em: <http://novo.portalcofen.gov.br/resoluco-cofen-1591993_4241.html>. Acesso em: 25 jun. 2014.
	Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Caderno de Atenção Básica 19. Envelhecimento e saúde da pessoa idosa . Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 192 p. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/envelhecimento_saude_pessoa_idosa_n19.pdf>. Acesso em: 04 Mai 2015.		MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. Atenção a saúde do idoso . Belo Horizonte: SAS/MG, 2006. 186 p. Disponível em: <http://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/LinhaGuiaSaudeIdoso.pdf>. Acesso em: 04 Mai 2015.
	Envelhecimento e saúde da pessoa idosa . Brasília, DF: Editora MS, 2006d. (Caderno de Atenção Básica: 19). 192p. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/envelhecimento_saude_pessoa_idosa_n19.pdf>. Acesso em: 04 mai. 2015.		Problemas na estimativa da população-alvo e qualidade do registro.
		Limitações	
		Observações	

	Resolução nº159 de 19 de abril de 1993. Dispõe sobre a consulta de enfermagem. Disponível em: < http://novo.portalcofen.gov.br/resoluco-cofen-1591993_4241.html >. Acesso em: 25 jun. 2014.
Limitações	Problemas na estimativa da população-alvo e limitações da qualidade do registro.
Observações	

Nome do indicador	Consulta para rastreamento de diabetes mellitus.
Definição	• Percentual de idosos rastreados para diabetes mellitus pelo enfermeiro. • É uma atividade privativa do enfermeiro para identificar situações de saúde/doença, bem como prescrever e implementar medidas de enfermagem visando a promoção, prevenção, proteção da saúde, recuperação e reabilitação do usuário, família e comunidade (COFEN, 1993).
Interpretação	Mensura o rastreamento do idoso para diabetes mellitus pelo enfermeiro.
Justificativa	Segundo a <i>American Diabetes Association</i> devem ser rastreados para o diabetes mellitus todos os indivíduos com 45 anos e mais (BRASIL, 2013). As consultas de rastreio devem conter: o histórico, o exame físico e a solicitação de exames (BRASIL, 2013). O critério-resumo deste indicador será a solicitação de exames laboratoriais considerando que os indivíduos com fatores de risco para o diabetes mellitus deverão ser encaminhados para consulta de rastreamento; nesta deverá ser solicitado o exame de glicemia e realizado encaminhado para estabelecimento do diagnóstico (BRASIL, 2013).
Dimensão	Cuidado.
Subdimensão	Adequação.
Método de cálculo	Número de consultas de rastreio com solicitação de exames no último ano
Numerador	Número consultas de rastreio no último ano
Denominador	x100
Fonte de dados	Dados do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB)/Hiperdia/e-SUS e prontuário dos idosos rastreados para o diabetes mellitus.
Valor de referência	Será considerado rastreio adequado conforme as recomendações a seguir: • Não existem evidências para a frequência do rastreamento ideal: segundo a <i>American Diabetes Association</i> (2013) os resultados negativos podem ser testados a cada três anos [Grau de Recomendação E] (BRASIL, 2013).
Referências	AMERICAN DIABETES ASSOCIATION (ADA). Standards of Medical Care in Diabetes 2013. Diabetes Care, v.36, suppl.1, p.s11-66, 2013. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: diabetes mellitus. Brasília, DF: Editora MS, 2013. (Cadernos de Atenção Básica: 36) 160p. Disponível em:<http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/cadern_o_36.pdf>. Acesso em: 26 ago. 2015.
	CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN).

	ab/abcd29.pdf>. Acesso em: 07 ago. 2015.
	Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Cadernos de Atenção Básica n. 26. Saúde sexual e saúde reprodutiva . Brasília: Ministério da Saúde, 2010b. 300p. Disponível em: < http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/cadernos_ab/abcd26.pdf >. Acesso em: 07 ago. 2015.
Limitações	Problemas na estimativa da população-alvo e limitações da qualidade do registro.
Observações	- Recomenda-se contra o rastreamento de rotina de câncer do colo do útero em mulheres maiores de 65 anos que tiveram um rastreamento com Papanicolau normal e que não fazem parte de grupo de alto risco para esse câncer (se últimos exames estiverem normais) [Grau de recomendação D] (BRASIL, 2010a; 2010b). - Observar ferramenta de coleta.

Nome do indicador	Consulta de enfermagem ginecológica.
Definição	Percentual de consultas de enfermagem ginecológica a idosa com 60 a 69 anos.
Interpretação	Mensura a realização de consultas de enfermagem ginecológica a idosa com 60 a 69 anos.
Justificativa	A consulta de enfermagem é uma atividade privativa do enfermeiro para identificar situações de saúde/doença, bem como prescrever e implementar medidas de enfermagem visando a promoção, prevenção, proteção da saúde, recuperação e reabilitação do usuário, família e comunidade (COFEN, 1993). A consulta de enfermagem ginecológica possibilita identificar o acompanhamento desta população favorecendo a identificação precoce de problemas ginecológicos. Mulheres de 50 a 69 anos devem realizar o exame clínico das mamas anualmente (BRASIL, 2010a) justificando a consulta anual.
Dimensão	Cuidado.
Subdimensão	Adequação.
Método de cálculo <i>Numerador</i> <i>Denominador</i>	Número de mulheres de 60 a 69 anos que realizaram consulta ginecológica de enfermagem no último ano Número de mulheres de 60 a 69 anos no último ano x100
Fonte de dados	Dados do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB)/e-SUS e caderno de exames citológicos em determinado período de tempo.
Valor de referência	A rotina preconizada no rastreamento é a cada três anos, após dois exames normais consecutivos no intervalo de um ano (BRASIL, 2010a).
Referências	BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Controle dos cânceres do colo do útero e da mama . Brasília, DF: Editora MS, 2013a. (Cadernos de Atenção Básica: 13) 124p. Disponível em: < http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/cab13.pdf >. Acesso em: 26 ago. 2015.
	Instrumento de Avaliação Externa para as Equipes de Atenção Básica – saúde da família e equipe parametrizada. Brasília, DF: Editora MS, 2013b. 128p. Disponível em: < http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/instrumento_ae_sfp.pdf >. Acesso em: 03 ago. 2015.
	Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Cadernos de Atenção Primária n. 29. Rastreamento . Brasília: Ministério da Saúde, 2010a. 95p. Disponível em: < http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/cadernos_

Nome do indicador	Avaliação da idosa na consulta de enfermagem ginecológica.	ab/abcad26.pdf>. Acesso em: 07 ago. 2015.
Definição	• Percentual de consultas de enfermagem ginecológica às idosas com 60 a 69 anos com exame clínico das mamas. • É uma atividade privativa do enfermeiro para identificar situações de saúde/doença, bem como prescrever e implementar medidas de enfermagem visando a promoção, prevenção, proteção da saúde, recuperação e reabilitação do usuário, família e comunidade (COFEN, 1993).	Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Cadernos de Atenção Básica n.13. Controle dos cânceres do colo do útero e da mama . Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2013a. 124p. Disponível em:< http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/cab13.pdf >. Acesso em: 26 Ago 2015.
Interpretação	Mensura a realização do exame clínico das mamas nas consultas de enfermagem ginecológica às idosas com 60 a 69 anos.	Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Instrumento de Avaliação Externa para as Equipes de Atenção Básica – saúde da família e equipe parametrizada [Internet]. Brasília, DF: Editora MS, 2013b. Disponível em: < http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/instrumento_ae_sfp.pdf >. Acesso em: 03 Ago 2015.
Justificativa	Na consulta de enfermagem ginecológica deve ser avaliada a história clínica, realizado o preenchimento dos dados nos formulários para requisição de exame citopatológico, o exame clínico das mamas e o exame citopatológico (BRASIL, 2013). O critério-resumo deste indicador será o exame clínico das mamas devido a maior incidência e maior mortalidade do câncer de mama na população feminina em todo o mundo (INSTITUTO NACIONAL DE CANCER, 2015); este exame deve ser realizado anualmente entre as mulheres de 50 a 69 anos como umas das medidas de rastreio (BRASIL, 2013).	CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). Resolução nº159 de 19 de abril de 1993 . Dispõe sobre a consulta de enfermagem. Disponível em: < http://novo.portalfcofen.gov.br/resolucao-cofen-1591993_4241.html >. Acesso em: 25 jun. 2014.
Dimensão	Cuidado.	INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER José Alencar Gomes da Silva. Coordenação de Prevenção e Vigilância. Estimativa 2016 - incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA, 2015. 122p.
Método de cálculo <i>Numerador</i> <i>Denominador</i>	Adequação. Número de consultas ginecológicas entre mulheres de 60 a 69 com exame clínico das mamas no último ano Número de consultas ginecológicas de enfermagem entre mulheres de 60 a 69 anos no último ano x100	Problemas na estimativa da população-alvo e limitações da qualidade do registro.
Fonte de dados	Consulta aos prontuários e caderno de exames citológicos em determinado período de tempo.	• Recomenda-se contra o rastreamento de rotina de câncer do colo do útero em mulheres maiores de 65 anos que tiveram um rastreamento com Papanicolaou normal e que não fazem parte de grupo de alto risco para esse câncer (se últimos exames estiverem normais) [Grau de recomendação D] (BRASIL, 2010a; 2010b).
Valor de referência Referências	BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Cadernos de Atenção Primária n. 29. Rastreamento . Brasília: Ministério da Saúde, 2010a. 95p. Disponível em:< http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/cadernos_ab/abcad29.pdf >. Acesso em: 07 ago. 2015.	
	Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Cadernos de Atenção Básica n. 26. Saúde sexual e saúde reprodutiva . Brasília: Ministério da Saúde, 2010b. 300p. Disponível em:< http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/cadernos	

	2015. MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. Atenção a saúde do idoso . Belo Horizonte: SAS/IMG, 2006. 186 p. Disponível em: < http://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/LinhaGuiaSaudeIdoso.pdf >. Acesso em: 04 Mai 2015. SOCIEDADE BRASILEIRA DE GERIATRIA E GERONTOLOGIA; SOCIEDADE BRASILEIRA DE IMUNIZAÇÕES. Guia de vacinação – geriatria. Disponível em: < http://sbogg.org.br/wp-content/uploads/2014/10/guia-de-vacinas.pdf >. Acesso em: 21 mar 2016. SOCIEDADE BRASILEIRA DE IMUNIZAÇÕES (SBMI). Calendário de Vacinação do idoso . Disponível em: < http://www.sbm.org.br/wp-content/uploads/2015/10/calend-sbm-idoso-acima-60-anos-2015-16-150909-spread.pdf >. Acesso em 27 Nov 2015. Problemas na estimativa da população-alvo e limitações da qualidade do registro.
Limitações	
Observações	• Grupos de risco (BRASIL, 2014b): ◦ HIV/Aids; asplenia anatômica ou funcional e doenças relacionadas; pneumopatias crônicas; exceto asma intermitente ou persistente leve; asma persistente moderada ou grave; cardiopatias crônicas; nefropatias crônicas/hemodilise/síndrome nefrótica; transplantados de órgãos sólidos ou de células-tronco hematopoiéticas (medula óssea); imunodeficiência devido ao câncer ou a imunodepressão terapêutica; diabetes mellitus; fistula líquórica; fibrose cística (mucoviscidose); doenças neurológicas crônicas incapacitantes; implante de cóclea; trissomias; imunodeficiências congênitas; hepatopatias crônicas; doenças de depósito; idosos hospitalizados ou residentes em instituições fechadas, como asilos, casas geriátricas e casas de repouso.

Nome do indicador	Cartão vacinal adequado.
Definição	Percentual de idosos vacinados para influenza, tétano, pneumococo (se necessário).
Interpretação	Mensura o percentual de idosos vacinados conforme calendário nacional.
Justificativa	A imunização faz parte dos programas de prevenção e promoção da saúde do idoso estando diretamente relacionada com a melhor qualidade e expectativa de vida (SOCIEDADE BRASILEIRA DE GERIATRIA E GERONTOLOGIA; SOCIEDADE BRASILEIRA DE IMUNIZAÇÕES, 2014).
Dimensão	Cuidado.
Subdimensão	Adequação.
Método de cálculo <i>Numerador</i> <i>Denominador</i>	Número de idosos com cartão vacinal adequado no último ano Número total de idosos da área adstrita no último ano *Adaptado de Brasil (2012).
Fonte de dados	Prontuário/cartão vacinal dos idosos e dados do e-SUS.
Valor de referência	• Será considerado como cartão vacinal adequado o cartão de vacina que estiver com atualizado (em dia) sendo: dupla adulto a cada 10 anos (BRASIL, 2014); influenza anual; pneumococo VPP23 para grupos de risco (sendo a segunda dose cinco anos após a primeira dose) (SOCIEDADE BRASILEIRA DE IMUNIZAÇÕES, 2015).
Referências	BRASIL a. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. Manual de Normas e Procedimentos para Vacinação . Brasília: Ministério da Saúde, 2014a. 176p. Disponível em: < http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_procedimentos_vacinacao.pdf >. Acesso em: 17 Nov 2015. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. Manual dos Centros de Referência para Imunobiológicos Especiais . Brasília: Ministério da Saúde, 2014b. 160p. Disponível em: < http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/01VACINA/manual_crie_.pdf >. Acesso em: 04 Dez 2015. Ministério da Saúde. Programa nacional de melhoria do acesso e da qualidade da atenção básica (PMAQ) : manual instrutivo. Anexo: ficha de qualificação dos indicadores. Brasília, 2012. (No prelo, versão preliminar março de 2012). Disponível em: < http://189.28.128.100/dab/docs/sistemas/Pmaq/manual_instrutivo_pmaq_site_anexo.pdf >. Acesso em: 31 Ago

Nome do indicador	Utilização da caderneta do idoso nos atendimentos de enfermagem.	Nome do indicador	Consulta de enfermagem ao idoso com diabetes mellitus.
Definição	Percentual de utilização da caderneta do idoso nos atendimentos de enfermagem.	Definição	- Percentual de idosos com diabetes mellitus com estratificação do risco de acordo com o controle metabólico realizada pelo enfermeiro. - É uma atividade privativa do enfermeiro para identificar situações de saúde/doença, bem como prescrever e implementar medidas de enfermagem visando a promoção, prevenção, proteção da saúde, recuperação e reabilitação do usuário, família e comunidade (COFEN, 1993).
Interpretação	Mensura o registro do atendimento de enfermagem realizado favorece o acompanhamento das condições de saúde do idoso.	Interpretação	Mensura a realização de estratificação do risco de acordo com o controle metabólico pelo enfermeiro ao idoso com diabetes mellitus.
Justificativa	O registro do atendimento de enfermagem realizado favorece o acompanhamento das condições de saúde do idoso.	Justificativa	A periodicidade de consultas pelo enfermeiro relaciona-se a estratificação de risco (MINAS GERAIS, 2013; BRASIL, 2013a) sendo que o Ministério da Saúde sugere, para o diabetes mellitus, conforme o controle metabólico (BRASIL, 2013a) podendo contribuir para melhoria da assistência no diabetes mellitus. O critério-resumo deste indicador será a estratificação de risco de acordo com o controle metabólico.
Dimensão	Cuidado.	Dimensão	Cuidado.
Subdimensão	Continuidade.	Subdimensão	Continuidade.
Método de cálculo	$\frac{\text{Número de idosos atendidos pelo enfermeiro com anotação na caderneta no último ano}}{\text{Número de idosos atendidos pelo enfermeiro em determinado período no último ano}} \times 100$	Método de cálculo	$\frac{\text{Número de idosos com diabetes mellitus que o enfermeiro realizou estratificação de risco no último ano}}{\text{Número de idosos com diabetes mellitus no último ano}} \times 100$
Fonte de dados	Consultas aos prontuários dos idosos e planilha de movimento diária do enfermeiro.	Fonte de dados	Consulta aos prontuários dos idosos com diabetes mellitus e controle da população adstrita ou ficha de cadastro individual do e-SUS.
Valor de referência	Todos os profissionais devem utilizar a caderneta do idoso em todas as situações de atendimento (BRASIL, 2013).	Valor de referência	
Referências	BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Autoavaliação para a Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica . AMAQ. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. 134p. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/sistemas/pmaq/amaq.pdf>. Acesso em: 03 Ago 2015.	Referências	BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Cadernos de Atenção Básica n. 16. Diabetes mellitus . Brasília: Ministério da Saúde, 2006a. 64p. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/cadernos_a_b/abcad16.pdf>. Acesso em: 10 ago. 2015.
Limitações	Problemas na estimativa da população-alvo e limitações da qualidade do registro.		a. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Cadernos de Atenção Básica n. 36. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica . diabetes mellitus. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 160p. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/cadernos_36.pdf>. Acesso em: 26 Ago 2015.
Observações	Delimitou-se para este indicador os atendimentos realizados apenas pelo enfermeiro.		

	b. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Instrumento de Avaliação Externa para as Equipes de Atenção Básica – saúde da família e equipe parametrizada [Internet]. Brasília, DF: Editora MS, 2013. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/instrumento_ae_sfp.pdf>. Acesso em: 03 Ago 2015. CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). Resolução nº159 de 19 de abril de 1993. Dispõe sobre a consulta de enfermagem. Disponível em: <http://novo.portalcofen.gov.br/resoluco-cofen-1591993_4241.html>. Acesso em: 25 jun. 2014. MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. Linha-guia de hipertensão arterial sistêmica, diabetes mellitus e doença renal crônica. Belo Horizonte: SAS/MG, 2013. 203p. Disponível em: <http://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/guia_d_e_hipertensao.pdf>. Acesso em: 04 Mai 2015.
Limitações	Problemas na estimativa da população-alvo e limitações da qualidade do registro.
Observações	A programação do cuidado não deve ser rígida e se limitar ao critério de controle metabólico ou presença de uma doença específica. É importante considerar os determinantes sociais de saúde, os princípios da Atenção Básica descritos na Política Nacional de Atenção Básica, as necessidades individuais e as intercorrências clínicas (BRASIL, 2013).
Nome do indicador	Avaliação do idoso com diabetes mellitus na consulta de enfermagem.
Definição	- Percentual de consultas ao idoso com diabetes mellitus realizadas pelo enfermeiro contendo a classificação de risco dos pés. - É uma atividade privativa do enfermeiro para identificar situações de saúde/doença, bem como prescrever e implementar medidas de enfermagem visando a promoção, prevenção, proteção da saúde, recuperação e reabilitação do usuário, família e comunidade (COFEN, 1993).
Interpretação	Mensura a realização de consultas de enfermagem ao idoso com diabetes mellitus contendo a classificação de risco dos pés.
Justificativa	A consulta de enfermagem ao idoso com diabetes mellitus engloba os passos preconizados (incluindo histórico e exame físico completo), a dispensação correta da medicação, orientações para atividade física conforme fluxograma e monitoramento em vigilância alimentar e nutricional (BRASIL, 2006a; 2008; 2013a). O critério-resumo deste indicador será a classificação de risco dos pés por exigir dados da anamnese e exame clínico.
Dimensão	Cuidado.
Subdimensão	Adequação.
Método de cálculo	Número de consultas contendo a classificação de risco dos pés no último ano
Numeração	Número de consultas aos idosos com diabetes mellitus no último ano
Denominador	x100
Fonte de dados	Consulta aos prontuários dos idosos diabéticos e planilha de movimento diária do enfermeiro.
Valor de referência	Deve ser realizado o exame dos pés anualmente.
Referências	BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Cadernos de Atenção Básica n. 16. Diabetes mellitus. Brasília: Ministério da Saúde, 2006a. 64p. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/cadernos_a_b/abcad16.pdf>. Acesso em: 10 ago. 2015. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Cadernos de Atenção Básica 14. Prevenção clínica de doenças cardiovasculares, cerebrovasculares e renais. Brasília: Ministério da Saúde, 2006b. 56p. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/cadernos_a_b/abcad14.pdf>. Acesso em: 10 ago. 2015. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Protocolos do

	Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional – SISVAN na assistência à saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2008. 61p. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/pr otocolo_sisvan.pdf>. Acesso em: 26 ago. 2015. _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Cadernos de Atenção Básica n. 36. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: diabetes mellitus. Brasília: Ministério da Saúde, 2013a. 160p. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/ca demo_36.pdf>. Acesso em: 26 Ago 2015. _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Instrumento de Avaliação Externa para as Equipes de Atenção Básica – saúde da família e equipe parametrizada [Internet]. Brasília, DF: Editora MS, 2013b. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/instru mento_ae_sfp.pdf>. Acesso em: 03 Ago 2015. _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Cadernos de Atenção Básica n. 38. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: obesidade. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 212p. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estrategias_cuid ado_doenca_cronica_obesidade_cab38.pdf>. Acesso: 18 Ago 2015. CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). Resolução nº159 de 19 de abril de 1993. Dispõe sobre a consulta de enfermagem. Disponível em: <http://novo.portalfcofen.gov.br/resoluco-cofen-1591993_4241.html>. Acesso em: 25 jun. 2014. MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. Linha-guia de hipertensão arterial sistêmica, diabetes mellitus e doença renal crônica. Belo Horizonte: SAS/MG, 2013. 203p. Disponível em: <http://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/guia_d e_hipertensao.pdf>. Acesso em: 04 Mai 2015. Limitações Problemas na estimativa da população-alvo e limitações da qualidade do registro. Observações O Ministério da Saúde preconiza os passos na consulta de enfermagem para acompanhamento do indivíduo com diabetes mellitus (BRASIL, 2013a) e itens a serem avaliados (BRASIL, 2008).
Nome do indicador Definição Interpretação Justificativa Dimensão Subdimensão Método de cálculo <i>Numerador</i> <i>Denominador</i> Fonte de dados Valor de referência Referências	Consulta de enfermagem ao idoso com hipertensão arterial sistêmica. - Percentual de consultas realizadas pelo enfermeiro ao idoso com hipertensão arterial sistêmica com estratificação de risco cardiovascular. - É uma atividade privativa do enfermeiro para identificar situações de saúde/doença, bem como prescrever e implementar medidas de enfermagem visando a promoção, prevenção, proteção da saúde, recuperação e reabilitação do usuário, família e comunidade (COFEN, 1993). Mensura de estratificação de risco cardiovascular nas consultas ao idoso com hipertensão arterial sistêmica pelo enfermeiro. A periodicidade de acompanhamento pelo enfermeiro relaciona-se a estratificação de risco cardiovascular (BRASIL, 2013a) podendo contribuir para melhoria da assistência na hipertensão arterial. O critério-resumo deste indicador será a estratificação de risco cardiovascular. Cuidado. Continuidade. Número de idosos com hipertensão arterial que o enfermeiro realizou estratificação de risco cardiovascular no último ano Número de idosos com hipertensão arterial no último ano Consulta aos prontuários dos idosos com hipertensão arterial e controle da população adstrita ou ficha de cadastro individual do e-SUS. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Cadernos de Atenção Básica n. 15. Hipertensão arterial sistêmica para o Sistema Único de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 58p. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/cadernos_a bi/abcad15.pdf>. Acesso em: 10 ago. 2015. _____. a. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Cadernos de Atenção Básica n. 37. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 128p. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/ca demo_37.pdf>. Acesso em: 26 Ago 2015. _____. b. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Instrumento de

Nome do indicador	Definição Avaliação do idoso com hipertensão arterial sistêmica na consulta de enfermagem. - Percentual de consultas realizadas pelo enfermeiro ao idoso com hipertensão arterial sistêmica direcionada aos fatores de risco que influenciam no controle da doença. - É uma atividade privativa do enfermeiro para identificar situações de saúde/doença, bem como prescrever e implementar medidas de enfermagem visando a promoção, prevenção, proteção da saúde, recuperação e reabilitação do usuário, família e comunidade (COFEN, 1993).
Interpretação	Mensura a realização de consultas de enfermagem ao idoso com hipertensão arterial sistêmica direcionada aos fatores de risco que influenciam no controle da doença.
Justificativa	O Ministério da Saúde preconiza que as consultas de enfermagem sejam direcionadas à abordagem dos fatores de risco que influenciam o controle da hipertensão arterial, devendo-se realizar os passos (incluindo histórico e exame físico completo) (BRASIL, 2013), a avaliação do risco cardiovascular, a dispensação correta da medicação, o monitoramento em vigilância alimentar e nutricional (BRASIL, 2008) e as orientações para atividade física conforme fluxograma (BRASIL, 2013). Para este indicador o critério-resumo será a abordagem dos fatores de risco que influenciam o controle da hipertensão arterial (mudanças no estilo de vida, o incentivo à atividade física, à redução do peso corporal quando acima do índice de massa corporal e o abandono do tabagismo) conforme tem sido recomendado (BRASIL, 2013a).
Dimensão	Cuidado.
Subdimensão	Adequação.
Método de cálculo	$\frac{\text{Número de consultas ao idoso com hipertensão arterial direcionada aos fatores de risco no último ano}}{\text{Número de consultas aos idosos com hipertensão arterial no último ano}} \times 100$
Fonte de dados	Consulta aos prontuários dos idosos com hipertensão arterial e planilha de movimento diária do enfermeiro.
Valor de referência	
Referências	BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Cadernos de Atenção Básica n. 15. Hipertensão arterial sistêmica para o Sistema Único de Saúde . Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 58p. em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/cadernos_a_b/abcad15.pdf>. Acesso em: 10 ago. 2015.

	Avaliação Externa para as Equipes de Atenção Básica – saúde da família e equipe parametrizada [Internet]. Brasília, DF: Editora MS, 2013. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/instrumento_ae_sfp.pdf>. Acesso em: 03 Ago 2015. CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). Resolução nº159 de 19 de abril de 1993. Dispõe sobre a consulta de enfermagem. Disponível em: <http://novo.portalcofen.gov.br/resolucao-cofen-1591993_4241.html>. Acesso em: 25 jun. 2014. MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. Linha-guia de hipertensão arterial sistêmica, diabetes mellitus e doença renal crônica. Belo Horizonte: SAS/MG, 2013. 203p. Disponível em: <http://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/guia_d_e_hipertensao.pdf>. Acesso em: 04 Mai 2015.
Limitações	Problemas na estimativa da população-alvo e limitações da qualidade do registro.
Observações	

	_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Protocolos do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional – SISVAN na assistência à saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2008. 61p. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/pr otocolo_sisvan.pdf>. Acesso em: 26 ago. 2015. a. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Cadernos de Atenção Básica n. 37. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 128p. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/ca derno_37.pdf>. Acesso em: 26 Ago 2015. b. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Instrumento de Avaliação Externa para as Equipes de Atenção Básica – saúde da família e equipe parametrizada [Internet]. Brasília, DF: Editora MS, 2013. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/instru mento_ae_sfp.pdf>. Acesso em: 03 Ago 2015. _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Cadernos de Atenção Básica n. 38. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: obesidade. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 212p. Disponível em: <http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estrategias_cuid ado_doenca_cronica_obesidade_cab38.pdf>. Acesso: 18 Ago 2015. CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). Resolução nº159 de 19 de abril de 1993. Dispõe sobre a consulta de enfermagem. Disponível em: <http://novo.portalcofen.gov.br/resoluco-cofen-1591993_4241.html>. Acesso em: 25 jun. 2014. MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. Linha-guia de hipertensão arterial sistêmica, diabetes mellitus e doença renal crônica. Belo Horizonte: SAS/MG, 2013. 203p. Disponível em: <http://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/guia_d e_hipertensao.pdf>. Acesso em: 04 Mai 2015.	
Limitações	Problemas na estimativa da população-alvo e limitações da qualidade do registro.	
Observações		
Nome do indicador	Consulta de enfermagem ao idoso com pressão arterial limítrofe.	
Definição	• Percentual de estratificação de risco cardiovascular na consulta de enfermagem aos idosos com pressão arterial limítrofe e fatores de risco para doenças cardiovasculares; • Pressão arterial limítrofe refere-se a pressão arterial entre 130/85 a 139/89mmHg (BRASIL, 2013); • É uma atividade privativa do enfermeiro para identificar situações de saúde/doença, bem como prescrever e implementar medidas de enfermagem visando a promoção, prevenção, proteção da saúde, recuperação e reabilitação do usuário, família e comunidade (COFEN, 1993).	
Interpretação	Mensura a realização da estratificação de risco cardiovascular nas consultas de enfermagem aos idosos com pressão arterial limítrofe e fatores de risco para doenças cardiovasculares.	
Justificativa	O critério sugerido para a periodicidade de acompanhamento dos usuários com pressão limítrofe é a estratificação do risco cardiovascular pelo escore de Framingham, que define os parâmetros de cuidado (BRASIL, 2013) sendo este o critério-resumo do indicar.	
Dimensão	Cuidado.	
Subdimensão	Continuidade.	
Método de cálculo	Número de idosos com pressão arterial limítrofe que o enfermeiro realizou estratificação de risco cardiovascular	x100
Numrador Denominador	Número de idosos com pressão arterial limítrofe no último ano	
Fonte de dados	Consulta aos prontuários dos idosos com pressão arterial entre 130/85 a 139/89mmHg (pressão arterial limítrofe) e fatores de risco para doenças cardiovasculares e controle da população adstrita.	
Valor de referência		
Referências	BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Cadernos de Atenção Básica n. 15. Hipertensão arterial sistêmica para o Sistema Único de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2006a. 58p. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/cadernos_ab/abc ad15.pdf>. Acesso em: 10 ago. 2015. _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Cadernos de Atenção Básica n. 14. Prevenção clínica de doenças cardiovasculares, cerebrovasculares e renais. Brasília: Ministério da Saúde, 2006b. 56p. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/cadernos_ab/abc ad14.pdf>. Acesso em: 10 ago. 2015. _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Cadernos de Atenção Básica n. 15. Hipertensão arterial sistêmica para o Sistema Único de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2006a. 58p. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/cadernos_ab/abc ad15.pdf>. Acesso em: 10 ago. 2015.	

	Departamento de Atenção Básica. Cadernos de Atenção Básica n. 37. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 128p. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/cadern_o_37.pdf>. Acesso em: 26 Ago 2015. CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). Resolução nº159 de 19 de abril de 1993. Dispõe sobre a consulta de enfermagem. Disponível em: <http://novo.portalfcofen.gov.br/resoluco-cofen-1591993_4241.html>. Acesso em: 25 Jun. 2014.
Limitações	- Considera apenas os idosos sem hipertensão arterial sistêmica, com pressão arterial limítrofe e que apresentam fatores de risco para doenças cardiovasculares (história familiar de doença arterial coronariana prematura; tabagismo; hipercolesterolemia; diabetes mellitus; obesidade abdominal; sedentarismo; dieta pobre em frutas e vegetais; índice de massa corporal (IMC) >30 kg/m²; gordura abdominal; estresse psicossocial) (BRASIL, 2006b); - Problemas na estimativa da população-alvo e limitações da qualidade do registro.
Observações	A periodicidade de acompanhamento pelo enfermeiro relaciona-se a estratificação de risco cardiovascular (BRASIL, 2013).
	Nome do indicador
	Definição Avaliação do idoso com pressão arterial limítrofe na consulta de enfermagem. - Percentual de consulta de enfermagem aos idosos com pressão arterial limítrofe e fatores de risco para doenças cardiovasculares com avaliação antropométrica (índice de massa corporal e circunferência abdominal); - Pressão arterial limítrofe refere-se a pressão arterial entre 130/85 a 139/89mmHg (BRASIL, 2013); - É uma atividade privativa do enfermeiro para identificar situações de saúde/doença, bem como prescrever e implementar medidas de enfermagem visando a promoção, prevenção, proteção da saúde, recuperação e reabilitação do usuário, família e comunidade (COFEN, 1993).
	Interpretação Mensura a realização de avaliação antropométrica (índice de massa corporal e circunferência abdominal) nas consultas de enfermagem aos idosos com pressão arterial limítrofe e fatores de risco para doenças cardiovasculares.
	Justificativa A consulta de enfermagem deve ser direcionada a modificações o estilo de vida. Para tanto, é fundamental que o enfermeiro identifique os fatores de risco relacionados com a alimentação e realize orientações básicas sobre alimentação saudável. Sugere-se que as orientações nutricionais sejam realizadas conforme fluxograma de abordagem nutricional (BRASIL, 2013). Assim, o critério-resumo deste indicador será a avaliação antropométrica (índice de massa corporal e circunferência abdominal) por se tratar do primeiro item do fluxograma.
	Dimensão
	Subdimensão
	Método de cálculo Número consultas aos idosos com pressão arterial limítrofe com pelo menos uma avaliação antropométrica no último ano
	Numerador
	Denominador Número consultas aos idosos com pressão arterial limítrofe no último ano
	Fonte de dados Consulta aos prontuários dos idosos com pressão arterial limítrofe e fatores de risco para doenças cardiovasculares e planilha de movimento diária do enfermeiro.
	Valor de referência
	Referências BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Cadernos de Atenção Básica n. 15. Hipertensão arterial sistêmica para o Sistema Único de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2006a. 58p. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/cadernos_ab/abcad15.pdf>. Acesso em: 10 ago. 2015. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Cadernos de Atenção Básica n. 14. Prevenção clínica de doenças cardiovasculares, cerebrovasculares e renais. Brasília: Ministério da Saúde,

2006b. 56p. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/cadernos_ab/abc_ad14.pdf>. Acesso em: 10 ago. 2015. _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Cadernos de Atenção Básica n. 37. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 128p. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/cadernos_o_37.pdf>. Acesso em: 26 Ago 2015. CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). Resolução nº159 de 19 de abril de 1993. Dispõe sobre a consulta de enfermagem. Disponível em: <http://novo.portalcofen.gov.br/resoluco-cofen-1591993_4241.html>. Acesso em: 25 jun. 2014.	Nome do indicador Definição • Percentual de consultas ao idoso com sobrepeso/obesidade realizadas pelo enfermeiro. • É uma atividade privativa do enfermeiro para identificar situações de saúde/doença, bem como prescrever e implementar medidas de enfermagem visando a promoção, prevenção, proteção da saúde, recuperação e reabilitação do usuário, família e comunidade (COFEN, 1993). Interpretação Mensura a realização de consultas ao idoso com sobrepeso/obesidade realizadas pelo enfermeiro. Justificativa A consulta de enfermagem direcionada ao idoso com sobrepeso/obesidade possibilita o acompanhamento da sua condição de saúde e a identificação precoce de complicações favorecendo a intervenção. Dimensão Cuidado.
Subdimensão Método de cálculo $\frac{\text{Número de idosos com sobrepeso/obesidade consultados no último ano}}{\text{Número de idosos com sobrepeso/obesidade no último ano}} \times 100$ Fonte de dados Planilha de movimento diária do enfermeiro e controle da população adstrita. Valor de referência BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Cadernos de Atenção Básica n. 12. Obesidade. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 108p. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/cadernos_ab/abc_ad12.pdf>. Acesso em: 10 ago. 2015. Referências CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). Resolução nº159 de 19 de abril de 1993. Dispõe sobre a consulta de enfermagem. Disponível em: <http://novo.portalcofen.gov.br/resoluco-cofen-1591993_4241.html>. Acesso em: 25 jun. 2014.	Limitações • Problemas na estimativa da população-alvo e limitações da qualidade do registro. Observações Observar ferramenta de coleta.

Nome do indicador	Prescrição de cuidados em Atenção Domiciliar 1 (AD1).
Definição	Percentual de prescrição de cuidados pelo enfermeiro no prontuário domiciliar de idosos em AD1.
Interpretação	Mensura a prescrição de cuidados pelo enfermeiro no prontuário domiciliar de idosos em AD1.
Justificativa	A prescrição de cuidados pelo enfermeiro no domicílio, em prontuário domiciliar, constitui atividade fundamental para direcionar as ações do cuidador e familiares junto à pessoa assistida de modo a implementar e pactuar as atividades (BRASIL, 2012a).
Dimensão	Cuidado.
Subdimensão	Continuidade.
Método de cálculo <i>Numerador</i> <i>Denominador</i>	$\frac{\text{Número de idosos em AD1 com prescrição de cuidados de enfermagem no prontuário domiciliar em determinado período}}{\text{Número de idosos em AD1 em determinado período}} \times 100$
Fonte de dados	Controle de idosos em AD1 e consulta aos prontuários domiciliares dos idosos em Atenção Domiciliar 1.
Valor de referência	BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Caderno de atenção domiciliar . Vol.1. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. 105p. Disponível em: < http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/cad_vol1.pdf >. Acesso em: 04 Mai 2015.
Limitações	Problemas na estimativa da população-alvo e limitações da qualidade do registro.
Observações	

Nome do indicador	Avaliação do idoso com sobrepeso/obesidade na consulta de enfermagem.
Definição	• Percentual de consultas ao idoso com sobrepeso/obesidade realizadas pelo enfermeiro contendo mensuração dos dados antropométricos. • É uma atividade privativa do enfermeiro para identificar situações de saúde/doença, bem como prescrever e implementar medidas de enfermagem visando a promoção, prevenção, proteção da saúde, recuperação e reabilitação do usuário, família e comunidade (COFEN, 1993).
Interpretação	Mensura a identificação dos dados antropométricos nas consultas ao idoso com sobrepeso/obesidade realizadas pelo enfermeiro.
Justificativa	O Ministério da Saúde sugere um roteiro de consulta geral para acompanhamento dos casos de sobrepeso/obesidade contendo (BRASIL, 2006). Para este indicador o critério-resumo será a avaliação antropométrica (peso, índice de massa corporal e circunferência abdominal) considerando sua importância para que o estado nutricional seja identificado (BRASIL, 2006).
Dimensão	Adequação.
Subdimensão	Longitudinalidade e coordenação.
Método de cálculo <i>Numerador</i> <i>Denominador</i>	$\frac{\text{Número de consultas de enfermagem ao idoso com sobrepeso/obesidade contendo mensuração dos dados antropométricos no último ano}}{\text{Número de consultas aos idosos com sobrepeso/obesidade no último ano}} \times 100$
Fonte de dados	Consulta aos prontuários dos idosos e planilha de movimento diária do enfermeiro.
Valor de referência	
Referências	BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Cadernos de Atenção Básica n. 12. Obesidade . Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 108p. Disponível em: < http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/cadernos_ab/abc_ad12.pdf >. Acesso em: 10 ago. 2015. CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). Resolução nº159 de 19 de abril de 1993 . Dispõe sobre a consulta de enfermagem. Disponível em: < http://novo.portalcofen.gov.br/resoluco-cofen-1591993_4241.html >. Acesso em: 25 jun. 2014.
Limitações	• Problemas na estimativa da população-alvo e limitações da qualidade do registro.
Observações	

Nome do indicador	Visita domiciliar em Atenção Domiciliar 1 (AD1).
Definição	Percentual de idosos em AD 1 com classificação do nível de cuidado realizada pelo enfermeiro.
Interpretação	Mensura a classificação do nível de cuidado realizada pelo enfermeiro ao idoso em AD1 segundo avaliação da complexidade do paciente em AD1.
Justificativa	A visita domiciliar de enfermagem ao idoso em AD1 favorece o acompanhamento do seu estado de saúde, o planejamento e a implementação das ações bem como a avaliação da assistência prestada.
Dimensão	Cuidado.
Subdimensão	Acesso.
Método de cálculo <i>Numerador</i> <i>Denominador</i>	$\frac{\text{Número de idosos em AD1 com classificação do nível de cuidado em determinado período}}{\text{Número de idosos em AD1 em determinado período}} \times 100$
Fonte de dados	Consulta aos prontuários/prontuários domiciliares dos idosos e ficha de visita domiciliar e-SUS.
Valor de referência	
Referências	BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 963, de 27 de maio de 2013a. Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em: < http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0963_27_05_2013.html >. Acesso em: 20 Ago 2015. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de Atenção Básica. Caderno de atenção domiciliar . Vol.2. Brasília: Ministério da Saúde, 2013b. 206p. em: < http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/cad_vol2.pdf >. Acesso em: 04 Mai 2015.
Limitações	Problemas na estimativa da população-alvo e limitações da qualidade do registro.
Observações	- Idosos que necessitam de Atenção Domiciliar 1: I- possuem problemas de saúde controlados/compensados e com dificuldade ou impossibilidade física de locomoção até uma unidade de saúde; II - necessitam de cuidados de menor complexidade, incluídos os de recuperação nutricional, de menor frequência, com menor necessidade de recursos de saúde e dentro da capacidade de atendimento das unidades; e; III - não se enquadram nos critérios previstos para as modalidades Atenção Domiciliar 2 e 3 (BRASIL, 2013a); - A periodicidade das visitas de enfermagem relaciona-se ao nível de cuidado do idoso dado pela avaliação da complexidade do paciente em AD1 (BRASIL, 2013b).

FERRAMENTAS PARA COLETA DE DADOS DOS INDICADORES

Considerar para todos indicadores o período: x a x

1. INDICADORES PARA MENSURAÇÃO MEDIANTE AUDITORIA

Indicador: Planejamento de atividades direcionadas à população idosa.

Solicitar cópia do cronograma de planejamento mensal das atividades do enfermeiro (agenda) direcionadas aos idosos no último ano. Os 12 cronogramas contêm todos os itens:									
Mês	1.sim () 2.não ()			3.não possui cronograma ()			Atividades grupais	Atividades com cuidadores	
	Visita domiciliar	Médica	Consultas Odontológica	Enfermagem	Prática corporal/atividade física				
1.									
2.									
3.									
4.									
5.									
6.									
7.									
8.									
9.									
10.									
11.									
12.									

OBS.: Marcar 'X' em cada item encontrado no respectivo mês.

OBS.:

Indicador: Monitoramento da mobilidade física dos idosos.

Solicitar a análise do indicador do SISAP no último ano: "Proporção de idosos com limitação de mobilidade física", ou seja, o percentual de indivíduos com 60 anos ou mais que declararam ter dificuldade para andar mais de um quilômetro.
Possui: 1.sim () 2.não ()

OBS.:

Indicador: Avaliação das ações de saúde direcionadas a população idosa.
Solicitar a documentação de atividades internas de avaliação (registros de ciclos de melhoria ou projetos de intervenção com avaliação antes e depois) relacionada a assistência ao idoso nos três itens abaixo (pelo menos 1 nos últimos 12 meses):

Possui: 1. sim () 2. não ()		
Prática corporal/atividade física	Atividades grupais	Atividades com cuidadores
1. sim () 2. não ()	1. sim () 2. não ()	1. sim () 2. não ()
3. não desenvolve esta atividade ()	3. não desenvolve esta atividade ()	3. não desenvolve esta atividade ()

OBS.:

1. INDICADORES PARA MENSURAÇÃO POR QUESTIONÁRIO
Indicador: Coordenação da equipe de enfermagem e agentes comunitários de saúde no cuidado ao idoso.

Pergunta	ACS	Nunca (1)	Raramente (2)	Regularmente (3)	Frequentemente (4)	Sempre (5)
ACS "Com que frequência enfermeiro(a) investiga, nas visitas que você faz ao idoso, a existência do cuidador?"	ACS micro 1					
	ACS micro 2					
	ACS micro 3					
	ACS 4					
	ACS micro 5					
	ACS micro 6					

- Nunca= o enfermeiro não realiza a coordenação;
- Raramente= o enfermeiro realiza a coordenação até 25% das vezes;
- Regularmente= o enfermeiro realiza a coordenação de 26-50% das vezes;
- Frequentemente= o enfermeiro realiza a coordenação de 51-75% das vezes;
- Sempre= o enfermeiro realiza a coordenação acima de 75% das vezes.

Pergunta	TE/AE1:	Nunca (1)	Raramente (2)	Regularmente (3)	Frequentemente (4)	Sempre (5)
AE/TE "Com que frequência o enfermeiro(a) acompanha encaminhamentos que você realiza aos idosos para os serviços de saúde bucal?"	TE/AE1: _____					
	TE/AE2: _____					

- Nunca= o enfermeiro não realiza a coordenação;
- Raramente= o enfermeiro realiza a coordenação até 25% das vezes;
- Regularmente= o enfermeiro realiza a coordenação de 26-50% das vezes;
- Frequentemente= o enfermeiro realiza a coordenação de 51-75% das vezes;
- Sempre= o enfermeiro realiza a coordenação acima de 75% das vezes.

INDICADORES PARA MENSURAÇÃO MEDIANTE SUPERVISÃO

Indicador: Cobertura da consulta de enfermagem ao idoso.¹

Caso	Idoso (ID)	Idosos que o enfermeiro realizou consulta no último ano (últimos 12 meses)
1.		1.sim () 2.não ()
2.		1.sim () 2.não ()
3.		1.sim () 2.não ()
4.		1.sim () 2.não ()
5.		1.sim () 2.não ()
6.		1.sim () 2.não ()
7.		1.sim () 2.não ()
8.		1.sim () 2.não ()
9.		1.sim () 2.não ()
10.		1.sim () 2.não ()
11.		1.sim () 2.não ()
12.		1.sim () 2.não ()
13.		1.sim () 2.não ()
14.		1.sim () 2.não ()
15.		1.sim () 2.não ()
16.		1.sim () 2.não ()
17.		1.sim () 2.não ()
18.		1.sim () 2.não ()
19.		1.sim () 2.não ()
20.		1.sim () 2.não ()
21.		1.sim () 2.não ()
22.		1.sim () 2.não ()
23.		1.sim () 2.não ()
24.		1.sim () 2.não ()
25.		1.sim () 2.não ()
26.		1.sim () 2.não ()
27.		1.sim () 2.não ()
28.		1.sim () 2.não ()
29.		1.sim () 2.não ()
30.		1.sim () 2.não ()
Total (sim)		

¹Controle da população adstrita e sistema informatizado.
^{*}Solicitar lista de todos os idosos cadastrados, sortear o 1º aleatoriamente entre os primeiros da constante e os demais conforme intervalo amostral; verificar se teve consulta no período por meio do sistema informatizado (código de procedimento 30101003).

OBS.:

Indicador: Avaliação do idoso na consulta de enfermagem.¹

OBS.:

Caso	Idoso (ID)	Avaliação multidimensional rápida completa no último ano (seja menos uma)
1.		1.sim () 2.não ()
2.		1.sim () 2.não ()
3.		1.sim () 2.não ()
4.		1.sim () 2.não ()
5.		1.sim () 2.não ()
6.		1.sim () 2.não ()
7.		1.sim () 2.não ()
8.		1.sim () 2.não ()
9.		1.sim () 2.não ()
10.		1.sim () 2.não ()
11.		1.sim () 2.não ()
12.		1.sim () 2.não ()
13.		1.sim () 2.não ()
14.		1.sim () 2.não ()
15.		1.sim () 2.não ()
16.		1.sim () 2.não ()
17.		1.sim () 2.não ()
18.		1.sim () 2.não ()
19.		1.sim () 2.não ()
20.		1.sim () 2.não ()
21.		1.sim () 2.não ()
22.		1.sim () 2.não ()
23.		1.sim () 2.não ()
24.		1.sim () 2.não ()
25.		1.sim () 2.não ()
26.		1.sim () 2.não ()
27.		1.sim () 2.não ()
28.		1.sim () 2.não ()
29.		1.sim () 2.não ()
30.		1.sim () 2.não ()
Total (sum)		

¹Sistema informatizado e prontuário do idoso.

**Identificar todos os idosos consultados no último ano pelo sistema informatizado, sortear o 1º aleatoriamente entre os primeiros da constante e os demais conforme intervalo amostral; verificar os dados da consulta no prontuário.*

***A avaliação deverá ser considerada completa se abranger os todos seguintes itens, conforme instrumento abaixo: nutrição, visão, incontinência urinária, atividade sexual, humor/depressão, cognição /memória, função dos membros inferiores e superiores, atividades de vida diária, domicílio/quedas, suporte social.*

Indicador: Vacinação adequada ao idoso¹. Lista dos idosos com cartão espelho SPN

Caso	Idoso (ID)	Grupo de risco? (S/N)	Cartão vacinal adequado**
1.			1.sim () 2.não ()
2.			1.sim () 2.não ()
3.			1.sim () 2.não ()
4.			1.sim () 2.não ()
5.			1.sim () 2.não ()
6.			1.sim () 2.não ()
7.			1.sim () 2.não ()
8.			1.sim () 2.não ()
9.			1.sim () 2.não ()
10.			1.sim () 2.não ()
11.			1.sim () 2.não ()
12.			1.sim () 2.não ()
13.			1.sim () 2.não ()
14.			1.sim () 2.não ()
15.			1.sim () 2.não ()
16.			1.sim () 2.não ()
17.			1.sim () 2.não ()
18.			1.sim () 2.não ()
19.			1.sim () 2.não ()
20.			1.sim () 2.não ()
21.			1.sim () 2.não ()
22.			1.sim () 2.não ()
23.			1.sim () 2.não ()
24.			1.sim () 2.não ()
25.			1.sim () 2.não ()
26.			1.sim () 2.não ()
27.			1.sim () 2.não ()
28.			1.sim () 2.não ()
29.			1.sim () 2.não ()
30.			1.sim () 2.não ()
Total (sim)			

¹ Controle da população adstrita e cartão espelho do sistema on line de vacinas.
***Utilizar a mesma amostra do indicador "Cobertura da consulta de enfermagem ao idoso".**

**** Deverá ser considerado cartão vacinal**

- adequado:**
- dupla adulto a cada 10 anos e influenza anual;
 - para **grupos de risco** abaixo listados acrescentar pneumococo VPP23 (sendo a segunda dose cinco anos após a primeira dose). **OBS.:** Verificar se foi solicitado na Central de Vacinas, pois aqui no município a requisição vai para lá e após análise pelo setor responsável em BH dão retorno se for autorizado, enviam a vacina para ser feita na Central:
 - HIV/AIDS; asplenia anatômica ou funcional e doenças relacionadas; pneumopatias crônicas, exceto asma intermitente ou persistente leve; asma persistente moderada ou grave; cardiopatias crônicas; nefropatias crônicas/hemodíalise/síndrome nefrótica; transplantados de órgãos sólidos ou

Indicador: Cobertura da consulta de enfermagem ginecológica.¹

Caso	Idosa (ID)	Número de mulheres de 60 a 69 anos que realizaram consulta ginecológica de enfermagem no último ano
1.		1.sim () 2.não ()
2.		1.sim () 2.não ()
3.		1.sim () 2.não ()
4.		1.sim () 2.não ()
5.		1.sim () 2.não ()
6.		1.sim () 2.não ()
7.		1.sim () 2.não ()
8.		1.sim () 2.não ()
9.		1.sim () 2.não ()
10.		1.sim () 2.não ()
11.		1.sim () 2.não ()
12.		1.sim () 2.não ()
13.		1.sim () 2.não ()
14.		1.sim () 2.não ()
15.		1.sim () 2.não ()
16.		1.sim () 2.não ()
17.		1.sim () 2.não ()
18.		1.sim () 2.não ()
19.		1.sim () 2.não ()
20.		1.sim () 2.não ()
21.		1.sim () 2.não ()
22.		1.sim () 2.não ()
23.		1.sim () 2.não ()
24.		1.sim () 2.não ()
25.		1.sim () 2.não ()
26.		1.sim () 2.não ()
27.		1.sim () 2.não ()
28.		1.sim () 2.não ()
29.		1.sim () 2.não ()
30.		1.sim () 2.não ()
Total (sim)		

¹ Controle da população adstrita e sistema informatizado.
***Identificar todas as mulheres idosas na faixa etária de 60-69 anos; sortear a 1ª aleatoriamente entre as primeiras da constante e os demais conforme intervalo amostral; consultar atendimento por meio do sistema informatizado (código de procedimento 20102003).**

OBS.:

OBS.:

Caso	Marcar X se "sim"			
	Inspeção estática	Inspeção dinâmica	Palpação das mamas	Palpação das cadeias ganglionares axilares e supraclaviculares
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				
6.				
7.				
8.				
9.				
10.				
11.				
12.				
13.				
14.				
15.				
16.				
17.				
18.				
19.				
20.				
21.				
22.				
23.				
24.				
25.				
26.				
27.				
28.				
29.				
30.				

Descarga
papilar

Indicador: Utilização da caderneta do idoso nos atendimentos de enfermagem.¹

Caso	Idoso (ID)	Anotação na caderneta em todos os atendimentos realizados pelo enfermeiro no último ano
1.		1 sim () 2 não ()
2.		1 sim () 2 não ()
3.		1 sim () 2 não ()
4.		1 sim () 2 não ()
5.		1 sim () 2 não ()
6.		1 sim () 2 não ()
7.		1 sim () 2 não ()
8.		1 sim () 2 não ()
9.		1 sim () 2 não ()
10.		1 sim () 2 não ()
11.		1 sim () 2 não ()
12.		1 sim () 2 não ()
13.		1 sim () 2 não ()
14.		1 sim () 2 não ()
15.		1 sim () 2 não ()
16.		1 sim () 2 não ()
17.		1 sim () 2 não ()
18.		1 sim () 2 não ()
19.		1 sim () 2 não ()
20.		1 sim () 2 não ()
21.		1 sim () 2 não ()
22.		1 sim () 2 não ()
23.		1 sim () 2 não ()
24.		1 sim () 2 não ()
25.		1 sim () 2 não ()
26.		1 sim () 2 não ()
27.		1 sim () 2 não ()
28.		1 sim () 2 não ()
29.		1 sim () 2 não ()
30.		1 sim () 2 não ()
Total (sim)		

¹Controle da população adstrita, sistema informatizado e prontuário do idoso.
*Identificar todos os idosos atendidos pelo enfermeiro no último ano por meio do sistema informatizado, sortear o 1º aleatoriamente entre os primeiros da constante e os demais conforme intervalo amostral.

de células-tronco hematopoiéticas (medula óssea); imunodeficiência devido ao câncer ou a imunodepressão terapêutica; diabetes mellitus; fistula liquórica; fibrose cística (mucoviscidose); doenças neurológicas crônicas incapacitantes; implante de cóclea; trissomias; imunodeficiências congênitas; hepatopatias crônicas; doenças de depósito;
o Idosos hospitalizados ou residentes em instituições fechadas, como asilos, casas geriátricas e casas de repouso.

OBS.:

OBS.:

Indicador: Cobertura da consulta de enfermagem ao idoso com diabetes mellitus.¹

Caso	Ildoso (ID)	Idoso com DM com realização da estratificação de risco, de acordo com o controle metabólico, no último ano
1.		1.sim () 2.não ()
2.		1.sim () 2.não ()
3.		1.sim () 2.não ()
4.		1.sim () 2.não ()
5.		1.sim () 2.não ()
6.		1.sim () 2.não ()
7.		1.sim () 2.não ()
8.		1.sim () 2.não ()
9.		1.sim () 2.não ()
10.		1.sim () 2.não ()
11.		1.sim () 2.não ()
12.		1.sim () 2.não ()
13.		1.sim () 2.não ()
14.		1.sim () 2.não ()
15.		1.sim () 2.não ()
16.		1.sim () 2.não ()
17.		1.sim () 2.não ()
18.		1.sim () 2.não ()
19.		1.sim () 2.não ()
20.		1.sim () 2.não ()
21.		1.sim () 2.não ()
22.		1.sim () 2.não ()
23.		1.sim () 2.não ()
24.		1.sim () 2.não ()
25.		1.sim () 2.não ()
26.		1.sim () 2.não ()
27.		1.sim () 2.não ()
28.		1.sim () 2.não ()
29.		1.sim () 2.não ()
30.		1.sim () 2.não ()
Total (sim)		

¹ Controle da população adstrita e prontuário do idoso.

*Solicitar lista de todos os idosos com diabetes mellitus: sortear o 1º aleatoriamente e os demais conforme intervalo amostral; consultar o dado no prontuário.

OBS.:

Quadro 10 – Estratificação de risco para a pessoa com DM

Risco	Critério
Baixo	Pessoa com glicemia de jejum alterada e intolerância à sobrecarga de glicose
Médio	Pessoa com DM diagnosticado e: Controle metabólico (HbA1c <7,5) e pressórico adequados Sem interações por complicações agudas nos últimos 12 meses Sem complicações crônicas (micro ou macroangiopatia)
Alto	Pessoa com DM diagnosticado e: Controle metabólico (7,5 < HbA1c <9) ou pressórico inadequado, com interações por complicações agudas nos últimos 12 meses e/ou complicações crônicas (incluindo pé diabético de risco avançado)
Muito alto	Pessoa com DM diagnosticado e: Controle metabólico (7,5 < HbA1c < 9) ou pressórico inadequado com interações por complicações agudas nos últimos 12 meses e/ou complicações crônicas (incluindo pé diabético de risco avançado)
Risco	Critério
Gestão de caso	Pessoa com DM diagnosticado e: Mau controle metabólico (HbA1c >9) ou pressórico apesar de múltiplos esforços prévios Múltiplas interações por complicações agudas nos últimos 12 meses Síndrome arterial aguda há menos de 12 meses – AVC, acidente isquêmico transitório (AIT), IAM, angina instável, doença arterial periférica (DAP) com intervenção cirúrgica Complicações crônicas severas – doença renal estágios 4 e 5, pé diabético de risco alto, ulcerado ou com necrose ou com infecção. Comorbidades severas (câncer, doença neurológica degenerativa, doenças metabólicas entre outras) Risco social – idoso dependente em instituição de longa permanência; pessoas com baixo grau de autonomia, incapacidade de autocuidado, dependência e ausência de rede de apoio familiar ou social

Fonte: DAB/USAMMS.

Indicador: Avaliação do idoso com diabetes mellitus na consulta de enfermagem. ¹

Caso	Idoso (ID)	Idoso com DM consultados com classificação de risco dos pés no último ano*
1.		1.sim () 2.não ()
2.		1.sim () 2.não ()
3.		1.sim () 2.não ()
4.		1.sim () 2.não ()
5.		1.sim () 2.não ()
6.		1.sim () 2.não ()
7.		1.sim () 2.não ()
8.		1.sim () 2.não ()
9.		1.sim () 2.não ()
10.		1.sim () 2.não ()
11.		1.sim () 2.não ()
12.		1.sim () 2.não ()
13.		1.sim () 2.não ()
14.		1.sim () 2.não ()
15.		1.sim () 2.não ()
16.		1.sim () 2.não ()
17.		1.sim () 2.não ()
18.		1.sim () 2.não ()
19.		1.sim () 2.não ()
20.		1.sim () 2.não ()
21.		1.sim () 2.não ()
22.		1.sim () 2.não ()
23.		1.sim () 2.não ()
24.		1.sim () 2.não ()
25.		1.sim () 2.não ()
26.		1.sim () 2.não ()
27.		1.sim () 2.não ()
28.		1.sim () 2.não ()
29.		1.sim () 2.não ()
30.		1.sim () 2.não ()
Total (sim)		

¹Controle da população adstrita, sistema informatizado e prontuários dos idosos.
^{*}Identificar todos os idosos com diabetes mellitus consultados no último ano, sortear o 1º aleatoriamente entre os primeiros da constante e os demais conforme intervalo amostral; consultar o dado no prontuário.

OBS.:

Categoria de risco	Definição	Recomendação	Acompanhamento
0	Sem perda da sensibilidade protetora (PSP) Sem doença arterial periférica (DAP)	Orientações sobre calçados apropriados. Estímulo ao autocuidado.	Anual, com médico ou enfermeiro.
1	PSP com ou sem deformidade	Considerar o uso de calçados adaptados. Considerar correção cirúrgica caso não haja adaptação.	A cada 3 a 6 meses com médico ou enfermeiro
2	DAP com ou sem PSP	Considerar o uso de calçados adaptados. Considerar necessidade de encaminhamento ao cirurgião vascular.	A cada 2 a 3 meses com médico e/ou enfermeiro. Avaliar encaminhamento ao cirurgião vascular.
3	História de úlcera ou amputação	Considerar o uso de calçados adaptados. Considerar correção cirúrgica caso não haja adaptação. Se DAP, avaliar a necessidade de encaminhamento ao cirurgião vascular.	A cada 1 a 2 meses com médico e/ou enfermeiro ou médico especialista.

Quadro 1 - Classificação de risco de complicações em membros inferiores baseada na história e no exame físico.

Indicador: Consulta de enfermagem ao idoso com hipertensão arterial sistêmica.¹

Caso	Idoso (ID)	Idoso com HAS que realizaram a estratificação de risco no último ano
1.		1.sim () 2.não ()
2.		1.sim () 2.não ()
3.		1.sim () 2.não ()
4.		1.sim () 2.não ()
5.		1.sim () 2.não ()
6.		1.sim () 2.não ()
7.		1.sim () 2.não ()
8.		1.sim () 2.não ()
9.		1.sim () 2.não ()
10.		1.sim () 2.não ()
11.		1.sim () 2.não ()
12.		1.sim () 2.não ()
13.		1.sim () 2.não ()
14.		1.sim () 2.não ()
15.		1.sim () 2.não ()
16.		1.sim () 2.não ()
17.		1.sim () 2.não ()
18.		1.sim () 2.não ()
19.		1.sim () 2.não ()
20.		1.sim () 2.não ()
21.		1.sim () 2.não ()
22.		1.sim () 2.não ()
23.		1.sim () 2.não ()
24.		1.sim () 2.não ()
25.		1.sim () 2.não ()
26.		1.sim () 2.não ()
27.		1.sim () 2.não ()
28.		1.sim () 2.não ()
29.		1.sim () 2.não ()
30.		1.sim () 2.não ()
Total (sim)		

¹ Controle da população adstrita e prontuário do idoso.
**Solicitar lista de todos os idosos com hipertensão arterial sistêmica; sortear o 1º aleatoriamente e os demais conforme intervalo amostral; consultar o dado no prontuário.*

OBS.:

Tabela 5 – Classificação de risco cardiovascular, segundo o escore de Framingham e sugestão de periodicidade de acompanhamento em consulta médica, de enfermagem e odontológica

Categoria	Risco de Evento Cardiovascular em 10 anos	Consulta Médica		Consulta de Enfermagem		Consulta Odontológica	
		Semestral	Anual	Semestral	Anual	Semestral	Anual
Baixo	< 10%						
Moderado	10 – 20%						
Alto	20%	Quadrimestral		Quadrimestral			

Fonte: DAB/SASMS.

Indicador: Avaliação do idoso com hipertensão arterial sistêmica na consulta de enfermagem.¹

Caso	Idoso (ID)	Idoso com HAS consultados que realizaram a abordagem de todos os fatores de risco* no último ano
1.		1.sim () 2.não ()
2.		1.sim () 2.não ()
3.		1.sim () 2.não ()
4.		1.sim () 2.não ()
5.		1.sim () 2.não ()
6.		1.sim () 2.não ()
7.		1.sim () 2.não ()
8.		1.sim () 2.não ()
9.		1.sim () 2.não ()
10.		1.sim () 2.não ()
11.		1.sim () 2.não ()
12.		1.sim () 2.não ()
13.		1.sim () 2.não ()
14.		1.sim () 2.não ()
15.		1.sim () 2.não ()
16.		1.sim () 2.não ()
17.		1.sim () 2.não ()
18.		1.sim () 2.não ()
19.		1.sim () 2.não ()
20.		1.sim () 2.não ()
21.		1.sim () 2.não ()
22.		1.sim () 2.não ()
23.		1.sim () 2.não ()
24.		1.sim () 2.não ()
25.		1.sim () 2.não ()
26.		1.sim () 2.não ()
27.		1.sim () 2.não ()
28.		1.sim () 2.não ()
29.		1.sim () 2.não ()
30.		1.sim () 2.não ()
Total (em)		

¹Controle da população adstrita, sistema informatizado e prontuários dos idosos.
^{*}Identificar todos os idosos com hipertensão arterial sistêmica consultados no último ano; sortear o 1º aleatoriamente e os demais conforme intervalo amostral; consultar o dado no prontuário.

****** A abordagem de todos os fatores de risco deverá englobar os seguintes itens:
1-mudanças no estilo de vida;
2-incentivo à atividade física;
3- redução do peso corporal quando acima do índice de massa corporal;
4-abandono do tabagismo se necessário.

OBS.:

Marcar X se "sim"				
Pode ter não se aplica (NA) nas 2 últimas.				
Caso	MEV	Ativ.física	Redução peso, se IMC≥27	Abandono do tabagismo, se fumante
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				
6.				
7.				
8.				
9.				
10.				
11.				
12.				
13.				
14.				
15.				
16.				
17.				
18.				
19.				
20.				
21.				
22.				
23.				
24.				
25.				
26.				
27.				
28.				
29.				
30.				

Indicador: Consulta de enfermagem ao idoso com pressão arterial limitrofe.¹

Caso	Idoso (ID)	Idoso com pressão limitrofe consultado que realizou estratificação de risco cardiovascular (escore de Framingham) no último ano
1.		1.sim () 2.não ()
2.		1.sim () 2.não ()
3.		1.sim () 2.não ()
4.		1.sim () 2.não ()
5.		1.sim () 2.não ()
6.		1.sim () 2.não ()
7.		1.sim () 2.não ()
8.		1.sim () 2.não ()
9.		1.sim () 2.não ()
10.		1.sim () 2.não ()
11.		1.sim () 2.não ()
12.		1.sim () 2.não ()
13.		1.sim () 2.não ()
14.		1.sim () 2.não ()
15.		1.sim () 2.não ()
16.		1.sim () 2.não ()
17.		1.sim () 2.não ()
18.		1.sim () 2.não ()
19.		1.sim () 2.não ()
20.		1.sim () 2.não ()
21.		1.sim () 2.não ()
22.		1.sim () 2.não ()
23.		1.sim () 2.não ()
24.		1.sim () 2.não ()
25.		1.sim () 2.não ()
26.		1.sim () 2.não ()
27.		1.sim () 2.não ()
28.		1.sim () 2.não ()
29.		1.sim () 2.não ()
30.		1.sim () 2.não ()

¹Considera apenas os idosos sem hipertensão arterial sistêmica, com pressão arterial limitrofe (130/85 a 139/89mmHg) e que apresentaram fatores de risco para doenças cardiovasculares (história familiar de doença arterial coronariana prematura; tabagismo; hipercolesterolemia; diabetes mellitus; obesidade - IMC > 30 kg/m²; gordura abdominal; sedentarismo; dieta pobre em frutas e vegetais; estresse psicossocial) (BRASIL, 2006b).

²Controle da população adstrita e prontuários dos idosos; **considerar “sim” quando pelo menos uma PA no último ano der 130-139 a 85-89mmHg.**

³Identificar todos os idosos com pressão arterial limitrofe e fatores de risco para doenças cardiovasculares por meio de consulta no prontuário de todos idosos não

hipertensos; sortear o 1º aleatoriamente e os demais conforme intervalo amostral; consultar o dado no prontuário.

OBS.:

Indicador: Avaliação do idoso com pressão arterial limitrofe na consulta de enfermagem.¹

Caso	Idoso (ID)	Idoso com pressão limitrofe consultados com avaliação antropométrica (IMC e CA) no último ano
1.		1.sim () 2.não ()
2.		1.sim () 2.não ()
3.		1.sim () 2.não ()
4.		1.sim () 2.não ()
5.		1.sim () 2.não ()
6.		1.sim () 2.não ()
7.		1.sim () 2.não ()
8.		1.sim () 2.não ()
9.		1.sim () 2.não ()
10.		1.sim () 2.não ()
11.		1.sim () 2.não ()
12.		1.sim () 2.não ()
13.		1.sim () 2.não ()
14.		1.sim () 2.não ()
15.		1.sim () 2.não ()
16.		1.sim () 2.não ()
17.		1.sim () 2.não ()
18.		1.sim () 2.não ()
19.		1.sim () 2.não ()
20.		1.sim () 2.não ()
21.		1.sim () 2.não ()
22.		1.sim () 2.não ()
23.		1.sim () 2.não ()
24.		1.sim () 2.não ()
25.		1.sim () 2.não ()
26.		1.sim () 2.não ()
27.		1.sim () 2.não ()
28.		1.sim () 2.não ()
29.		1.sim () 2.não ()
30.		1.sim () 2.não ()
Total (sim)		

¹Controle da população adstrita, sistema informatizado e prontuários dos idosos.
**Identificar idosos com pressão limitrofe e que apresentam fatores de risco para doenças cardiovasculares consultados no último ano por meio do sistema informatizado, sortear o 1º aleatoriamente entre os primeiros da constante e os demais conforme intervalo amostral, consultar o dado no prontuário.*

OBS.:

Indicador: Consulta de enfermagem ao idoso com sobrepeso/obesidade.¹

Caso	Idoso (ID)	Idoso com sobrepeso/obesidade consultados no último ano
31.		1.sim () 2.não ()
32.		1.sim () 2.não ()
33.		1.sim () 2.não ()
34.		1.sim () 2.não ()
35.		1.sim () 2.não ()
36.		1.sim () 2.não ()
37.		1.sim () 2.não ()
38.		1.sim () 2.não ()
39.		1.sim () 2.não ()
40.		1.sim () 2.não ()
41.		1.sim () 2.não ()
42.		1.sim () 2.não ()
43.		1.sim () 2.não ()
44.		1.sim () 2.não ()
45.		1.sim () 2.não ()
46.		1.sim () 2.não ()
47.		1.sim () 2.não ()
48.		1.sim () 2.não ()
49.		1.sim () 2.não ()
50.		1.sim () 2.não ()
51.		1.sim () 2.não ()
52.		1.sim () 2.não ()
53.		1.sim () 2.não ()
54.		1.sim () 2.não ()
55.		1.sim () 2.não ()
56.		1.sim () 2.não ()
57.		1.sim () 2.não ()
58.		1.sim () 2.não ()
59.		1.sim () 2.não ()
60.		1.sim () 2.não ()
Total (sim)		

¹ Controle da população adstrita, prontuário do idoso e sistema informatizado.
**Identificar todos os idosos com sobrepeso/obesidade consultando todos os prontuários de todos os idosos cadastrados (IMC≥27 sobrepeso pelo Caderno de obesidade, 2006); sortear o 1º aleatoriamente entre os primeiros da constante e os demais conforme intervalo amostral; consultar dados de realização da consulta no sistema informatizado (código de procedimento 30101003).*

OBS.:

Indicador: Avaliação do idoso com sobrepeso/obesidade na consulta de enfermagem.¹

Caso	Idoso (ID)	Mensuração dos dados antropométricos (peso, IMC e CA)
1.		1.sim () 2.não ()
2.		1.sim () 2.não ()
3.		1.sim () 2.não ()
4.		1.sim () 2.não ()
5.		1.sim () 2.não ()
6.		1.sim () 2.não ()
7.		1.sim () 2.não ()
8.		1.sim () 2.não ()
9.		1.sim () 2.não ()
10.		1.sim () 2.não ()
11.		1.sim () 2.não ()
12.		1.sim () 2.não ()
13.		1.sim () 2.não ()
14.		1.sim () 2.não ()
15.		1.sim () 2.não ()
16.		1.sim () 2.não ()
17.		1.sim () 2.não ()
18.		1.sim () 2.não ()
19.		1.sim () 2.não ()
20.		1.sim () 2.não ()
21.		1.sim () 2.não ()
22.		1.sim () 2.não ()
23.		1.sim () 2.não ()
24.		1.sim () 2.não ()
25.		1.sim () 2.não ()
26.		1.sim () 2.não ()
27.		1.sim () 2.não ()
28.		1.sim () 2.não ()
29.		1.sim () 2.não ()
30.		1.sim () 2.não ()
Total (sim)		

¹Controle da população adstrita com identificação de todos os idosos com sobrepeso/obesidade, sistema informatizado e prontuários dos idosos.

^{*}Identificar todos os idosos com sobrepeso/obesidade consultados no último ano por meio do sistema informatizado, sortear o 1º aleatoriamente entre os primeiros da constante e os demais conforme intervalo amostral; consultar dados no prontuário.

OBS.:

Indicador: Prescrição de cuidados em Atenção Domiciliar 1 (AD1).¹

Caso	Idoso (ID)	Idosos em AD1 com pelo menos uma prescrição de cuidados no prontuário domiciliar nos últimos 3 meses
1.		1.sim () 2.não ()
2.		1.sim () 2.não ()
3.		1.sim () 2.não ()
4.		1.sim () 2.não ()
5.		1.sim () 2.não ()
6.		1.sim () 2.não ()
7.		1.sim () 2.não ()
8.		1.sim () 2.não ()
9.		1.sim () 2.não ()
10.		1.sim () 2.não ()
11.		1.sim () 2.não ()
12.		1.sim () 2.não ()
13.		1.sim () 2.não ()
14.		1.sim () 2.não ()
15.		1.sim () 2.não ()
16.		1.sim () 2.não ()
17.		1.sim () 2.não ()
18.		1.sim () 2.não ()
19.		1.sim () 2.não ()
20.		1.sim () 2.não ()
21.		1.sim () 2.não ()
22.		1.sim () 2.não ()
23.		1.sim () 2.não ()
24.		1.sim () 2.não ()
25.		1.sim () 2.não ()
26.		1.sim () 2.não ()
27.		1.sim () 2.não ()
28.		1.sim () 2.não ()
29.		1.sim () 2.não ()
30.		1.sim () 2.não ()
Total (sim)		

¹Controle de idosos em AD1 na unidade, prontuários/prontuários domiciliares dos idosos e ficha de visita domiciliar e-SUS.

^{*}Solicitar lista de todos os idosos em AD1 no último ano, sortear o 1º aleatoriamente entre os primeiros da constante e os demais conforme intervalo amostral; consultar dados no prontuários/prontuários domiciliares dos idosos. (caso não preencha os 30 casos, ir para o ano de 2014).

OBS.:

Indicador: Visita domiciliar realizada pelo enfermeiro ao idoso¹.

Caso	Idoso (ID)	Idosos com classificação do nível de cuidado (resultado da avaliação da complexidade do paciente em AD1) nos últimos 3 meses
1.		1.sm () 2.não ()
2.		1.sm () 2.não ()
3.		1.sm () 2.não ()
4.		1.sm () 2.não ()
5.		1.sm () 2.não ()
6.		1.sm () 2.não ()
7.		1.sm () 2.não ()
8.		1.sm () 2.não ()
9.		1.sm () 2.não ()
10.		1.sm () 2.não ()
11.		1.sm () 2.não ()
12.		1.sm () 2.não ()
13.		1.sm () 2.não ()
14.		1.sm () 2.não ()
15.		1.sm () 2.não ()
16.		1.sm () 2.não ()
17.		1.sm () 2.não ()
18.		1.sm () 2.não ()
19.		1.sm () 2.não ()
20.		1.sm () 2.não ()
21.		1.sm () 2.não ()
22.		1.sm () 2.não ()
23.		1.sm () 2.não ()
24.		1.sm () 2.não ()
25.		1.sm () 2.não ()
26.		1.sm () 2.não ()
27.		1.sm () 2.não ()
28.		1.sm () 2.não ()
29.		1.sm () 2.não ()
30.		1.sm () 2.não ()
Total (sim)		

¹Controle de idosos em AD1 na unidade, prontuários/prontuários domiciliares dos idosos e ficha de visita domiciliar e-SUS.

***Utilizar a mesma amostra anterior, consultar dados no prontuário.**

OBS.:

Anexo J – Avaliação da Complexidade do Paciente em AD1

Critérios de Avaliação	0	1	2	3
AVDBs*	Independente para todas as AVDBs (escore 6)	Dependente para até 2 AVDBs (escore 4-5)	Dependente para até 4 AVDBs (escore 2-3)	Dependência para 5 ou 6 AVDBs (escore 0-1)
AVDIs**	Sai de casa sem ajuda para realizar atividades sociais e controlar as finanças	Necessita de ajuda para sair de casa e para realizar as atividades sociais e controlar as finanças	Não sai de casa, mas realiza as tarefas de casa sem ajuda/ou controla suas finanças	Não tem nenhuma autonomia
Função cognitiva (MEEM)/ audição, visão e fala	Sem alterações cognitivas e sensoriais	Alterações cognitivas ou sensoriais	Alterações cognitivas e sensoriais	Sem total funcionalidade cognitiva (vida vegetativa)
Escore de Framingham	Baixo risco < 10 %	Risco moderado 10% a 20%	Alto risco > 20%	-
Presença de úlcera de pé	Ausente e sem fatores de risco	Ausente e com fatores de risco	Presente	-
Estado Nutricional (IMC)	Eutrófico IMC entre 22 e 27	Baixo peso (IMC < 20) ou sobrepeso (IMC ≥ 30)	Perda de peso acentuada (> 5% em 1 mês ou > 10% em 6 meses)	Caquexia ou obesidade mórbida que impaga deambulação
Incontinência Urinária	Ausente	Incontinência transitória	Incontinência de esfresse, urgência ou sobrefluxo	Incontinência funcional
Avaliação do Humor	Sem alterações no humor	Presença de fatores de risco ou indícios de depressão	Depressão clínica ou escores sugestivos de depressão	Depressão clínica associado a risco de suicídio
Funcionalidade Familiar	Família funcional	Boa funcionalidade familiar, mas pouco recurso	Família disfuncional	Mora sozinho e sem auxílio familiar

*AVDBs – Atividades de vida diária básicas.

**AVDIs – Atividades de vida diária instrumentais.

Nível de Cuidados Pontuação de 0 a 3
Pontuação de 4 a 6 (nível 1)
Pontuação de 7 a 19 (nível 2)
Pontuação maior que 19 (nível 3)

APÊNDICE 8

Of. xxx/2015/PROPPG/UFTM

Secretaria Municipal de Saúde de Uberaba (SMS)

Ao Sr. Secretário Marco Túlio Azevedo Cury

Assunto: Solicitação de liberação de enfermeiros para participação em pesquisa científica.

Prezado Secretário,

Estamos desenvolvendo um Projeto de Pesquisa que visa construir indicadores de processo da qualidade da assistência de enfermagem ao idoso na atenção primária. Para tanto, seria necessário que pudéssemos contar com a colaboração de três enfermeiros atuantes nas unidades de saúde, com o maior percentual de idosos no município, para compor o painel de revisão dos documentos a serem avaliados. Conforme dados do Sistema de Informação Básica (SIAB) obtido nesta secretaria são as unidades: ESF Cassio Resende (37,02%), ESF Abadia II (35%) e ESF Fabrício (33,81%) (ANEXO).

Assim, solicitamos junto a SMS a liberação do enfermeiro para que ele possa participar da pesquisa por meio da análise e preenchimento de instrumentos que lhe serão encaminhados, bem como participação em reuniões.

Ressaltamos o compromisso de repasse dos resultados finais desta pesquisa e colocamo-nos à disposição para eventuais dúvidas e/ou encontros para apresentação da proposta deste trabalho.

Desde já agradecemos a atenção e apoio oferecido pela Secretaria para realização desta pesquisa.

Atenciosamente,

Profa. Dra. Darlene Mara dos Santos Tavares

Pró-Reitora de Pesquisa e Pós-Graduação da UFTM

(continua)

ESF	Número de pessoas cadastradas	Número de idosos cadastrados	Percentual de idosos
0043 - ESF CASSIO RESENDE	2534	938	37,02
0047 - ESF ABADIA II	2523	883	35,00
0028 - ESF FABRICIO	2816	952	33,81
0033 - ESF JARDIM INDIANOPOLIS	2940	841	28,61
0040 - ESF MORADA DO SOL	2654	727	27,39
0026 - ESF TUTUNAS	2484	646	26,01
0034 - ESF PARQUE DAS AMERICAS II	3037	785	25,85
0037 - ESF BOA VISTA	3020	773	25,60
0029 - ESF LEBLON	3555	885	24,89
0027 - ESF SANTA TERESINHA	3002	741	24,68
0032 - ESF ABADIA OLHOS DAGUA	3505	835	23,82
0030 - ESF PARQUE SAO GERALDO	2792	633	22,67
0044 - ESF RECREIO DOS BANDEIRANTES	2347	513	21,86
0020 - ESF ALFREDO FREIRE I	3144	656	20,87
0039 - ESF COSTA TELLES II	3359	699	20,81
0041 - ESF VOLTA GRANDE	3714	764	20,57
0006 - ESF COSTA TELLES I	4213	853	20,25
0007 - ESF MARINGA	2419	474	19,59
0019 - ESF PARQUE DAS AMERICAS I	3317	648	19,54
0001 - AREA DA PENITENCIARIA	3155	588	18,64
0013 - ESF NOSSA SENHORA APARECIDA	3282	609	18,56
0031 - ESF VILA ARQUELAU	3179	586	18,43
0008 - ESF CHICA FERREIRA	3140	570	18,15
0012 - ESF SAO VICENTE	3305	559	16,91
0016 - ESF ESPIRITO SANTO	3178	529	16,65
0011 - ESF BAIRRO DE LOURDES	2945	490	16,64
0049 - ESF PARQUE DAS GAMELEIRAS II	2593	415	16,00
0036 - ESF MANHATAN	3450	547	15,86
0003 - ESF JARDIM TRIANGULO	3387	534	15,77
0010 - ESF PARQUE DAS GAMELEIRAS	3239	509	15,71
0035 - ESF AMOROSO COSTA	2782	436	15,67
0025 - ESF VALIM DE MELO	3631	568	15,64
0002 - ESF JARDIM UBERABA	3204	442	13,80
0005 - ESF JARDIM PLANALTO	3636	478	13,15
0045 - ESF PACAEMBU	2965	379	12,78
0023 - ESF ALFREDO FREIRE II	3344	410	12,26

(continuação)

ESF	Número de pessoas cadastradas	Número de idosos cadastrados	Percentual de idosos
0009 - ESF UBERABA I	3083	362	11,74
0014 - ESF ELZA AMUI	3319	366	11,03
0021 - ESF MORUMBI	2965	314	10,59
0042 - ESF ANTONIA CANDIDA	2947	311	10,55
0024 - ESF MARACANA	3611	367	10,16
0004 - ESF PRIMAVERA	2604	262	10,06
0050 - ESF CIDADE NOVA	2523	244	9,67
0046 - ESF BEIJA FLOR	2993	276	9,22
0038 - ESF RESIDENCIAL 2000	3240	257	7,93
0055 - ESF COPACABANA	2257	154	6,82
0048 - ESF RESIDENCIAL 2000 II	2772	153	5,52

APÊNDICE 9

Of. xxx/2015/PROPPG/UFTM

Secretaria Municipal de Saúde de Uberaba (SMS)

A Sra. Diretora do Departamento de Atenção Básica Ana Paula Coelho Jardim

Assunto: **Solicitação de liberação de enfermeiros para participação em pesquisa científica.**

Prezado Secretário,

Estamos desenvolvendo um Projeto de Pesquisa que visa construir indicadores de processo da qualidade da assistência de enfermagem ao idoso na atenção primária. Para tanto, seria necessário que pudéssemos contar com a colaboração de três enfermeiros atuantes nas unidades de saúde, com o maior percentual de idosos no município, para compor o painel de revisão dos documentos a serem avaliados. Conforme dados do Sistema de Informação Básica (SIAB) obtido nesta secretaria são as unidades: ESF Cassio Resende (37,02%), ESF Abadia II (35%) e ESF Fabrício (33,81%).

Assim, solicitamos junto a SMS a liberação do enfermeiro para que ele possa participar da pesquisa por meio da análise e preenchimento de instrumentos que lhe serão encaminhados, bem como participação em reuniões.

Ressaltamos o compromisso de repasse dos resultados finais desta pesquisa e colocamo-nos à disposição para eventuais dúvidas e/ou encontros para apresentação da proposta deste trabalho.

Desde já agradecemos a atenção e apoio oferecido pela Secretaria para realização desta pesquisa.

Atenciosamente,

Profa. Dra. Darlene Mara dos Santos Tavares

Pró-Reitora de Pesquisa e Pós-Graduação da UFTM

(continua)

ESF	Número de pessoas cadastradas	Número de idosos cadastrados	Percentual de idosos
0043 - ESF CASSIO RESENDE	2534	938	37,02
0047 - ESF ABADIA II	2523	883	35,00
0028 - ESF FABRICIO	2816	952	33,81
0033 - ESF JARDIM INDIANOPOLIS	2940	841	28,61
0040 - ESF MORADA DO SOL	2654	727	27,39
0026 - ESF TUTUNAS	2484	646	26,01
0034 - ESF PARQUE DAS AMERICAS II	3037	785	25,85
0037 - ESF BOA VISTA	3020	773	25,60
0029 - ESF LEBLON	3555	885	24,89
0027 - ESF SANTA TERESINHA	3002	741	24,68
0032 - ESF ABADIA OLHOS DAGUA	3505	835	23,82
0030 - ESF PARQUE SAO GERALDO	2792	633	22,67
0044 - ESF RECREIO DOS BANDEIRANTES	2347	513	21,86
0020 - ESF ALFREDO FREIRE I	3144	656	20,87
0039 - ESF COSTA TELLES II	3359	699	20,81
0041 - ESF VOLTA GRANDE	3714	764	20,57
0006 - ESF COSTA TELLES I	4213	853	20,25
0007 - ESF MARINGA	2419	474	19,59
0019 - ESF PARQUE DAS AMERICAS I	3317	648	19,54
0001 - AREA DA PENITENCIARIA	3155	588	18,64
0013 - ESF NOSSA SENHORA APARECIDA	3282	609	18,56
0031 - ESF VILA ARQUELAU	3179	586	18,43
0008 - ESF CHICA FERREIRA	3140	570	18,15
0012 - ESF SAO VICENTE	3305	559	16,91
0016 - ESF ESPIRITO SANTO	3178	529	16,65
0011 - ESF BAIRRO DE LOURDES	2945	490	16,64
0049 - ESF PARQUE DAS GAMELEIRAS II	2593	415	16,00
0036 - ESF MANHATAN	3450	547	15,86
0003 - ESF JARDIM TRIANGULO	3387	534	15,77
0010 - ESF PARQUE DAS GAMELEIRAS	3239	509	15,71
0035 - ESF AMOROSO COSTA	2782	436	15,67
0025 - ESF VALIM DE MELO	3631	568	15,64
0002 - ESF JARDIM UBERABA	3204	442	13,80
0005 - ESF JARDIM PLANALTO	3636	478	13,15
0045 - ESF PACAEMBU	2965	379	12,78
0023 - ESF ALFREDO FREIRE II	3344	410	12,26

(continuação)

ESF	Número de pessoas cadastradas	Número de idosos cadastrados	Percentual de idosos
0009 - ESF UBERABA I	3083	362	11,74
0014 - ESF ELZA AMUI	3319	366	11,03
0021 - ESF MORUMBI	2965	314	10,59
0042 - ESF ANTONIA CANDIDA	2947	311	10,55
0024 - ESF MARACANA	3611	367	10,16
0004 - ESF PRIMAVERA	2604	262	10,06
0050 - ESF CIDADE NOVA	2523	244	9,67
0046 - ESF BEIJA FLOR	2993	276	9,22
0038 - ESF RESIDENCIAL 2000	3240	257	7,93
0055 - ESF COPACABANA	2257	154	6,82
0048 - ESF RESIDENCIAL 2000 II	2772	153	5,52

APÊNDICE 10**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO (painelistas)**

Prezado (a) Senhor (a), solicito a sua participação no processo de validação de um instrumento que faz parte do estudo intitulado: **“INDICADORES DE PROCESSO DA QUALIDADE DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM AO IDOSO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA”**. O referido estudo tem como objetivo construir indicadores de processo da qualidade da assistência de enfermagem ao idoso na atenção primária. O tipo de validação a ser realizada pelo(a) Senhor(a) serão de face e de conteúdo que visa determinar se os indicadores propostos pela pesquisa representam o construto teórico abordado e, se são capazes de mensurar a qualidade da assistência de enfermagem ao idoso na atenção primária. Além disso, serão realizadas questões referentes a terminologia e a necessidade do indicador. Desse modo o Senhor(a) deverá registrar seu parecer acerca dos indicadores propostos em instrumento próprio, que será encaminhado pela pesquisadora bem como participar de reuniões para discussão acerca destes instrumentos.

Eu, _____,

R.G.: _____, abaixo assinado, tendo recebido as informações acerca da pesquisa acima citada a qual tem como objetivo construir indicadores de processo da qualidade da assistência de enfermagem ao idoso na atenção primária, e ter sido esclarecido (a) de que minha participação se resume a emitir parecer acerca das validades de face e conteúdo, terminologia e necessidade dos indicadores propostos pelo instrumento em estudo e, considerando os direitos a seguir relacionados de:

1. Retirar meu consentimento e participação a qualquer momento que considerar que possa trazer algum prejuízo à minha pessoa;
2. A segurança de que não serei identificado (a);
3. A minha participação na pesquisa não resultará em custos monetários à minha pessoa.

Concordo em participar do estudo.

Uberaba-MG, ____ de _____ de 2016.

Painelista

Prof. Dr. Darlene Mara dos Santos Tavares
Coordenador da pesquisa

Contato: (34) 3318-5773 / 3318-5774.

APÊNDICE 11

RESUMO DO PROJETO PARA PAINELISTAS

A presente pesquisa decorre do interesse em investigar a assistência direcionada ao idoso na atenção primária. Ressalta-se que a atenção primária é um espaço privilegiado para a assistência de enfermagem considerando o grande contingente destes profissionais nas Estratégia Saúde da Família (ESF). O enfermeiro é protagonista das ações neste local por suas responsabilidades quais sejam: planejar, gerenciar, coordenar, executar e avaliar (BRASIL, 2001) descritas também na Lei do Exercício Profissional (BRASIL, 1986).

Considerando a função de porta de entrada preferencial nos serviços de saúde (BRASIL, 2012a) a atenção primária deve ter qualidade. Salienta-se que diversas definições de qualidade apresentam certo conflito do conceito entre normas ou valores, por um lado, e a realidade cotidiana dos cuidados de saúde, de outro (HARTELOH, 2003).

Para o *National Quality Forum* (NQF) (2013a) cuidados de saúde de alta qualidade referem-se aos serviços certos, na hora certa, e no caminho certo para atingir o melhor nível de saúde possível. Este será o conceito adotado para o presente pelo fato de ter como objeto o processo de prestação do cuidado e não o seu resultado para os indivíduos.

Nesse contexto, considerando as dimensões da qualidade da assistência (estrutura, processo e resultado) (DONABEDIAN, 1997) ressalta-se como foco deste estudo a avaliação de indicadores de processo da qualidade da assistência de enfermagem.

Algumas organizações em saúde têm proposto indicadores de qualidade em saúde. No entanto, não foram encontrados indicadores relacionados a assistência de enfermagem ao idoso na atenção primária. No que concerne a literatura científica, as pesquisas dos últimos dez anos na área de qualidade da assistência de enfermagem na atenção primária têm demonstrando o uso de indicadores relacionados a: feridas, fim da vida e cuidados com o diabetes mellitus; saúde reprodutiva, materna e infantil; satisfação do paciente; asma e doença pulmonar obstrutiva crônica; depressão e processo de enfermagem (BETZ et al., 2004; CARLFJORD; LINDBERG, 2008; LEMLEY; MARKS, 2009; HASNA et al., 2010; MCILRATH et al., 2010; DAVIES et al., 2011; RIVAS et al., 2012). Apenas um estudo abordou condições geriátricas (ROTH et al., 2012).

Estes resultados indicam a escassez de estudos relacionados aos indicadores da qualidade da assistência de enfermagem na atenção primária. Destaca-se ainda a existência de indicadores sensíveis de enfermagem que identificam as estruturas de processos de atendimento e cuidados, os quais por sua vez, influenciam os resultados da assistência; são distintos e específicos para a enfermagem (MONTALVO, 2007).

Diante da lacuna relacionada a produção científica acerca da assistência de enfermagem na atenção primária à saúde do idoso, este estudo propõe a construção de indicadores de processo, considerando a definição de Donabedian (1997), visando identificar as ações que o enfermeiro tem realizado e como tem sido a assistência de enfermagem a este grupo na atenção primária, ou seja, a natureza e a quantidade de cuidados de enfermagem (BOHOMOL, 2010) pautado nas publicações e documentos normativos que regem a atenção primária e/ou relacionados ao idoso neste espaço de atenção produzidos pelo Departamento de

Atenção Básica do Ministério da Saúde (biblioteca oficial do site e material enviado em fase de publicação pela Coordenação de Saúde da Pessoa Idosa – COSAPI), Secretaria de Estado de Saúde Minas Gerais (biblioteca do site) e legislação nacional relacionada ao idoso na atenção primária (portal da legislação do Governo Federal e legislação básica do Sistema Único de Saúde - portal da saúde).

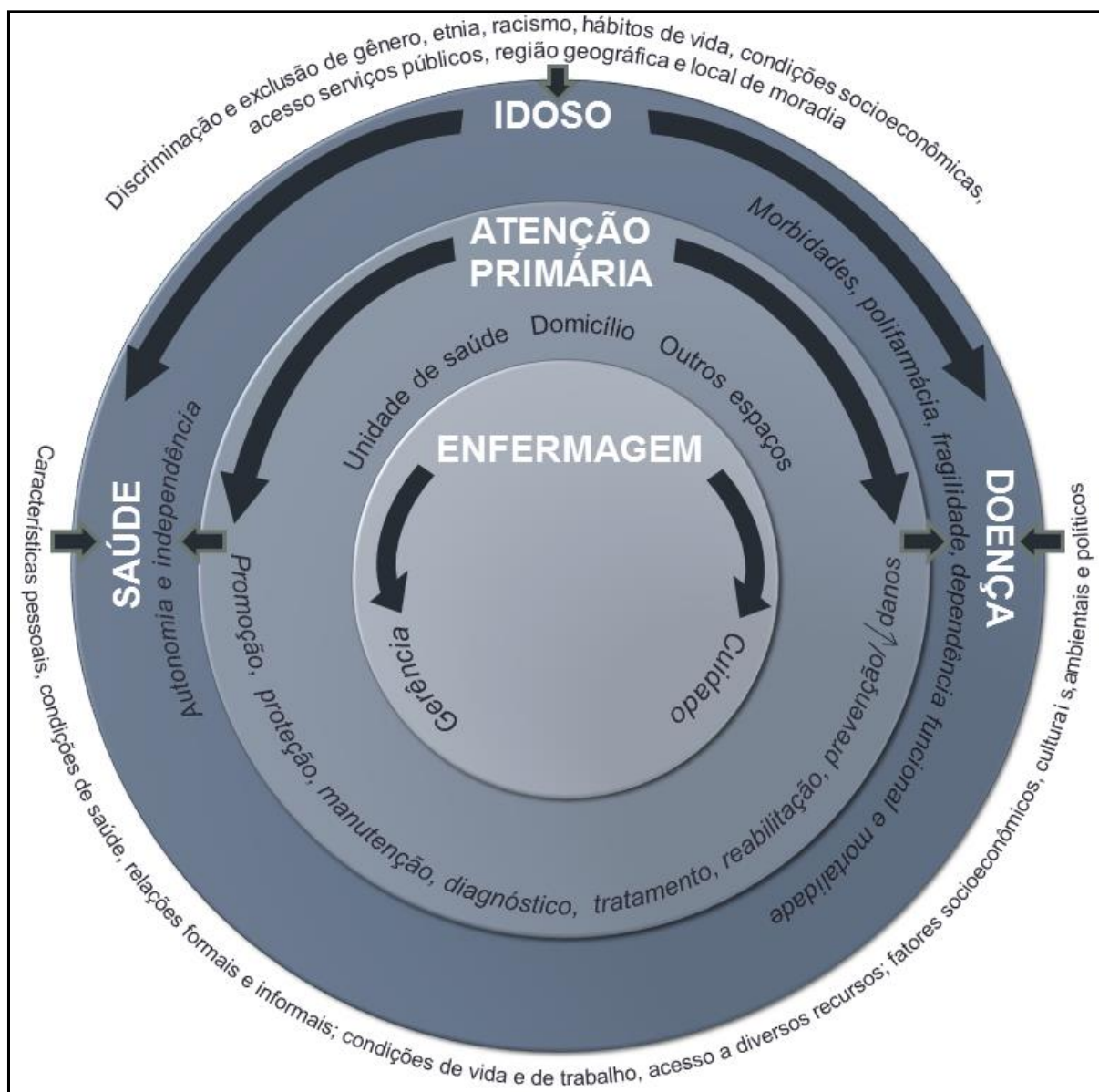
A busca dos referidos documentos foi realizada entre abril a agosto de 2015, sem delimitação do período de publicação, sendo incluídas todas disponíveis até agosto de 2015. A coleta de informações baseou-se na análise dos documentos que descreviam a assistência ao idoso na atenção primária, bem como as atribuições do enfermeiro. Foram selecionados para análise 40 documentos, apresentados a seguir:

1. Política Nacional do Idoso (BRASIL, 1994);
2. Caderno de Instabilidade postural e quedas (BRASIL, 1999);
3. Guia Prático do Programa Saúde da Família (BRASIL, 2001);
4. Redes Estaduais de Atenção à Saúde do Idoso: guia operacional e portarias relacionadas (BRASIL, 2002);
5. Estatuto do Idoso (BRASIL, 2003);
6. Avaliação para melhoria da qualidade da estratégia saúde da família (2005);
7. Atenção a saúde do idoso (MINAS GERAIS, 2006a);
8. Atenção à Saúde do Adulto – tuberculose (MINAS GERAIS, 2006b);
9. Atenção a saúde do adulto: HIV/AIDS (MINAS GERAIS, 2006c);
10. Atenção a saúde do adulto: hanseníase (MINAS GERAIS, 2006d);
11. Caderno de Atenção Básica 19 - Envelhecimento e saúde da pessoa idosa (BRASIL, 2006a);
12. Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (BRASIL, 2006b);
13. Portaria nº 399/2006 (BRASIL, 2006c);
14. Cadernos de Atenção Básica 14 - Prevenção clínica de doenças cardiovasculares, cerebrovasculares e renais (BRASIL, 2006d);
15. Cadernos de Atenção Básica n. 12 – Obesidade (BRASIL, 2006e);
16. Cadernos de Atenção Básica n. 15 – Hipertensão arterial sistêmica (BRASIL, 2006f);
17. Cadernos de Atenção Básica n. 16 – Diabetes mellitus (BRASIL, 2006g);
18. Protocolos do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional – SISVAN na assistência à saúde (BRASIL, 2008a);
19. Cadernos de Atenção Básica n. 21 - Vigilância em Saúde: Dengue, Esquistossomose, Hanseníase, Malária, Tracoma e Tuberculose (BRASIL, 2008b);
20. Caderno de Auto-Avaliação n. 5: Equipe Saúde da Família (BRASIL, 2009a);
21. Cadernos de Atenção Básica n. 22. Vigilância em saúde: zoonoses (BRASIL, 2009b);
22. Linha Guia de Atenção à Saúde – dengue (MINAS GERAIS, 2009);
23. Cadernos de Atenção Primária n. 29 - Rastreamento (BRASIL, 2010a);
24. Cadernos de Atenção Básica, n. 25. Doenças respiratórias crônicas (BRASIL, 2010b);
25. Cadernos de Atenção Básica n. 26 - Saúde sexual e saúde reprodutiva (BRASIL, 2010c);
26. Política Nacional de Atenção Básica (BRASIL, 2011a);
27. Cadernos de Atenção Básica n. 28 - Acolhimento à demanda espontânea (BRASIL, 2011a);
28. Caderno de atenção domiciliar - volume 1 (BRASIL, 2012a);

29. Autoavaliação para a Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica: AMAQ (BRASIL, 2012b);
30. Cadernos de Atenção Básica n. 28 - Acolhimento à demanda espontânea: queixas mais comuns na Atenção Básica (BRASIL, 2012c);
31. Caderno de atenção domiciliar – volume 2 (BRASIL, 2013a);
32. Cadernos de Atenção Básica n. 13 - Controle dos cânceres do colo do útero e da mama (BRASIL, 2013b);
33. Cadernos de Atenção Básica, n. 37 - Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica (BRASIL, 2013c);
34. Cadernos de Atenção Básica, n. 36 - Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: diabetes mellitus (BRASIL, 2013d);
35. Instrumento de Avaliação Externa para as Equipes de Atenção Básica (BRASIL, 2013e);
36. Linha-guia de hipertensão arterial sistêmica, diabetes mellitus e doença renal crônica (MINAS GERAIS, 2013);
37. Diretrizes para o cuidado das pessoas idosas no SUS: proposta de modelo de atenção integral à saúde da pessoa idosa (BRASIL, 2014a);
38. Caderno de Atenção Básica n.35 - Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica (BRASIL, 2014b);
39. Manual para a utilização da Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa (BRASIL, 2014c);
40. Caderno 38 - Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: obesidade (BRASIL, 2014d);

Inicialmente, procedeu-se a construção do modelo conceitual desta pesquisa, considerando-se os metaparadigmas da enfermagem: idoso (ser humano), processo saúde doença (saúde), atenção primária (ambiente) e enfermagem gerontológica (enfermagem) (FAWCETT; DESANTO-MADEYA, 2013). Com base nos quatro metaparadigmas e proposições não-relacionais e relacionais, evidencia-se que o idoso pode apresentar condições distintas de saúde e doença emergindo a necessidade de cuidados em saúde primários. Na atenção primária, independente do local, podem ser desenvolvidas diversas atividades direcionadas ao cuidado à saúde do idoso sendo relevantes, neste espaço, aquelas desempenhadas pelo enfermeiro, a saber: assistenciais e gerenciais. Assim, a Figura 1, a seguir, ilustra o modelo conceitual desta pesquisa.

Figura 1. Modelo conceitual para as dimensões do trabalho do enfermeiro na atenção primária ao idoso baseado nas publicações do Ministério da Saúde e Secretaria do Estado de Saúde de Minas Gerais

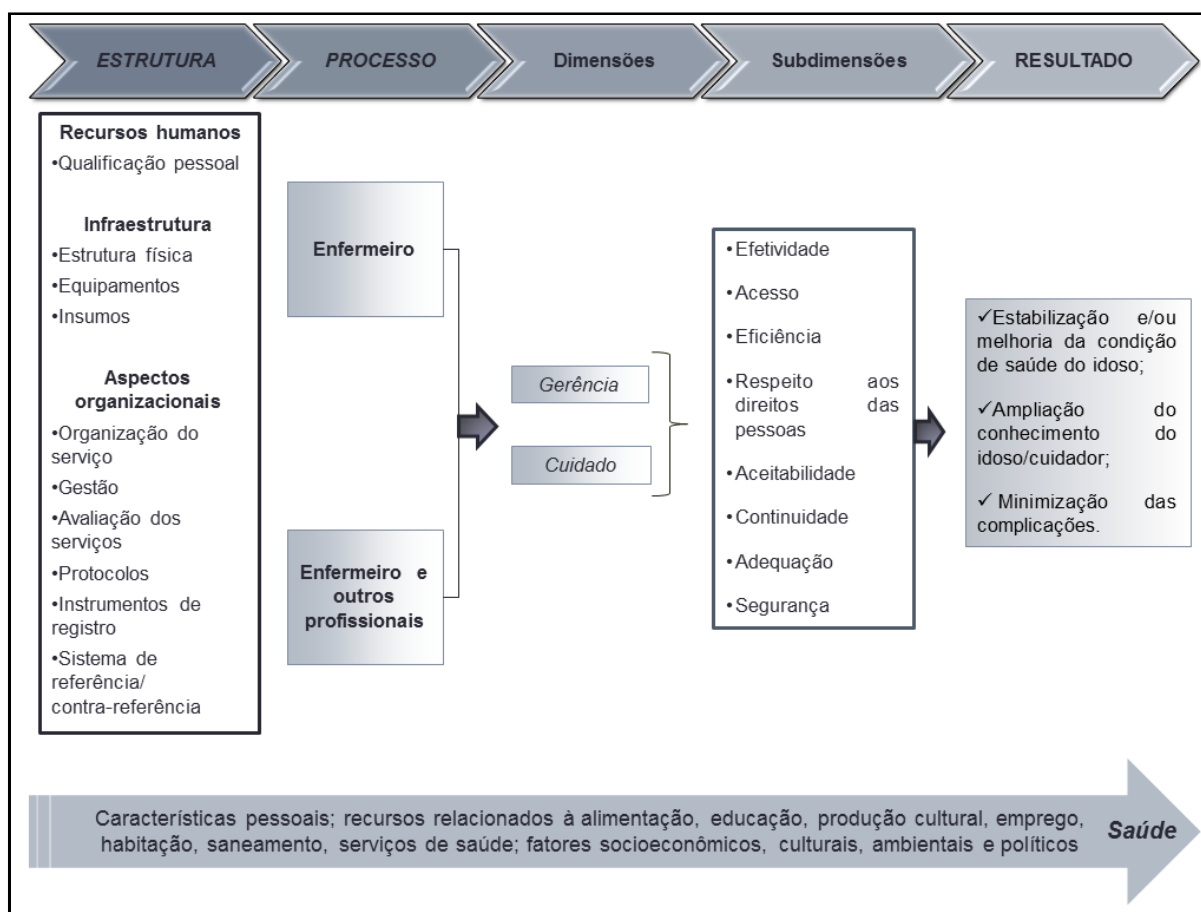


Fonte: a autora, 2017.

Na assistência ao idoso na atenção primária são estabelecidas atribuições específicas ao enfermeiro e em conjunto com a equipe. . Salienta-se que o objeto deste estudo refere-se apenas as atribuições específicas do enfermeiro, sendo os indicadores propostos baseados neste item. Esta delimitação se justifica pelo possível confusão na mensuração dos indicadores com base nas atribuições conjuntas, podendo ser subestimado pela possibilidade de ser desenvolvido por outros profissionais de saúde da equipe.

A partir deste material foi construído um modelo lógico para construção de indicadores da assistência ao idoso na atenção primária com foco nas atribuições do enfermeiro estratificadas conforme suas respectivas dimensões e subdimensões, Figura 2, a seguir.

Figura 2. Modelo lógico para construção de indicadores de processo da atenção ao idoso no contexto primário baseado nas publicações do Ministério da Saúde e Secretaria do Estado de Saúde de Minas Gerais com foco nas atribuições do enfermeiro

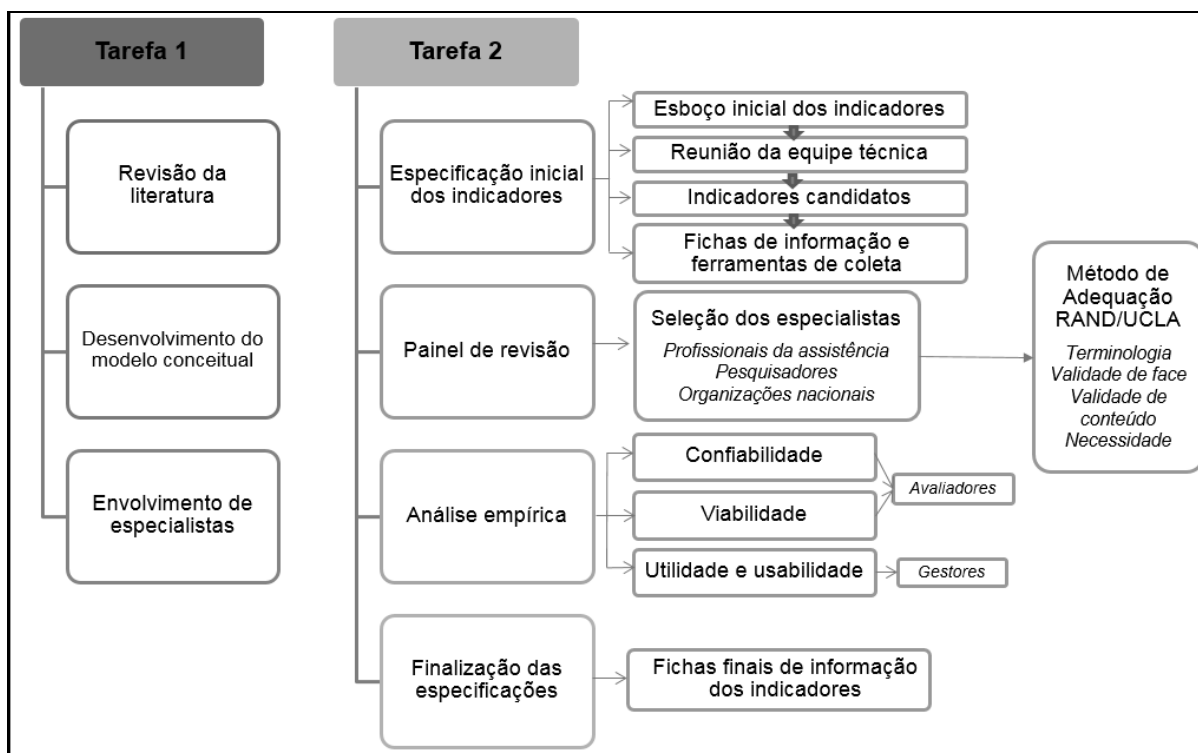


Fonte: a autora, 2017.

Esta pesquisa metodológica utilizará as etapas para construção dos indicadores baseadas no processo de desenvolvimento pela *National Database of Nursing Quality Indicators* (NDNQI) considerando que tem desenvolvido indicadores internacionalmente aceitos para avaliar a qualidade dos cuidados de enfermagem (MONTALVO, 2007).

Na Figura 3, a seguir, encontra-se uma representação visual de todos os procedimentos metodológicos adotados nesta pesquisa.

Figura 3. Representação visual dos procedimentos metodológicos utilizados neste estudo



Fonte: adaptado de AHRQ, 2011; NDNQI, 2015.

A sua participação, panelista, ocorrerá por meio da etapa relacionada ao painel de revisão dos especialistas.

Será utilizado o Método de Adequação RAND/UCLA (FITCH et al., 2001) chamado de processo "Delphi modificado" ou uma técnica de Grupo Nominal com nove participantes (AGENCY FOR HEALTHCARE RESEARCH AND QUALITY, 2011; FITCH et al., 2001).

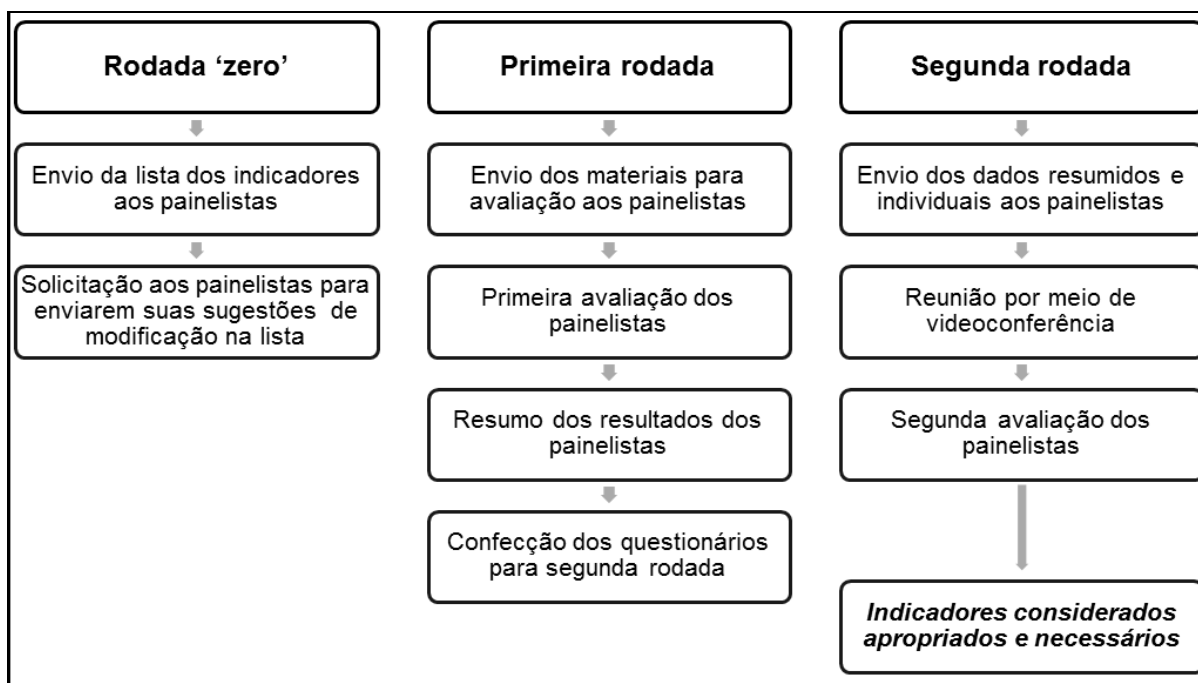
Você, painelista, antes de fazer as classificações reais, receberá a lista dos indicadores candidatos (Fichas de informação do indicador), para conhecer a proposta, estruturar e sugerir possíveis mudanças (rodada 'zero'). Será solicitado que envie suas sugestões de como a estrutura da lista pode ser melhorada (FITCH et al., 2001).

Após este período terá início a primeira rodada, na qual você receberá, via e-mail, os materiais para avaliação (fichas de informação do indicador e formulário de avaliação) para classificação inicial independente (FITCH et al., 2001).

Posteriormente, será realizada a segunda rodada, na qual os resultados serão resumidos e vocês receberão um conjunto de formas semelhantes às que usaram para pontuar na primeira rodada, com suas pontuações individuais e com informações adicionais sobre como o painel como um todo avaliou cada indicação. Em seguida o painel se reunirá, para troca de opiniões por meio de videoconferência. A reunião será moderada por um moderador neutro objetivando a troca de informações (e não o consenso). Serão discutidos inicialmente, os itens de forte desacordo durante a classificação inicial; em segundo lugar, todas as áreas de

ambiguidade nas avaliações iniciais são abordadas, e por fim, as questões específicas. Após a videoconferência os resultados da reunião serão analisados e proceder-se-á as alterações sugeridas. A informação será encaminhada novamente a vocês, painelistas, para nova avaliação dos indicadores (FITCH et al., 2001; AGENCY FOR HEALTHCARE RESEARCH AND QUALITY, 2011) conforme terminologia, validades de face e conteúdo e necessidade. Todo este processo está ilustrado na Figura 4, a seguir:

Figura 4. Etapas do processo de adequação RAND/UCLA, utilizadas neste estudo



Fonte: adaptado de Fitch et al., 2001.

A descrição do formulário de resposta para validação de conteúdo irá contemplar a representatividade do domínio de conteúdo em uma escala de um a quatro. A representatividade deve ser demonstrada pela capacidade de um item para representar o domínio de conteúdo, tal como descrito na definição teórica (RUBIO et al., 2003).

Os dados serão analisados por meio do Índice de Validade de Conteúdo (*Content Validity Index* - CVI). Este refere-se à extensão em que os itens de uma medida avaliam o mesmo conteúdo (representatividade), sendo recomendado CVI de 0,80. Para o cálculo do CVI para cada item recomenda-se contar o número de especialistas que avaliaram o item como três ou quatro e dividir esse número pela o número total de juízes; assim, será obtida a proporção de especialistas que considera o item como conteúdo válido (RUBIO et al., 2003).

REFERÊNCIAS

AGENCY FOR HEALTHCARE RESEARCH AND QUALITY (AHRQ). Center For Health Policy/Center For Primary Care and Outcomes Research & Battelle Memorial Institute. **Quality indicator measure development, implementation, maintenance, and retirement**. 2011. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality. Disponível em:

<http://qualityindicators.ahrq.gov/Downloads/Resources/Publications/2011/QI_Measure_Development_Implementation_Maintenance_Retirement_Full_5-3-11.pdf>. Acesso: 16 fev 2015.

BETZ, C.L. et al. AAN news & opinion. American Academy of Nursing Child and Family Expert Panel Health Care Quality and Outcomes Guidelines for Nursing of Children and Families: phase II. **Nursing Outlook**, v.52, n.6, p.311-6, 2004.

BRASIL. Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem, e dá outras providências. Disponível em:<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l7498.htm>. Acesso em: 03 mar. 2015.

_____. Lei nº 8.842, de 4 de janeiro de 1994. Dispõe sobre a Política Nacional do Idoso, cria o Conselho Nacional do Idoso e dá outras providências. Diário Oficial da União 05 Jan 1994; Seção 1. Disponível em:<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8842.htm>. Acesso em: 1 nov. 2013.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde, Departamento de Atenção Básica. **Instabilidade postural e quedas**. Brasília, DF: Editora MS, 1999. 40p. Disponível em:<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_saude_idoso_cab4.pdf>. Acesso em: 25 Mai 2015.

_____. Ministério da Saúde. **Guia prático do Programa Saúde da Família**. Brasília, DF: Editora MS, 2001. Disponível em:<http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/guia_pratico_saude_familia_psf2.pdf>. Acesso em: 04 Mai 2015.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. **Redes Estaduais de Atenção à Saúde do Idoso**: guia operacional e portarias relacionadas. Brasília, DF: Editora MS, 2002. 104p. Disponível em:<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/redes_estaduais.pdf>. Acesso em: 21 Ago. 2013.

_____. Lei no 10.741, de 1º de outubro de 2003. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. Diário Oficial da União 02 Out 2003; Seção 1. Disponível em:<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/l10.741.htm>. Acesso em: 1 nov. 2013.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Avaliação para melhoria da qualidade da estratégia saúde da família**. Brasília, DF: Editora MS, 2005. 107p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa**. Brasília, DF: Editora MS, 2006a. (Caderno de Atenção Básica: 19) 192p. Disponível em:<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/envelhecimento_saude_pessoa_idosa_n19.pdf>. Acesso em: 04 Mai 2015.

_____. Portaria nº 2.528 de 19 de outubro de 2006b. Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. Diário Oficial da União 20 Out 2006; Seção 1. Disponível em:<<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/2528%20aprova%20a%20politica%20nacional%20de%20saude%20da%20pessoa%20idosa.pdf>>. Acesso em: 1 nov. 2013.

_____. Portaria nº 399 de 22 de fevereiro de 2006c. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. Diário Oficial da União 23 Fev 2006; Seção 1. Disponível em:<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/prtGM399_20060222.pdf>. Acesso em: 04 ago. 2015.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Prevenção clínica de doenças cardiovasculares, cerebrovasculares e renais**. Brasília, DF: Editora MS, 2006d. (Cadernos de Atenção Básica: 14) 56p. Disponível em:<http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/cadernos_ab/abcad14.pdf>. Acesso em: 10 ago. 2015.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Obesidade**. Brasília, DF: Editora MS, 2006e. (Cadernos de Atenção Básica: 12) 108p. Disponível em:<http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/cadernos_ab/abcad12.pdf>. Acesso em: 10 ago. 2015.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Hipertensão arterial sistêmica para o Sistema Único de Saúde**. Brasília, DF: Editora MS, 2006f. (Cadernos de Atenção Básica: 15) 58p. Disponível em:<http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/cadernos_ab/abcad15.pdf>. Acesso em: 10 ago. 2015.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Diabetes mellitus**. Brasília, DF: Editora MS, 2006g. (Cadernos de Atenção Básica: 16) 64p. Disponível em:<http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/cadernos_ab/abcad16.pdf>. Acesso em: 10 ago. 2015.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Protocolos do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional – SISVAN na assistência à saúde**. Brasília, DF: Editora MS, 2008a. 61p. Disponível em:<http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/protocolo_sisvan.pdf>. Acesso em: 26 ago. 2015.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Vigilância em Saúde: Dengue, Esquistossomose, Hanseníase, Malária, Tracoma e Tuberculose**. 2. ed. rev. Brasília, DF: Editora MS, 2008b. (Cadernos de Atenção Básica: 21) 195p. Disponível em:<http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/cadernos_ab/abcad21.pdf>. Acesso em: 10 ago. 2015.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Caderno de Auto-Avaliação n.5:** Equipe Saúde da Família - Parte 2. 3. ed. – Brasília, DF: Editora MS, 2009a. 110p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Vigilância em saúde: zoonoses.** Brasília, DF: Editora MS, 2009b. (Cadernos de Atenção Básica: 22) 228p. Disponível em:<http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/cadernos_ab/abcad22.pdf>. Acesso em: 10 ago. 2015.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Rastreamento.** Brasília, DF: Editora MS, 2010a. (Cadernos de Atenção Primária: 29) 95p. Disponível em:<http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/cadernos_ab/abcad29.pdf>. Acesso em: 07 ago. 2015.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Doenças respiratórias crônicas.** Brasília, DF: Editora MS, 2010b. (Cadernos de Atenção Básica: 25) 160p. Disponível em:<http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/cadernos_ab/abcad25.pdf>. Acesso em: 10 ago. 2015.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde sexual e saúde reprodutiva.** Brasília, DF: Editora MS, 2010c. (Cadernos de Atenção Básica: 26) 300p. Disponível em:<http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/cadernos_ab/abcad26.pdf>. Acesso em: 07 ago. 2015.

_____. Portaria nº 2.488 de 21 de outubro de 2011a. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Diário Oficial da União 24 Out 2011; Seção 1. Disponível em:<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html>. Acesso em: 30 jul. 2014.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Acolhimento à demanda espontânea.** Brasília, DF: Editora MS, 2011b. (Cadernos de Atenção Básica: 28, v1) 56p. Disponível em:<http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/miolo_CAP_28.pdf>. Acesso em: 07 ago. 2015.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Caderno de atenção domiciliar.** Vol.1. Brasília, DF: Editora MS, 2012a. 105p. Disponível em:<http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/cad_vol1.pdf>. Acesso em: 04 Mai 2015.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Autoavaliação para a Melhoria do Acesso e da Qualidade da**

Atenção Básica: AMAQ. Brasília, DF: Editora MS, 2012b. 134p. Disponível em:<<http://189.28.128.100/dab/docs/sistemas/pmaq/amaq.pdf>>. Acesso em: 03 Ago 2015.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Acolhimento à demanda espontânea:** queixas mais comuns na Atenção Básica. Brasília, DF: Editora MS, 2012c. (Cadernos de Atenção Básica: 28, v2) 290p. Disponível em:<http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/cadernos_ab/caderno_28.pdf>. Acesso em: 10 Ago 2015.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Caderno de atenção domiciliar.** Vol.2. Brasília, DF: Editora MS, 2013a. 206p. Disponível em:<http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/cad_vol2.pdf>. Acesso em: 04 Mai 2015.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Controle dos cânceres do colo do útero e da mama.** Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2013b. (Cadernos de Atenção Básica: 13) 124p. Disponível em:<<http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/cab13.pdf>>. Acesso em: 26 Ago 2015.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica:** hipertensão arterial sistêmica. Brasília, DF: Editora MS, 2013c. (Cadernos de Atenção Básica: 37) 128p. Disponível em:<http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/caderno_37.pdf>. Acesso em: 26 Ago 2015.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica:** diabetes mellitus. Brasília, DF: Editora MS, 2013d. (Cadernos de Atenção Básica: 36) 160p. Disponível em:<http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/caderno_36.pdf>. Acesso em: 26 Ago 2015.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Instrumento de Avaliação Externa para as Equipes de Atenção Básica** – saúde da família e equipe parametrizada. Brasília, DF: Editora MS, 2013e. 128p. Disponível em:<http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/instrumento_ae_sfp.pdf>. Acesso em: 03 Ago 2015.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada e Temática. Coordenação Saúde da Pessoa Idosa. **Diretrizes para o cuidado das pessoas idosas no SUS:** proposta de modelo de atenção integral à saúde da pessoa idosa. 2014a. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/images/pdf/2015/setembro/01/Diretrizesaten----opessoaidosa.pdf>>. Acesso: 21 Ago 2015.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica**. Brasília, DF: Editora MS, 2014b. (Cadernos de Atenção Básica: 35) 212p. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estrategias_cuidado_pessoa_doenca_crônica_cab35.pdf>. Acesso: 18 Ago 2015.

_____. Ministério da Saúde. **Manual para a utilização da Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa**. 2014c.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: obesidade**. Brasília, DF: Editora MS, 2014d. (Caderno de Atenção Básica: 38) 212p. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estrategias_cuidado_doenca_cronica_obesidade_cab38.pdf>. Acesso: 18 Ago 2015.

BOHOMOL, E. Indicadores para avaliação da qualidade da assistência de enfermagem. In: D'INNOCENZO, M. (Org.). **Indicadores, auditoria, certificações: ferramentas de qualidade para gestão em saúde**. 2. ed. São Paulo: Martinari, 2010. p.99-115.

CARLFJORD, S.; LINDBERG, M. Asthma and COPD in primary health care, quality according to national guidelines: a cross-sectional and a retrospective study. **BMC family practice**, v.9, n.36, 2008.

DAVIES, P. et al. Developing quality indicators for community services: the case of district nursing. **Quality in primary care**, v.19, n.3, p. 155-66, 2011.

DONABEDIAN, A. The quality of care – how can it be assessed?. **Archives of Pathology & Laboratory Medicine**, v.121, n.11, p. 1145-50, 1997.

FAWCETT, J.; DESANTO-MADEYA, S. **Contemporary Nursing Knowledge: Analysis and Evaluation of Nursing Models and Theories**. 2013. 3.ed. EUA: F.A. Davies Company. Disponível em: <https://books.google.com.br/books?id=pdE-AAAAQBAJ&pg=PR5&lpg=PR5&dq=Contemporary+nursing+knowledge:+Conceptual+models+of+nursing+and+nursing+theories&source=bl&ots=jVzGLilZcO&sig=wWrvCpaBWYEn6jbeyQW_LPEUVqg&hl=pt-BR&sa=X&ei=G7A3VZqhDMurgwTE04CACw&ved=0CG0Q6AEwCQ#v=onepage&q&f=false>. Acesso em: 24 Apr 2015.

FITCH, K. et al. **The RAND/UCLA Appropriateness Method User's Manual**. Santa Monica (CA): RAND Corporation; 2001. Disponível em: http://www.rand.org/content/dam/rand/pubs/monograph_reports/2011/MR1269.pdf. Acesso em: 02 mar 2015.

HARTELOH, P.P.M. The meaning of quality in health care: A conceptual analysis. **Health Care Analysis**, v. 11, n.3, p.259-262, 2003.

HASNA, F. et al. Quality of primary nursing care for Bedouin in Jordan. **International journal of nursing practice**, v.16, n.6, p.564-72, 2010.

LEMLEY, K.B.; MARKS, B. Patient satisfaction of young adults in rural clinics: policy implications for nurse practitioner practice. **Policy, politics & nursing practice**, v.10, n.2, p.143-52, 2009.

MCILRATH, C. Benchmarks for effective primary care-based nursing services for adults with depression: a Delphi study. **Journal of Advanced Nursing**, v.66, n.2, p. 269-81, 2010.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. **Atenção a saúde do idoso**. Belo Horizonte: SAS/MG, 2006a. 186 p. Disponível em:<<http://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/LinhaGuiaSaudeIdoso.pdf>>. Acesso em: 04 Mai 2015.

_____. Secretaria de Estado de Saúde. **Atenção à Saúde do Adulto – tuberculose**. Belo Horizonte: SAS/MG, 2006b. 144p. Disponível em:<<http://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/LinhaGuiaTuberculose2006.pdf>>. Acesso em: 04 Mai 2015.

_____. Secretaria de Estado de Saúde. **Atenção a saúde do adulto: HIV/AIDS**. Belo Horizonte: SAS/MG, 2006c. 68p. Disponível em:<<http://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/LinhaGuiaHIVAIDS.pdf>>. Acesso em: 04 Mai 2015.

_____. Secretaria de Estado de Saúde. **Atenção a saúde do adulto: hanseníase**. Belo Horizonte: SAS/MG, 2006d. 62p. Disponível em:<<http://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/LinhaGuiaHanseníase.pdf>>. Acesso em: 04 Mai 2015.

_____. Secretaria de Estado de Saúde. **Linha Guia de Atenção à Saúde – dengue**. Belo Horizonte: SAS/MG, 2009. 103p. Disponível em:<http://www.saude.mg.gov.br/images/anexos/linha_guia/Linha_Guia-Dengue.pdf>. Acesso em: 04 Mai 2015.

_____. Secretaria de Estado de Saúde. Linha-guia de hipertensão arterial sistêmica, diabetes mellitus e doença renal crônica. Belo Horizonte: SAS/MG, 2013. 203p. Disponível em:<http://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/guia_de_hipertensao.pdf>. Acesso em: 04 Mai 2015.

MONTALVO, I. The National Database of Nursing Quality Indicators (NDNQI). **The Online Journal of Issues in Nursing**, v.12, n.3, manuscript 2, 2007. Disponível em:<<http://www.nursingworld.org/MainMenuCategories/ANAMarketplace/ANAPeriodicals/OJIN/TableofContents/Volume122007/No3Sept07/NursingQualityIndicators.html>>. Acesso em: 06 ago 2014.

NATIONAL QUALITY FORUM (NQF). **Phrase book - a plain language guide to NQF jargon**. 2013. Disponível

em:<<http://public.qualityforum.org/NQFDocuments/Phrasebook.pdf>>. Acesso: 21 jan. 2015.

RIVAS, F.J.P. et al. Implementation and evaluation of the nursing process in primary health care. **International Journal of Nursing Knowledge**, v. 23, n.1, p. 18-28, 2012.

ROTH, C.P. et al. Nurse care manager contribution to quality of care in a dual-eligible special needs plan. **Journal of gerontological nursing**, v. 38, n.7, p. 44-54, 2012.

RUBIO, D.M. et al. Objectifying content validity: Conducting a content validity study in social work research. **Social Work Research**, v. 27, n. 2, p. 94-111, 2003.

APÊNDICE 12

DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS (painelistas)

ID _____

1. Idade: _____ anos

2. Sexo:

1- Masculino () 2-Feminino ()

3. Cidade e estado em que reside: _____

4. Instituição a qual está vinculado: _____

5. Cargo/função atual: _____

6. Tempo de atuação no cargo/função atual: _____ anos.

7. Formação profissional:

1-Especialização () 2- Mestrado () 3-Doutorado () 4-Pós-Doutorado ()

7.1. Especificar a área da pós-graduação:

1-Especialização ()

2- Mestrado ()

3-Doutorado ()

4-Pós-Doutorado ()

8. Cursos relacionados a assistência ao idoso:

9. Experiências profissionais na assistência ao idoso:

9.1 – Atividades assistenciais:

9.2 – Atividades relacionadas a pesquisa:

9.3 – Atividades relacionadas ao ensino:

APÊNDICE 13**INSTRUÇÕES GERAIS AOS PAINELISTAS**

Caro painelista,

obrigado por concordar em participar do painel para avaliar indicadores da qualidade da assistência de enfermagem ao idoso na atenção primária.

O processo de adequação RAND/UCLA aplicado a este processo consiste em conhecer os indicadores e oferecer sugestões (rodada “zero”), realizar classificação inicial independente (primeira rodada) e final independente após reunião dos integrantes do painel (segunda rodada).

Temos o prazer de incluir agora o material que você vai precisar para esta rodada denominada “zero”: as fichas de informação do indicador. Segue ainda o mapa das fichas (instrumento de sugestões das fichas) visando facilitar a visão geral de todos indicadores propostos para sugestões.

Solicitamos que o Sr.(a) analise as fichas técnicas dos indicadores e nos encaminhe sugestões de possíveis mudanças; o prazo de devolução é de 10 dias, ou seja, até 06 de junho.

Após este período, as fichas serão adaptadas, se necessário, e vocês receberão as novas fichas juntamente com o deverão proceder o preenchimento dos formulários de pontuação; a devolução deverá ocorrer no prazo de 13 dias, sendo a data exata informada junto ao envio do formulário.

Para a segunda rodada, prevista para ser iniciada em 04 julho, você receberá um novo conjunto de formas que mostrarão como você, individualmente, e com o painel como um grupo avaliou cada indicação. Será agendada uma reunião com todos os painelistas por meio de videoconferência, sendo a data informada juntamente com o envio do material desta etapa. Após a discussão desta segunda rodada, vocês serão convidados a avaliar cada uma das indicações mais uma vez, em um prazo de 10 dias, sendo a data exata informada junto ao envio do formulário.

O Sr(a). receberá uma ligação de um membro da equipe visando verificar se o processo foi compreendido e sanar possíveis dúvidas.

Ainda sim, caso tenha alguma dúvida, por favor, nos comunique, pelos contatos: e-mail: flaviadias_ura@yahoo.com.br; telefone: (34)99111-2003.

Obrigado por sua participação!

Atenciosamente,

Prof. Dr. Darlene Mara dos Santos Tavares
Coordenadora da pesquisa

APÊNDICE 14**INSTRUÇÕES AOS PAINELISTAS – RODADA UM**

Caro painalista,

Enviamos o “formulário de avaliação do painel” que contempla os seguintes itens: validade de face, terminologia, necessidade e validade de conteúdo.

Solicitamos que o Sr.(a) marque um X na opção escolhida em cada questão. Por exemplo, no item 1 (validade de face), é questionado o quanto este indicador é importante para a saúde do idoso atendido pelo enfermeiro; se o Sr.(a) considera que o indicador não é nem um pouco importante assinale o número ‘1’, se considera o indicador muito importante assinale ‘9’.

A devolução deverá ocorrer no prazo de 13 dias, ou seja, até **25 de junho**.

Em poucos dias, estaremos contatando cada um de vocês para confirmar o recebimento desses materiais e discutir quaisquer questões ou comentários que você possa ter sobre o processo de classificação.

Ainda sim, caso tenha alguma dúvida, por favor, nos comunique, pelos contatos: e-mail: flaviadias_ura@yahoo.com.br; telefone: (34)99111-2003.

Obrigado por sua participação!

Atenciosamente,

Prof. Dr. Darlene Mara dos Santos Tavares
Coordenadora da pesquisa

APÊNDICE 15**INSTRUÇÕES AOS PAINELISTAS – RODADA DOIS (videoconferência)**

Caro painelista,

Enviamos a “avaliação sumária e individual de cada indicador” que contempla os mesmos itens do formulário anterior (validade de face, terminologia, necessidade e validade de conteúdo), acrescido da sua classificação individual e a classificação geral do painel.

Solicitamos que o Sr.(a) analise estes dados para participar da reunião com todos os membros do painel. Esta reunião será conduzida por um moderador neutro objetivando a troca de informações (e não o consenso). Serão discutidos inicialmente, os itens de forte desacordo durante a classificação inicial; em segundo lugar, todas as áreas de ambiguidade nas avaliações iniciais serão abordadas, e por fim, as questões específicas.

O moderador será auxiliado por um membro da equipe com conhecimento no tópico. Este membro será responsável também por realizar as anotações durante o painel de discussão, de modo que as questões mais importantes abordadas estejam bem documentadas (por exemplo, definições revistas, modificações no texto das indicações). Este processo será gravado para o caso de dúvidas nas anotações do membro auxiliar.

Após a videoconferência os resultados da reunião serão analisados e proceder-se-á as alterações sugeridas. A informação será encaminhada a vocês para nova avaliação individual dos indicadores. A devolução deverá ocorrer no prazo de 2 semanas, ou seja, até 10 de agosto.

Em poucos dias, estaremos contatando cada um de vocês para confirmar o recebimento desses materiais e discutir quaisquer questões ou comentários que você possa ter sobre o processo de classificação.

Ainda sim, caso tenha alguma dúvida, por favor, nos comunique, pelos contatos: e-mail: flaviadias_ura@yahoo.com.br; telefone: (34)99111-2003.

Obrigado por sua participação!

Atenciosamente,

Prof. Dr. Darlene Mara dos Santos Tavares
Coordenadora da pesquisa

INSTRUÇÕES AOS PAINELISTAS – RODADA DOIS (segunda votação)

Caro painelista,

Enviamos as fichas de qualificação que foram reformuladas e o “formulário de avaliação do painel” que contempla os seguintes itens: validade de face, terminologia, necessidade e validade de conteúdo, apenas dos seis indicadores com avaliação imprecisa na terminologia e um com a adequação da fórmula de cálculo, após a reunião realizada pelo painel em 13/07.

Solicitamos que o Sr.(a) marque um X na opção escolhida em cada questão. Por exemplo, no item 1 (validade de face), é questionado o quanto este indicador é importante para a saúde do idoso atendido pelo enfermeiro; se o Sr.(a) considera que o indicador não é nem um pouco importante assinale o número ‘1’, se considera o indicador muito importante assinale ‘9’.

A devolução deverá ocorrer no prazo de 11 dias, ou seja, até **10 de agosto**.

Em poucos dias, estaremos contatando cada um de vocês para confirmar o recebimento desses materiais e discutir quaisquer questões ou comentários que você possa ter sobre o processo de classificação.

Ainda sim, caso tenha alguma dúvida, por favor, nos comunique, pelos contatos: e-mail: flaviadias_ura@yahoo.com.br; telefone: (34)99111-2003.

Obrigado por sua participação!

Atenciosamente,

Prof. Dr. Darlene Mara dos Santos Tavares
Coordenadora da pesquisa

APÊNDICE 16

Of. xxx/2016/PROPPG/UFTM

Secretaria Municipal de Saúde de Uberaba (SMS)

Departamento de Atenção Básica

A Sra. Diretora Ana Paula Coelho Jardim

Assunto: **Solicitação de autorização para coleta de dados na ESF xxxx referente a pesquisa científica.**

Prezada Diretora,

1. Referente ao ofício n.340/2016 enviado em 05 de setembro para esta secretaria, fomos informados que a ESF xxx encontra-se com a equipe de agentes comunitários em saúde incompleta, sendo solicitado o novo sorteio de unidade para coleta de dados do Projeto de Pesquisa *“Indicadores de processo da qualidade da assistência de enfermagem ao idoso na atenção primária”*. Esta coleta será realizada por meio de entrevista com o enfermeiro, técnicos/auxiliares de enfermagem e agentes comunitários de saúde bem como consulta aos documentos de controle da unidade (planilha de registros de atendimento, dados do SIAB, e-SUS) e prontuários dos idosos.
2. Assim, solicitamos junto a esta Secretaria a autorização para a coleta na nova unidade sorteada, a saber, ESF xxxx.
3. Ressaltamos o compromisso de repasse dos resultados finais desta pesquisa e colocamo-nos à disposição para eventuais dúvidas e/ou encontros para apresentação da proposta deste trabalho.
4. Desde já agradecemos a atenção e apoio oferecido pela Secretaria para realização desta pesquisa.

Atenciosamente,

Profa. Dra. Darlene Mara dos Santos Tavares

Coordenadora da pesquisa

Pró-Reitora de Pesquisa e Pós-Graduação da UFTM

Of. xxx/2016/PROPPG/UFTM

Secretaria Municipal de Saúde de Uberaba (SMS)

Seção de Educação em Saúde

A Sra. Gheysa Alves Mendonça

Assunto: **Solicitação de autorização para coleta de dados na ESF xxx referente a pesquisa científica.**

Prezada Secretária,

1. Referente ao ofício n.339/2016 enviado em 05 de setembro para esta seção, fomos informados que a ESF xxx encontra-se com a equipe de agentes comunitários em saúde incompleta, sendo solicitado o novo sorteio de unidade para coleta de dados do Projeto de Pesquisa *“Indicadores de processo da qualidade da assistência de enfermagem ao idoso na atenção primária”*. Esta coleta será realizada por meio de entrevista com o enfermeiro, técnicos/auxiliares de enfermagem e agentes comunitários de saúde bem como consulta aos documentos de controle da unidade (planilha de registros de atendimento, dados do SIAB, e-SUS) e prontuários dos idosos.
2. Assim, solicitamos junto a esta Secretaria a autorização para a coleta na nova unidade sorteada, a saber, ESF xxx.
3. Ressaltamos o compromisso de repasse dos resultados finais desta pesquisa e colocamo-nos à disposição para eventuais dúvidas e/ou encontros para apresentação da proposta deste trabalho.
4. Desde já agradecemos a atenção e apoio oferecido pela Secretaria para realização desta pesquisa.

Atenciosamente,

Profa. Dra. Darlene Mara dos Santos Tavares

Coordenadora da pesquisa

Pró-Reitora de Pesquisa e Pós-Graduação da UFTM

Of. xxx/2016/PROPPG/UFTM

Secretaria Municipal de Saúde de Uberaba (SMS)

Departamento de Atenção Básica

A Sra. Diretora Ana Paula Coelho Jardim

Assunto: **Solicitação de autorização para coleta de dados nas ESFs referente a pesquisa científica.**

Prezada Diretora,

1. Referente à coleta de dados do Projeto de Pesquisa “*Indicadores de processo da qualidade da assistência de enfermagem ao idoso na atenção primária*” que está sendo realizada na ESF xxx, informamos que alguns indicadores não serão possíveis de serem coletados devido número insuficiente da amostra. Lembramos que esta coleta ocorre por meio de entrevista com o enfermeiro, técnicos/auxiliares de enfermagem e agentes comunitários de saúde bem como consulta aos documentos de controle da unidade (planilha de registros de atendimento, dados do SIAB, e-SUS) e prontuários dos idosos.
2. Assim, solicitamos junto a esta Secretaria a autorização para a coleta nas demais unidades do município a fim de completar os dados. Ressaltamos que só passaremos para a ESF seguinte na impossibilidade de terminar a coleta na anterior.
3. Ressaltamos o compromisso de repasse dos resultados finais desta pesquisa e colocamo-nos à disposição para eventuais dúvidas e/ou encontros para apresentação da proposta deste trabalho.
4. Desde já agradecemos a atenção e apoio oferecido pela Secretaria para realização desta pesquisa.

Atenciosamente,

Profa. Dra. Darlene Mara dos Santos Tavares

Coordenadora da pesquisa

Of. xxx/2016/PROPPG/UFTM

Secretaria Municipal de Saúde de Uberaba (SMS)

Seção de Educação em Saúde

A Sra. Gheysa Alves Mendonça

Assunto: **Solicitação de autorização para coleta de dados nas ESFs referente a pesquisa científica.**

Prezada Secretária,

1. Referente à coleta de dados do Projeto de Pesquisa *“Indicadores de processo da qualidade da assistência de enfermagem ao idoso na atenção primária”* que está sendo realizada na ESF xxx, informamos que alguns indicadores não serão possíveis de serem coletados devido número insuficiente da amostra. Lembramos que esta coleta ocorre por meio de entrevista com o enfermeiro, técnicos/auxiliares de enfermagem e agentes comunitários de saúde bem como consulta aos documentos de controle da unidade (planilha de registros de atendimento, dados do SIAB, e-SUS) e prontuários dos idosos.
2. Assim, solicitamos junto a esta Secretaria a autorização para a coleta nas demais unidades do município a fim de completar os dados. Ressaltamos que só passaremos para a ESF seguinte na impossibilidade de terminar a coleta na anterior.
3. Ressaltamos o compromisso de repasse dos resultados finais desta pesquisa e colocamo-nos à disposição para eventuais dúvidas e/ou encontros para apresentação da proposta deste trabalho.
4. Desde já agradecemos a atenção e apoio oferecido pela Secretaria para realização desta pesquisa.

Atenciosamente,

Profa. Dra. Darlene Mara dos Santos Tavares

Coordenadora da pesquisa

APÊNDICE 17

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO

Prezado (a) Senhor (a), solicito a sua participação no estudo: **“INDICADORES DE PROCESSO DA QUALIDADE DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM AO IDOSO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA”**. O referido estudo tem como objetivo construir indicadores de processo da qualidade da assistência de enfermagem ao idoso na atenção primária. A sua participação ocorrerá por meio de entrevista referente ao seu trabalho e supervisão pelo enfermeiro.

Eu, _____, R.G.: _____, abaixo assinado, tendo recebido as informações acerca da pesquisa acima citada a qual tem como objetivo construir indicadores de processo da qualidade da assistência de enfermagem ao idoso na atenção primária, e ter sido esclarecido (a) de que minha participação restringe-se a responder uma pergunta sobre a supervisão do meu trabalho pelo enfermeiro, considerando os direitos a seguir relacionados de:

1. Retirar meu consentimento e participação a qualquer momento que considerar que possa trazer algum prejuízo à minha pessoa;
2. A segurança de que não serei identificado (a);
3. A minha participação na pesquisa não resultará em custos monetários à minha pessoa.

Concordo em participar do estudo.

Uberaba -MG, _____ de _____ de 2016.

Agente Comunitário de Saúde/ Técnico de enfermagem

Prof. Dr. Darlene Mara dos Santos Tavares
Coordenadora da pesquisa

Contato: (34) 3700-6015 / 6154.

APÊNDICE 18**INSTRUÇÕES AOS GESTORES**

Caro gestor,

obrigado por concordar em participar do processo de avaliação da utilidade e usabilidade/uso dos indicadores de processo propostos para avaliar a qualidade da assistência de enfermagem ao idoso na atenção primária. Enviamos anexo a fichas de informação dos indicadores e o questionário para que possa expressar sua avaliação quanto a utilidade dos dados. Neste questionário o (a) sr.(a) deve assinalar 'x' na opção que melhor represente a sua avaliação, justificando em seguida.

Solicitamos que nos envie o material preenchido até **06/09**.

Caso tenha alguma dúvida, por favor, nos comunique.

Obrigado por sua participação!

Atenciosamente,

Prof. Dr. Darlene Mara dos Santos Tavares
Coordenadora da pesquisa

APÊNDICE 19

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO (*equipe de gestão*)

Prezado (a) Senhor (a), solicito a sua participação, como membro da equipe de gestão da atenção primária, no processo de avaliação da utilidade dos indicadores propostos no estudo: **“INDICADORES DE PROCESSO DA QUALIDADE DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM AO IDOSO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA”**. O referido estudo tem como objetivo construir indicadores de processo da qualidade da assistência de enfermagem ao idoso na atenção primária. Serão realizadas questões referentes a utilidade do indicador. Desse modo o Senhor(a), juntamente com os demais membros da equipe e gestor, registrarão o parecer acerca da utilidade dos indicadores propostos em instrumento próprio, que será encaminhado pela pesquisadora.

Eu _____, R.G. _____, abaixo assinado, tendo recebido as informações acerca da pesquisa acima citada a qual tem como objetivo construir indicadores de resultado da qualidade da assistência de enfermagem ao idoso na atenção primária, e ter sido esclarecido (a) de que minha participação, como membro da equipe de gestão da atenção primária, se resume a emitir parecer, juntamente com os demais membros da equipe e gestor, acerca da utilidade e usabilidade/uso dos indicadores propostos pelo instrumento em estudo e, considerando os direitos a seguir relacionados de:

1. Retirar meu consentimento e participação a qualquer momento que considerar que possa trazer algum prejuízo à minha pessoa;
2. A segurança de que não serei identificado (a);
3. A minha participação na pesquisa não resultará em custos monetários à minha pessoa.

Concordo em participar do estudo.

_____-MG, _____ de _____ de 2016.

Membro da equipe de gestão da Atenção Primária

Prof. Dr. Darlene Mara dos Santos Tavares
Coordenadora da pesquisa

Contato: (34) 3318-5773 / 3318-5774.

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO (*gestor*)

Prezado (a) Senhor (a), solicito a sua participação, como gestor da equipe de atenção primária, no processo de avaliação da utilidade dos indicadores propostos no estudo: **“INDICADORES DE PROCESSO DA QUALIDADE DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM AO IDOSO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA”**. O referido estudo tem como objetivo construir indicadores de processo da qualidade da assistência de enfermagem ao idoso na atenção primária. Serão realizadas questões referentes a utilidade do indicador. Desse modo o Senhor(a), juntamente com os demais membros da equipe, registrarão o parecer acerca da utilidade dos indicadores propostos em instrumento próprio, que será encaminhado pela pesquisadora.

Eu, _____ R.G.: _____ abaixo assinado, tendo recebido as informações acerca da pesquisa acima citada a qual tem como objetivo construir indicadores de processo da qualidade da assistência de enfermagem ao idoso na atenção primária, e ter sido esclarecido (a) de que minha participação, gestor da atenção primária, se resume a emitir parecer, juntamente com os demais membros da equipe, acerca da utilidade e usabilidade/uso dos indicadores propostos pelo instrumento em estudo e, considerando os direitos a seguir relacionados de:

1. Retirar meu consentimento e participação a qualquer momento que considerar que possa trazer algum prejuízo à minha pessoa;
2. A segurança de que não serei identificado (a);
3. A minha participação na pesquisa não resultará em custos monetários à minha pessoa.

Concordo em participar do estudo.

_____-MG, _____ de _____ de 2016.

Gestor

Prof. Dr. Darlene Mara dos Santos Tavares
Coordenadora da pesquisa

Contato: (34) 3700-6015 / 6154.

APÊNDICE 20

Of. xxx/2016/PROPPG/UFTM

Secretaria Municipal de Saúde de Uberaba (SMS)

Ao Sr. Secretário Marco Túlio Azevedo Cury

Assunto: Solicitação de autorização para o gestor avaliar dados referente a pesquisa científica.

Prezado Secretário,

Estamos desenvolvendo um Projeto de Pesquisa que visa construir indicadores de processo da qualidade da assistência de enfermagem ao idoso na atenção primária. Para tanto, em uma das etapas, gostaríamos de solicitar que o gestor local avaliasse a utilidade e usabilidade dos indicadores propostos. O instrumento é composto de quatro perguntas que devem ser respondidas para cada um dos indicadores (em anexo), que na etapa atual do estudo, totalizam 21.

Assim, solicitamos junto a esta Secretaria a autorização para a coleta.

Ressaltamos o compromisso de repasse dos resultados finais desta pesquisa e colocamo-nos à disposição para eventuais dúvidas e/ou encontros para apresentação da proposta deste trabalho.

Desde já agradecemos a atenção e apoio oferecido pela Secretaria para realização desta pesquisa.

Atenciosamente,

Profa. Dra. Darlene Mara dos Santos Tavares

Coordenadora da pesquisa

Pró-Reitora de Pesquisa e Pós-Graduação da UFTM

APÊNDICE 21

**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP****DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

Título da Pesquisa: INDICADORES DE PROCESSO DA QUALIDADE DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM AO IDOSO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA

Pesquisador: Darlene Mara dos Santos Tavares

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 41622914.3.0000.5154

Instituição Proponente: Universidade Federal do Triângulo Mineiro

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.085.438

Data da Relatoria: 27/05/2015

Apresentação do Projeto:**TIPO**

Trata-se de uma pesquisa metodológica. Nos descritores de Ciências da Saúde a pesquisa metodológica em enfermagem refere-se a técnicas e métodos para implementar projetos e documentar informações, incluindo métodos para entrevistas, coleta de dados e inferências (BIBLIOTECA VIRTUAL EM SAÚDE, 2014).

POPULAÇÃO DO ESTUDO

A população deste estudo será composta por idosos cadastrados na ESF com maior percentual deste segmento, sendo utilizado dados secundários (prontuários e fichas da unidade).

Objetivo da Pesquisa:**Objetivo Primário:**

1. Converter em indicadores as atribuições dos enfermeiros estabelecidas pelo Ministério da Saúde direcionadas ao idoso na atenção primária; 2. Avaliar a validade de face, a terminologia, a viabilidade e utilidade dos indicadores propostos. 3. Testar os indicadores propostos em relação a confiabilidade, utilidade e viabilidade.

Endereço: Rua Madre Maria José, 122

Bairro: Nossa Sra. Abadia

CEP: 38.025-100

UF: MG

Município: UBERABA

Telefone: (34)3318-5776

Fax: (34)3318-5776

E-mail: cep@pesqpg.uftm.edu.br



UNIVERSIDADE FEDERAL DO
TRIÂNGULO MINEIRO - MG



Continuação do Parecer: 1.085.438

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Os possíveis riscos decorrem da perda de confidencialidade dos dados que será minimizada pela identificação dos peritos e dos formulários/prontuários por meio de números.

Benefícios:

Os benefícios desta pesquisa decorrem da possibilidade de melhoria da assistência de enfermagem decorrente do monitoramento da qualidade do serviço oferecido por meio dos indicadores estabelecidos. Assim, serão beneficiados os idosos, bem como seus familiares, e os serviços de saúde.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A Pesquisa atende aos requisitos exigidos pela CONEP

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Em consonância com a resolução 466/12

Recomendações:

Não pertinente

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

De acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS nº. 466 de 2012 e na Norma Operacional nº. 001 de 2013 do CNS, manifesta-se pela aprovação do projeto de pesquisa proposto.

Aprovado em reunião do colegiado do CEP em 15/05/2015.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

APÊNDICE 22

FICHAS DE INFORMAÇÃO DOS INDICADORES REFORMULADAS APÓS A RODADA ZERO

Nome do indicador	Avaliação e melhoria do cuidado ao idoso.
Definição	Existência de avaliações da assistência ao idoso visando melhoria da qualidade da atenção.
Interpretação	Mensura a existência de avaliações da assistência ao idoso que o enfermeiro refere realizar visando a melhoria da qualidade da atenção.
Dimensão	Gerência
Subdimensão	Todas as dimensões.
Método de cálculo	Existência de documentação de atividades internas de avaliação relacionada a assistência ao idoso.
Fonte de dados	Auditoria.
Valor de referência	Sim.
Referências	BRASIL. Ministério da Saúde. Guia prático do Programa Saúde da Família . Brasília: Ministério da Saúde, 2001. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/guia_pratico_saude_familia_psf2.pdf>. Acesso em: 04 Mai 2015.
Limitações	Limitações da qualidade do registro.
Observações	Observar ferramenta de coleta. As avaliações referem-se a registros de ciclos de melhoria ou projetos de intervenção com avaliação antes e depois.

Nome do indicador	Coordenação da equipe de enfermagem e dos agentes comunitários de saúde no cuidado ao idoso.
Definição	Majoria de respostas indicando que o enfermeiro "sempre" coordena o trabalho direcionado aos idosos pelos agentes comunitários de saúde (ACS) e a equipe de enfermagem (técnico/auxiliar de enfermagem).
Interpretação	Mensura a coordenação, pelo enfermeiro, das atividades direcionadas aos idosos desenvolvidas pelos ACS e equipe de enfermagem.
Justificativa	A coordenação das atividades do ACS e da equipe de enfermagem pode favorecer a melhoria da assistência em saúde. Considerando a diversidade de ações, será considerado como critério-resumo da medida a investigação do acompanhamento pelo enfermeiro: junto aos ACS a atualização da Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa em cada visita domiciliar realizada (BRASIL, 2009; 2006), e; junto a equipe de enfermagem o encaminhamento dos idosos aos serviços de saúde bucal (MINAS GERAIS, 2006).
Dimensão	Gerência.
Subdimensão	Todas as dimensões.
Método de cálculo	$\frac{\text{Número de respostas "sempre"}}{\text{Número total de respostas}} \times 100$
Fonte de dados	Questionário direcionado ao técnico/auxiliar de enfermagem e ACS.
Valor de referência	Majoria de respostas "sempre".
Referências	BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Caderno de Atenção Básica 19. Envelhecimento e saúde da pessoa idosa . Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 192 p. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/envelhecimento_o_saude_pessoa_idosa_n19.pdf>. Acesso em: 04 Mai 2015. _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Cadernos de Atenção Básica n. 21. Vigilância em Saúde: Dengue, Esquistossomose, Hanseníase, Malária, Tracoma e Tuberculose . 2. ed. rev. Brasília: Ministério da Saúde, 2008. 195p. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/cadernos_ab/abcad21.pdf>. Acesso em: 10 ago. 2015. _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Guia prático do agente comunitário de saúde . Brasília: Ministério da Saúde, 2009. 260p. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/docs/publicacoes/geral/guia_acs.pdf>.

	pdf>. Acesso em: 26 nov. 2015. Portaria nº 2.488 de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/pt2488_21_10_2011.html>. Acesso em: 30 jul. 2014. MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. Linha-guia de hipertensão arterial sistêmica, diabetes mellitus e doença renal crônica. Belo Horizonte: SAS/MG, 2013. 203p. Disponível em: <http://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/guia_de_hipertensao.pdf>. Acesso em: 04 Mai 2015. Secretaria de Estado de Saúde. Atenção a saúde do idoso. Belo Horizonte: SAS/MG, 2006. 186 p. Disponível em: <http://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/LinhaGuiaSaudeIdoso.pdf>. Acesso em: 04 Mai 2015. Dado autorreferido.
Limitações	
Observações	• Número de respostas em que se indica "sempre" para as seguintes questões: ◦ Para o ACS: "Com que frequência o enfermeiro(a) acompanha a atualização que você realiza na Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa em cada visita domiciliar?"(ACS); ◦ Para a equipe de enfermagem: "Com que frequência o enfermeiro(a) acompanha os encaminhamentos que você realiza aos idosos para os serviços de saúde bucal?"; • Observar ferramenta de coleta.

APÊNDICE 23

FICHAS DE INFORMAÇÃO DOS INDICADORES REFORMULADAS APÓS A RODADA UM

Nome do indicador	Planejamento de atividades direcionadas à população idosa.		
Definição	Existência de planejamento das atividades na unidade de saúde direcionadas aos idosos.		
Interpretação	Mensura a existência de planejamento das atividades da unidade de saúde direcionadas aos idosos.		
Justificativa	O processo de trabalho das equipes na atenção primária engloba a programação e implementação das atividades conforme as necessidades de saúde da população; isso inclui o planejamento e a organização da agenda de trabalho compartilhado de todos os profissionais (BRASIL, 2011) que pode direcionar as ações da unidade.		
Dimensão	Gerência.		
Subdimensão	Todas as dimensões.		
Método de cálculo	Existência de cronograma de planejamento mensal das atividades direcionadas aos idosos, norteadas pelo Caderno de Atenção Básica 19, contendo no último ano todos os itens a seguir, descrevendo que são específicas para o idoso: visita domiciliar; consultas médica, odontológica e de enfermagem; prática corporal/atividade física; atividades grupais; atividades com cuidadores.		
Fonte de dados	Auditória.		
Valor de referência	Sim.		
Referências	BRASIL. Ministério da Saúde. Guia prático do Programa Saúde da Família. Brasília: Ministério da Saúde, 2001. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/guia_pratico_saude_familia_psf2.pdf>. Acesso em: 04 Mai 2015. _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Caderno de Atenção Básica 19. Envelhecimento e saúde da pessoa idosa. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 192 p. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/envelhecimento_saude_pessoa_idosa_n19.pdf>. Acesso em: 04 Mai 2015. _____. Portaria nº 2.488 de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/pt2488_21_10_2011.html>. Acesso em: 30 jul. 2014.		
			MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. Atenção à Saúde do Adulto – tuberculose. Belo Horizonte: SAS/IMG, 2006. 144p. em: <http://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/LinhaGuiaTuberculose2006.pdf>. Acesso em: 04 Mai 2015.
	Limitações		Limitações da qualidade do registro.
	Observações		Utilizar ferramenta de coleta.

Nome do indicador Definição	Monitoramento da condição de saúde do idoso. Mensuração de indicador proposto pelo Sistema de Indicadores de Saúde e Acompanhamento de Políticas do Idoso (SISAP) que permite o acompanhamento da condição de saúde do idoso. Mensura o uso de indicador pelo enfermeiro permitindo o acompanhamento da condição de saúde do idoso. O processo de trabalho das equipes na atenção primária engloba o monitoramento e a avaliação das ações da equipe de saúde visando a readequação diante das necessidades, realidade, dificuldades e possibilidades analisadas (BRASIL, 2011). O monitoramento pode ser realizado por meio de indicadores que permitam o acompanhamento da condição de saúde do idoso. Para este indicador será considerado como critério-resumo a análise do indicador "Proporção de idosos com limitação de mobilidade física" da matriz do SISAP. Gerência. Todas as dimensões. Existência de documentação de atividades internas de avaliação relacionada a assistência ao idoso, norteador pelo Caderno de Atenção Básica 19, descrevendo que são específicas para o idoso, nas seguintes ações: prática corporal/atividade física; atividades grupais; atividades com cuidadores. Auditoria. Sim.
Interpretação	Existência de avaliações da assistência à população idosa visando melhoria da qualidade da atenção. Mensura a existência de avaliações da assistência à população idosa que o enfermeiro refere realizar visando a melhoria da qualidade da atenção.
Justificativa	O processo de trabalho das equipes na atenção primária engloba o planejamento local de saúde, o monitoramento e avaliação das ações visando a readequação do processo de trabalho (BRASIL, 2011).
Dimensão Subdimensão	Gerência. Todas as dimensões.
Método de cálculo	Existência de documentação de atividades internas de avaliação relacionada a assistência ao idoso, norteador pelo Caderno de Atenção Básica 19, descrevendo que são específicas para o idoso, nas seguintes ações: prática corporal/atividade física; atividades grupais; atividades com cuidadores.
Fonte de dados Valor de referência	Auditoria. Sim.
Referências	BRASIL. Ministério da Saúde. Guia prático do Programa Saúde da Família. Brasília: Ministério da Saúde, 2001. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/guia_pratico_saude_familia_psf2.pdf>. Acesso em: 04 Mai 2015. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Caderno de Atenção Básica 19. Envelhecimento e saúde da pessoa idosa. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 192 p. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/envelhecimento_saude_pessoa_idosa_n19.pdf>. Acesso em: 04 Mai 2015. Portaria nº 2.488 de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/gm/2011/prt248_8_21_10_2011.html>. Acesso em: 30 jul. 2014. Portaria nº 2.488 de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/gm/2011/prt248_8_21_10_2011.html>. Acesso em: 30 jul. 2014.
Limitações	Limitações da qualidade do registro.
Observações	- As avaliações referem-se a registros de ciclos de melhoria ou projetos de intervenção com avaliação antes e depois, nas ações: prática corporal/atividade física; atividades grupais; atividades com cuidadores. - Utilizar ferramenta de coleta.

Nome do indicador Definição	Monitoramento da condição de saúde do idoso. Mensuração de indicador proposto pelo Sistema de Indicadores de Saúde e Acompanhamento de Políticas do Idoso (SISAP) que permite o acompanhamento da condição de saúde do idoso. Mensura o uso de indicador pelo enfermeiro permitindo o acompanhamento da condição de saúde do idoso. O processo de trabalho das equipes na atenção primária engloba o monitoramento e a avaliação das ações da equipe de saúde visando a readequação diante das necessidades, realidade, dificuldades e possibilidades analisadas (BRASIL, 2011). O monitoramento pode ser realizado por meio de indicadores que permitam o acompanhamento da condição de saúde do idoso. Para este indicador será considerado como critério-resumo a análise do indicador "Proporção de idosos com limitação de mobilidade física" da matriz do SISAP. Gerência. Todas as dimensões. Existência da análise do indicador "Proporção de idosos com limitação de mobilidade física". Auditoria. Sim.
Interpretação	Existência de avaliações da assistência à população idosa visando melhoria da qualidade da atenção. Mensura a existência de avaliações da assistência à população idosa que o enfermeiro refere realizar visando a melhoria da qualidade da atenção.
Justificativa	O processo de trabalho das equipes na atenção primária engloba o monitoramento e a avaliação das ações da equipe de saúde visando a readequação diante das necessidades, realidade, dificuldades e possibilidades analisadas (BRASIL, 2011). O monitoramento pode ser realizado por meio de indicadores que permitam o acompanhamento da condição de saúde do idoso. Para este indicador será considerado como critério-resumo a análise do indicador "Proporção de idosos com limitação de mobilidade física" da matriz do SISAP.
Dimensão Subdimensão	Gerência. Todas as dimensões.
Método de cálculo	Existência da análise do indicador "Proporção de idosos com limitação de mobilidade física".
Fonte de dados Valor de referência	Auditoria. Sim.
Referências	BRASIL. Ministério da Saúde. Guia prático do Programa Saúde da Família. Brasília: Ministério da Saúde, 2001. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/guia_pratico_saude_familia_psf2.pdf>. Acesso em: 04 Mai 2015. Portaria nº 2.488 de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/gm/2011/prt248_8_21_10_2011.html>. Acesso em: 30 jul. 2014. FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. Sistema de Indicadores de Saúde e Acompanhamento de Políticas do Idoso (SISAP-Idoso). Disponível em: <http://www.saudeidoso.ict.fiocruz.br/index.php?p=1&pag=fic-ha&cod=J06>. Acesso: 15 Jul. 2016.
Limitações	Limitações da qualidade do registro.
Observações	- O indicador "Proporção de idosos com limitação de mobilidade física" sugerido pelo SISAP é calculado por meio do percentual de indivíduos com 60 anos ou mais que declararam ter dificuldade para andar mais de um quilômetro (FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ, 2016). - Utilizar ferramenta de coleta.

Nome do indicador	Coordenação da equipe de enfermagem na atenção ao idoso.	doença renal crônica. Belo Horizonte: SAS/MG, 2013. 203p. Disponível em: <http://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/guia_de_hipertensao.pdf>. Acesso em: 04 Mai 2015.
Definição	Totalidade de respostas indicando que o enfermeiro "sempre" coordena o trabalho da equipe de enfermagem (técnico/auxiliar de enfermagem) direcionado aos idosos.	idoso. Belo Horizonte: SAS/MG, 2006. 186 p. Disponível em: <http://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/LinhaGuiaSaudeIdoso.pdf>. Acesso em: 04 Mai 2015.
Interpretação	Mensura a coordenação, pelo enfermeiro, das atividades direcionadas aos idosos desenvolvidas pela equipe de enfermagem.	Dado autorreferido.
Justificativa	A coordenação das atividades da equipe de enfermagem pode favorecer a melhoria da assistência em saúde. Considerando a diversidade de ações, o critério-resumo da medida a investigação do acompanhamento pelo enfermeiro será: o encaminhamento dos idosos aos serviços de saúde bucal pela equipe de enfermagem (MINAS GERAIS, 2006).	• Número de respostas em que se indica "sempre" para a seguinte questão: "Com que frequência o enfermeiro(a) acompanha os encaminhamentos que você realiza aos idosos para os serviços de saúde bucal?"; • Sempre significa que o enfermeiro realiza a coordenação a acima de 75% das vezes; • Utilizar ferramenta de coleta.
Dimensão	Gerência.	
Subdimensão	Todas as dimensões.	
Método de cálculo	Número de respostas "sempre" Número total de respostas	
Fonte de dados	Questionário direcionado ao técnico/auxiliar de enfermagem.	
Valor de referência	100% de respostas 'sempre'.	
Referências	BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Caderno de Atenção Básica 19. Envelhecimento e saúde da pessoa idosa. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 192 p. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/envelhecimento_o_saude_pessoa_idosa_n19.pdf>. Acesso em: 04 Mai 2015. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Cadernos de Atenção Básica n. 21. Vigilância em Saúde: Dengue, Esquistossomose, Hanseníase, Malária, Tracoma e Tuberculose. 2. ed. rev. Brasília: Ministério da Saúde, 2008. 195p. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/cadernos_abi/abcad21.pdf>. Acesso em: 10 ago. 2015. Portaria nº 2.488 de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html>. Acesso em: 30 jul. 2014. MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. Linha-guia de hipertensão arterial sistêmica, diabetes mellitus e	

	Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt248_8_21_10_2011.html>. Acesso em: 30 jul. 2014.
	MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. Linha-guia de hipertensão arterial sistêmica, diabetes mellitus e doença renal crônica . Belo Horizonte: SAS/MG, 2013. 203p. Disponível em: <http://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/guia_de_hipertensao.pdf>. Acesso em: 04 Mai 2015.
Limitações	Dado autorreferido.
Observações	• Número de respostas em que se indica "sempre" para a seguinte questão: "Com que frequência o enfermeiro(a) acompanha a identificação do cuidador do idoso que você realiza durante as visitas?". • Sempre significa que o enfermeiro realiza a coordenação a acima de 75% das vezes; • Utilizar ferramenta de coleta.

Nome do indicador	Coordenação dos agentes comunitários de saúde na atenção ao idoso.
Definição	Totalidade de respostas indicando que o enfermeiro "sempre" coordena o trabalho dos agentes comunitários de saúde (ACS) direcionado aos idosos.
Interpretação	Mensura a coordenação, pelo enfermeiro, das atividades direcionadas aos idosos desenvolvidas pelos ACS.
Justificativa	A coordenação das atividades do ACS pode favorecer a melhoria da assistência em saúde. Considerando a diversidade de ações, o critério-resumo da medida na investigação do acompanhamento pelo enfermeiro será: a identificação do cuidador do idoso pelo ACS (BRASIL, 2009; 2006).
Dimensão	Gerência.
Subdimensão	Todas as dimensões.
Método de cálculo	$\frac{\text{Número de respostas "sempre"}}{\text{Número total de respostas}} \times 100$
Fonte de dados	Questionário direcionado ao ACS.
Valor de referência	100% de respostas "sempre".
Referências	BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Caderno de Atenção Básica 19. Envelhecimento e saúde da pessoa idosa. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 192 p. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/envelhecimento_saude_pessoa_idosa_n19.pdf>. Acesso em: 04 Mai 2015. _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Cadernos de Atenção Básica n. 21. Vigilância em Saúde: Dengue, Esquistossomose, Hanseníase, Malária, Tracoma e Tuberculose. 2. ed. rev. Brasília: Ministério da Saúde, 2008. 195p. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/cadernos_ab/abcdad21.pdf>. Acesso em: 10 ago. 2015. _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Guia prático do agente comunitário de saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. 260p. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/docs/publicacoes/geral/guia_acs.pdf>. Acesso em: 26 nov. 2015. _____. Portaria nº 2.488 de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de

Nome do indicador Definição	Cobertura da consulta para rastreamento de diabetes mellitus. • Percentual de idosos rastreados para diabetes mellitus pelo enfermeiro. • É uma atividade privativa do enfermeiro para identificar situações de saúde/doença, bem como prescrever e implementar medidas de enfermagem visando a promoção, prevenção, proteção da saúde, recuperação e reabilitação do usuário, família e comunidade (COFEN, 1993).	nº159 de 19 de abril de 1993. Dispõe sobre a consulta de enfermagem. Disponível em: <http://novo.portalcofen.gov.br/resoluco-cofen-1591993_4241.html>. Acesso em: 25 jun. 2014. Problemas na estimativa da população-alvo e limitações da qualidade do registro. Limitações Observações • Utilizar ferramenta de coleta.
Interpretação	Mensura o rastreamento do idoso para diabetes mellitus pelo enfermeiro.	
Justificativa	Segundo a <i>American Diabetes Association</i> devem ser rastreados para o diabetes mellitus todos os indivíduos com 45 anos e mais (BRASIL, 2013). As consultas de rastreio devem conter: o histórico, o exame físico e a solicitação de exames (BRASIL, 2013). O critério-resumo deste indicador será a solicitação de exames laboratoriais considerando que os indivíduos com fatores de risco para o diabetes mellitus deverão ser encaminhados para consulta de rastreamento; nesta deverá ser solicitado o exame de glicemia e realizado encaminhado para estabelecimento do diagnóstico (BRASIL, 2013).	
Dimensão	Cuidado.	
Subdimensão	Adequação.	
Método de cálculo	Número de idosos sem diabetes mellitus consultados para rastreio com solicitação de exames no último ano	Número idosos sem diabetes mellitus no último ano x100
Fonte de dados	Dados do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB)/Hipertale-SUS e prontuário dos idosos rastreados para o diabetes mellitus.	
Valor de referência	Será considerado rastreio adequado conforme as recomendações a seguir: • Não existem evidências para a frequência do rastreamento ideal; segundo a <i>American Diabetes Association</i> (2013) os resultados negativos podem ser testados a cada três anos [Grau de Recomendação E] (BRASIL, 2013).	
Referências	AMERICAN DIABETES ASSOCIATION (ADA). Standards of Medical Care in Diabetes 2013. Diabetes Care, v.36, suppl.1, p.s11-66, 2013. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Cadernos de Atenção Básica n. 36. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: diabetes mellitus. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 160p. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/caderno_36.pdf>. Acesso em: 26 Ago 2015.	CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). Resolução

Nome do indicador	Prescrição de cuidados em Atenção Domiciliar 1 (AD1).		modalidades Atenção Domiciliar 2 e 3 (BRASIL, 2013);
Definição	Percentual de prescrição de cuidados pelo enfermeiro no prontuário domiciliar de idosos em AD1.		- A periodicidade das visitas de enfermagem e consequentemente da prescrição relacionam-se ao nível de cuidado do idoso dado pela avaliação da complexidade do paciente em AD1: nível 1 visita trimestral; nível 2 visita bimestral, e; nível 3 mensal (BRASIL, 2013b); - Utilizar ferramenta de coleta.
Interpretação	Mensura a prescrição de cuidados pelo enfermeiro no prontuário domiciliar de idosos em AD1.		
Justificativa	A prescrição de cuidados pelo enfermeiro no domicílio, em prontuário domiciliar, constitui atividade fundamental para direcionar as ações do cuidador e familiares junto à pessoa assistida de modo a implementar e pactuar as atividades (BRASIL, 2012d).		
Dimensão	Cuidado.		
Subdimensão	Continuidade.		
Método de cálculo	Número de idosos em AD1 com prescrição de cuidados de enfermagem no prontuário domiciliar nos últimos três meses x100		
Denominador	Número de idosos em AD1 nos últimos três meses		
Fonte de dados	Controle de idosos em AD1 e consulta aos prontuários domiciliares dos idosos em Atenção Domiciliar 1.		
Valor de referência	Pelo menos uma prescrição no período.		
Referências	BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de Atenção Básica. Caderno de atenção domiciliar. Vol.1. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. 105p. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/cad_vol1.pdf>. Acesso em: 04 Mai 2015. _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de Atenção Básica. Caderno de atenção domiciliar. Vol.2. Brasília: Ministério da Saúde, 2013b. 206p. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/cad_vol2.pdf>. Acesso em: 04 Mai 2015. _____. Ministério da Saúde. Portaria nº 963, de 27 de maio de 2013a. Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/pt0963_27_05_2013.html>. Acesso em: 20 Ago 2015.		
Limitações	Problemas na estimativa da população-alvo e limitações da qualidade do registro.		
Observações	Idosos que necessitam de Atenção Domiciliar 1: I-possuem problemas de saúde controlados/compensados e com dificuldade ou impossibilidade física de locomoção até uma unidade de saúde; II - necessitam de cuidados de menor complexidade, incluídos os de recuperação nutricional, de menor frequência, com menor necessidade de recursos de saúde e dentro da capacidade de atendimento das unidades, e; III - não se enquadram nos critérios previstos para as		

		trimestral: nível 2 visita bimestral, e; nível 3 mensal (BRASIL, 2013b):
		Utilizar ferramenta de coleta.
Nome do indicador	Visita domiciliar em Atenção Domiciliar 1 (AD1).	
Definição	Percentual visitas realizadas pelo enfermeiro aos idosos em AD 1 com classificação do nível de cuidado.	
Interpretação	Mensura o percentual de visitas domiciliares com classificação do nível de cuidado realizada pelo enfermeiro ao idoso em AD1 segundo avaliação da complexidade do paciente em AD1.	
Justificativa	A visita domiciliar de enfermagem ao idoso em AD1 favorece o acompanhamento do seu estado de saúde, o planejamento e a implementação das ações bem como a avaliação da assistência prestada. Para este indicador o critério-resumo será a classificação do nível de cuidado realizada pelo enfermeiro.	
Dimensão	Cuidado.	
Subdimensão	Acesso.	
Método de cálculo	Número de idosos em AD1 com classificação do nível de cuidado nos últimos três meses	
Denominador	Número de idosos em AD1 nos últimos três meses	
Fonte de dados	Consulta aos prontuários/prontuários domiciliares dos idosos e ficha de visita domiciliar e-SUS.	
Valor de referência	Pelo menos uma visita no período.	
Referências	BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 963, de 27 de maio de 2013a. Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em: < http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0963_27_05_2013.html >. Acesso em: 20 Ago 2015.	
	_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de Atenção Básica. Caderno de atenção domiciliar . Vol.2. Brasília: Ministério da Saúde, 2013b. 206p.	
	em: < http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/cad_vol2.pdf >. Acesso em: 04 Mai 2015.	
Limitações	Limitações da qualidade do registro.	
Observações	- Idosos que necessitam de Atenção Domiciliar 1: I - possuem problemas de saúde controlados/compensados e com dificuldade ou impossibilidade física de locomoção até uma unidade de saúde; II - necessitam de cuidados de menor complexidade, incluídos os de recuperação nutricional, de menor frequência, com menor necessidade de recursos de saúde e dentro da capacidade de atendimento das unidades; e; III - não se enquadram nos critérios previstos para as modalidades Atenção Domiciliar 2 e 3 (BRASIL, 2013a); - A periodicidade das visitas de enfermagem relaciona-se ao nível de cuidado do idoso dado pela avaliação da complexidade do paciente em AD1: nível 1 visita	

FICHAS DE INFORMAÇÃO DOS DOIS INDICADORES REFORMULADAS APÓS A RODADA DOIS

Nome do indicador	Monitoramento da mobilidade física dos idosos.		
Definição	Mensuração de indicador proposto pelo Sistema de Indicadores de Saúde e Acompanhamento de Políticas do Idoso (SISAP) que permite o acompanhamento da condição de saúde do idoso por meio da mobilidade física.		
Interpretação	Mensura o uso de indicador pelo enfermeiro permitindo o acompanhamento da condição de saúde do idoso por meio da mobilidade física.		
Justificativa	O processo de trabalho das equipes na atenção primária engloba o monitoramento e a avaliação das ações da equipe de saúde visando a readequação diante das necessidades, realidade, dificuldades e possibilidades analisadas (BRASIL, 2011). O monitoramento pode ser realizado por meio de indicadores que permitam o acompanhamento da condição de saúde do idoso. Para este indicador será considerado como critério-resumo a análise do indicador "Proporção de idosos com limitação de mobilidade física" da matriz do SISAP.		
Dimensão	Gerência.		
Subdimensão	Todas as dimensões.		
Método de cálculo	Existência da análise do indicador "Proporção de idosos com limitação de mobilidade física".		
Fonte de dados	Auditoria.		
Valor de referência	Sim.		
Referências	BRASIL. Ministério da Saúde. Guia prático do Programa Saúde da Família. Brasília: Ministério da Saúde, 2001. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/guia_pratico_saude_familia_psf2.pdf>. Acesso em: 04 Mai 2015. _____. Portaria nº 2.488 de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt248_8_21_10_2011.html>. Acesso em: 30 jul. 2014. FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. Sistema de Indicadores de Saúde e Acompanhamento de Políticas do Idoso (SISAP-Idoso). Disponível em:		
		Limitações	<http://www.saudeidoso.icict.fiocruz.br/index.php?p=1&pag=fica&cod=J06>. Acesso: 15 Jul 2016.
		Observações	Limitações da qualidade do registro. - O indicador "Proporção de idosos com limitação de mobilidade física" sugerido pelo SISAP é calculado por meio do percentual de indivíduos com 60 anos ou mais que declararam ter dificuldade para andar mais de um quilômetro (FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ, 2016). - Utilizar ferramenta de coleta.

	Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Disponível em: < http://bvsmis.saude.gov.br/bvsmis/saudelegis/gm/2011/pt248_8_21_10_2011.html >. Acesso em: 30 jul. 2014.
	MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. Linha-guia de hipertensão arterial sistêmica, diabetes mellitus e doença renal crônica . Belo Horizonte: SAS/MG, 2013. 203p. Disponível em: < http://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/guia_de_hipertensao.pdf >. Acesso em: 04 Mai 2015.
Limitações	Dado autorreferido.
Observações	• Número de respostas em que se indica "sempre" para a seguinte questão: "Com que frequência o enfermeiro(a) investiga, nas visitas que você faz ao idoso, a existência do cuidador?"; • Sempre significa que o enfermeiro realiza a coordenação a acima de 75% das vezes; • Utilizar ferramenta de coleta.

Nome do indicador	Coordenação dos agentes comunitários de saúde na atenção ao idoso.
Definição	Totalidade de respostas indicando que o enfermeiro "sempre" coordena o trabalho dos agentes comunitários de saúde (ACS) direcionado aos idosos.
Interpretação	Mensura a coordenação, pelo enfermeiro, das atividades direcionadas aos idosos desenvolvidas pelos ACS.
Justificativa	A coordenação das atividades do ACS pode favorecer a melhoria da assistência em saúde. Considerando a diversidade de ações, o critério-resumo da medida na investigação do acompanhamento pelo enfermeiro será: a identificação do cuidador do idoso pelo ACS (BRASIL, 2009; 2006).
Dimensão	Gerência.
Subdimensão	Todas as dimensões.
Método de cálculo	$\frac{\text{Número de respostas "sempre"}}{\text{Número total de respostas}} \times 100$
Fonte de dados	Questionário direcionado ao ACS.
Valor de referência	100% de respostas "sempre".
Referências	BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Caderno de Atenção Básica 19. Envelhecimento e saúde da pessoa idosa. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 192 p. Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvsmis/publicacoes/envelhecimento_o_saude_pessoa_idosa_n19.pdf>. Acesso em: 04 Mai 2015. _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Cadernos de Atenção Básica n. 21. Vigilância em Saúde: Dengue, Esquistossomose, Hanseníase, Malária, Tracoma e Tuberculose. 2. ed. rev. Brasília: Ministério da Saúde, 2008. 195p. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/cadernos_ab/abcd21.pdf>. Acesso em: 10 ago. 2015. _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Guia prático do agente comunitário de saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. 260p. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/docs/publicacoes/geral/guia_acs.pdf>. Acesso em: 26 nov. 2015. _____. Portaria nº 2.488 de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de

FICHAS DE INFORMAÇÃO FINAIS VALIDADAS DOS 22 INDICADORES

(para todos indicadores considerar apenas idosos adstritos à área)

Nome do indicador	Planejamento de atividades direcionadas à população idosa.		em:< http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt248_8_21_10_2011.html >. Acesso em: 30 jul. 2014.
Definição	Existência de planejamento das atividades na unidade de saúde direcionadas aos idosos.		
Interpretação	Mensura a existência de planejamento das atividades da unidade de saúde direcionadas aos idosos.		MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. Atenção à Saúde do Adulto – tuberculose. Belo Horizonte: SAS/MG, 2006. 144p.
Justificativa	O processo de trabalho das equipes na atenção primária engloba a programação e implementação das atividades conforme as necessidades de saúde da população; isso inclui o planejamento e a organização da agenda de trabalho compartilhado de todos os profissionais (BRASIL, 2011) que pode direcionar as ações da unidade.		em:< http://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/LinhaGuiaTuberculose2006.pdf >. Acesso em: 04 Mai 2015.
Dimensão	Gerência.		Limitações da qualidade do registro.
Subdimensão	Todas as dimensões.		Utilizar ferramenta de coleta.
Método de cálculo	Existência de cronograma de planejamento mensal das atividades direcionadas aos idosos, norteadas pelo Caderno de Atenção Básica 19, contendo no último ano todos os itens a seguir, descrevendo que são específicas para o idoso: visita domiciliar; consultas médica, odontológica e de enfermagem; prática corporal/atividade física; atividades grupais; atividades com cuidadores.		
Fonte de dados	Auditoria.		
Valor de referência	Sim.		
Referências	BRASIL. Ministério da Saúde. Guia prático do Programa Saúde da Família . Brasília: Ministério da Saúde, 2001. Disponível em:< http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/guia_pratico_saude_familia_psf2.pdf >. Acesso em: 04 Mai 2015.		
	_____. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Caderno de Atenção Básica 19. Envelhecimento e saúde da pessoa idosa . Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 192 p. Disponível em:< http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/envelhecimento_saude_pessoa_idosa_n19.pdf >. Acesso em: 04 Mai 2015.		
	_____. Portaria nº 2.488 de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Disponível em: < http://www.saude.gov.br/images/documentos/Portaria_2488_2011.pdf >. Acesso em: 04 Mai 2015.		

Nome do indicador		Monitoramento da mobilidade física dos idosos.
Definição	Mensuração de indicador proposto pelo Sistema de Indicadores de Saúde e Acompanhamento de Políticas do Idoso (SISAP) que permite o acompanhamento da condição de saúde do idoso por meio da mobilidade física.	
Interpretação	Mensura o uso de indicador pelo enfermeiro permitindo o acompanhamento da condição de saúde do idoso por meio da mobilidade física.	
Justificativa	O processo de trabalho das equipes na atenção primária engloba o monitoramento e a avaliação das ações da equipe de saúde visando a readequação diante das necessidades, realidade, dificuldades e possibilidades analisadas (BRASIL, 2011). O monitoramento pode ser realizado por meio de indicadores que permitam o acompanhamento da condição de saúde do idoso. Para este indicador será considerado como critério-resumo a análise do indicador "Proporção de idosos com limitação de mobilidade física" da matriz do SISAP.	
Dimensão	Gerência.	
Subdimensão	Todas as dimensões.	
Método de cálculo	Existência da análise do indicador "Proporção de idosos com limitação de mobilidade física".	
Fonte de dados	Auditoria.	
Valor de referência	Sim.	
Referências	BRASIL. Ministério da Saúde. Guia prático do Programa Saúde da Família . Brasília: Ministério da Saúde, 2001. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/guia_pratico_saude_familia_psf2.pdf>. Acesso em: 04 Mai 2015. _____. Portaria nº 2.488 de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html>. Acesso em: 30 Jul. 2014. FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. Sistema de Indicadores de Saúde e Acompanhamento de Políticas do Idoso (SISAP-Idoso) . Disponível em: <http://www.saudeidoso.ict.fiocruz.br/index.php?p=1&pag=filha&cod=J06>. Acesso: 15 Jul. 2016.	
Limitações	Limitações da qualidade do registro.	
Observações	O indicador "Proporção de idosos com limitação de mobilidade física" sugerido pelo SISAP é calculado por meio do percentual de indivíduos com 60 anos ou mais que declararam ter dificuldade para andar mais de um quilômetro (FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ, 2016).	

• Utilizar ferramenta de coleta.

Nome indicador	do	Coordenação da equipe de enfermagem na atenção ao idoso.
Definição		Totalidade de respostas indicando que o enfermeiro "sempre" coordena o trabalho da equipe de enfermagem (técnico/auxiliar de enfermagem) direcionado aos idosos.
Interpretação		Mensura a coordenação, pelo enfermeiro, das atividades direcionadas aos idosos desenvolvidas pela equipe de enfermagem.
Justificativa		A coordenação das atividades da equipe de enfermagem pode favorecer a melhoria da assistência em saúde. Considerando a diversidade de ações, o critério-resumo da medida na investigação do acompanhamento pelo enfermeiro será: o encaminhamento dos idosos aos serviços de saúde bucal pela equipe de enfermagem (MINAS GERAIS, 2006).
Dimensão		Gerência.
Subdimensão		Todas as dimensões.
Método de cálculo		Número de respostas "sempre" _____ x100 Número total de respostas
Fonte de dados		Questionário direcionado ao técnico/auxiliar de enfermagem.
Valor de referência		100% de respostas "sempre".
Referências		BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Caderno de Atenção Básica 19. Envelhecimento e saúde da pessoa idosa . Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 192 p. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/envelhecimento_sau de_pessoa_idosa_n19.pdf>. Acesso em: 04 Mai 2015. _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Cadernos de Atenção Básica n. 21. Vigilância em Saúde: Dengue, Esquistossomose, Hanseníase, Malária, Tracoma e Tuberculose . 2. ed. rev. Brasília: Ministério da Saúde, 2008. 195p. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/cadernos_ab/ abcad21.pdf>. Acesso em: 10 ago. 2015. _____. Portaria nº 2.488 de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt248 8_21_10_2011.html>. Acesso em: 30 jul. 2014. MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. Linha-guia de hipertensão arterial sistêmica, diabetes mellitus e
Nome indicador	do	Coordenação da equipe de enfermagem na atenção ao idoso.
Definição		Totalidade de respostas indicando que o enfermeiro "sempre" coordena o trabalho da equipe de enfermagem (técnico/auxiliar de enfermagem) direcionado aos idosos.
Interpretação		Mensura a coordenação, pelo enfermeiro, das atividades direcionadas aos idosos desenvolvidas pela equipe de enfermagem.
Justificativa		A coordenação das atividades da equipe de enfermagem pode favorecer a melhoria da assistência em saúde. Considerando a diversidade de ações, o critério-resumo da medida na investigação do acompanhamento pelo enfermeiro será: o encaminhamento dos idosos aos serviços de saúde bucal pela equipe de enfermagem (MINAS GERAIS, 2006).
Dimensão		Gerência.
Subdimensão		Todas as dimensões.
Método de cálculo		Número de respostas "sempre" _____ x100 Número total de respostas
Fonte de dados		Questionário direcionado ao técnico/auxiliar de enfermagem.
Valor de referência		100% de respostas "sempre".
Referências		BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Caderno de Atenção Básica 19. Envelhecimento e saúde da pessoa idosa . Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 192 p. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/envelhecimento_sau de_pessoa_idosa_n19.pdf>. Acesso em: 04 Mai 2015. _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Caderno de Atenção Básica 19. Envelhecimento e saúde da pessoa idosa . Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 192 p. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/envelhecimento o_saude_pessoa_idosa_n19.pdf>. Acesso em: 04 Mai 2015. _____. Portaria nº 2.488 de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt248 8_21_10_2011.html>. Acesso em: 30 jul. 2014. _____. Limitações da qualidade do registro. • As avaliações referem-se a registros de ciclos de melhoria ou projetos de intervenção com avaliação antes e depois, nas ações: prática corporal/atividade física; atividades grupais; atividades com cuidadores. • Utilizar ferramenta de coleta.
Limitações		Limitações da qualidade do registro.
Observações		• As avaliações referem-se a registros de ciclos de melhoria ou projetos de intervenção com avaliação antes e depois, nas ações: prática corporal/atividade física; atividades grupais; atividades com cuidadores. • Utilizar ferramenta de coleta.

	doença renal crônica. Belo Horizonte: SAS/MG, 2013. 203p. Disponível em: < http://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/guia_de_hipertensao.pdf >. Acesso em: 04 Mai 2015.	Nome indicador Definição	Coordenação dos agentes comunitários de saúde na atenção ao idoso. Totalidade de respostas indicando que o enfermeiro "sempre" coordena o trabalho dos agentes comunitários de saúde (ACS) direcionado aos idosos.
	Secretaria de Estado de Saúde. Atenção a saúde do idoso . Belo Horizonte: SAS/MG, 2006. 186 p. Disponível em: < http://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/LinhaGuiaSaudeIdoso.pdf >. Acesso em: 04 Mai 2015.	Interpretação	Mensura a coordenação, pelo enfermeiro, das atividades direcionadas aos idosos desenvolvidas pelos ACS.
	Dado autorreferido.	Justificativa	A coordenação das atividades do ACS pode favorecer a melhoria da assistência em saúde. Considerando a diversidade de ações, o critério-resumo da medida na investigação do acompanhamento pelo enfermeiro será: a identificação do cuidador do idoso pelo ACS (BRASIL, 2009; 2006).
		Dimensão	Gerência.
		Subdimensão	Todas as dimensões.
		Método de cálculo <i>Numerador</i> <i>Denominador</i>	Número de respostas "sempre" Número total de respostas _____ x100
		Fonte de dados	Questionário direcionado ao ACS.
		Valor de referência	100% de respostas 'sempre'.
		Referências	BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Caderno de Atenção Básica 19. Envelhecimento e saúde da pessoa idosa . Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 192 p. Disponível em: < http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/envelhecimento_o_saude_pessoa_idosa_n19.pdf >. Acesso em: 04 Mai 2015. _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Cadernos de Atenção Básica n. 21. Vigilância em Saúde: Dengue, Esquistossomose, Hanseníase, Malária, Tracoma e Tuberculose . 2. ed. rev. Brasília: Ministério da Saúde, 2008. 195p. Disponível em: < http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/cadernos_ab/abcad21.pdf >. Acesso em: 10 ago. 2015. _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Guia prático do agente comunitário de saúde . Brasília: Ministério da Saúde, 2009. 260p. Disponível em: < http://dab.saude.gov.br/docs/publicacoes/geral/guia_acs.pdf >. Acesso em: 26 nov. 2015. _____. Portaria nº 2.488 de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de
Limitações			
Observações	- Número de respostas em que se indica "sempre" para a seguinte questão: "Com que frequência o enfermeiro(a) acompanha os encaminhamentos que você realiza aos idosos para os serviços de saúde bucal?"; - Sempre significa que o enfermeiro realiza a coordenação a acima de 75% das vezes; - Utilizar ferramenta de coleta.		

	Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Disponível em: < http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/pt2488_21_10_2011.html >. Acesso em: 30 jul. 2014.	Nome do indicador	Cobertura da consulta de enfermagem ao idoso.
	MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. Linha-guia de hipertensão arterial sistêmica, diabetes mellitus e doença renal crônica . Belo Horizonte: SAS/MG, 2013. 203p. Disponível em: < http://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/guia_de_hipertensao.pdf >. Acesso em: 04 Mai 2015.	Definição	• Percentual de consultas realizadas pelo enfermeiro aos idosos adstritos na área. • E uma atividade privativa do enfermeiro para identificar situações de saúde/doença, bem como prescrever e implementar medidas de enfermagem visando a promoção, prevenção, proteção da saúde, recuperação e reabilitação do usuário, família e comunidade (COFEN, 1993).
	Dado autorreferido.	Interpretação	• Mensura a realização de consultas de enfermagem aos idosos adstritos na área.
	• Número de respostas em que se indica "sempre" para a seguinte questão: "Com que frequência o enfermeiro(a) investiga, nas visitas que você faz ao idoso, a existência do cuidador?"; • Sempre significa que o enfermeiro realiza a coordenação a acima de 75% das vezes; • Utilizar ferramenta de coleta.	Justificativa	A consulta de enfermagem direcionada ao idoso em geral possibilita a identificação precoce de problemas de saúde comuns a esta população favorecendo a intervenção.
		Dimensão	Cuidado.
		Subdimensão	Acesso.
		Método de cálculo	Número de idosos consultados no último ano
		<i>Numerador</i> <i>Denominador</i>	Número de idosos adstritos no último ano x 100
		Fonte de dados	Planilhas de movimento diária do enfermeiro e controle da população adstrita.
		Valor de referência	
		Referências	_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Caderno de Atenção Básica 19. Envelhecimento e saúde da pessoa idosa. Brasília: Ministério da Saúde, 2006a. 192 p. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/envelhecimento_sau_de_pessoa_idosa_n19.pdf>. Acesso em: 04 Mai 2015. CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). Resolução nº159 de 19 de abril de 1993. Dispõe sobre a consulta de enfermagem. Disponível em: <http://novo.portaconfen.gov.br/resoluco-cofen-1591993_4241.html>. Acesso em: 25 jun. 2014. MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. Atenção a saúde do idoso. Belo Horizonte: SAS/MG, 2006. 186 p. Disponível em: <http://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/LinhaGuiaSaudeIdoso.pdf>. Acesso em: 04 Mai 2015.
		Limitações	• Problemas na estimativa da população-alvo e qualidade do registro.
		Observações	• Utilizar ferramenta de coleta.

	_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Cadernos de Atenção Básica n. 12. Obesidade. Brasília: Ministério da Saúde, 2006b. 108p. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/cadernos_ab/abcd12.pdf>. Acesso em: 10 ago. 2015. _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Caderno de Avaliação n.5: Equipe Saúde da Família - Parte 2. 3. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2009. 110p. _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Autoavaliação para a Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica. AMAQ. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. 134p. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/sistemas/pmaq/amaq.pdf>. Acesso em: 03 Ago 2015. CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). Resolução nº 358 de 15 de outubro de 2009. Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a Implementação do Processo de Enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem, e dá outras providências. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/resoluco-cofen-3582009_4384.html>. Acesso: 12 Nov 2015. _____. Resolução nº159 de 19 de abril de 1993. Dispõe sobre a consulta de enfermagem. Disponível em: <http://novo.portalfcofen.gov.br/resoluco-cofen-1591993_4241.html>. Acesso em: 25 jun. 2014. MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. Atenção a saúde do idoso. Belo Horizonte: SAS/MG, 2006. 186 p. Disponível em: <http://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/LinhaGuiaSaudeIdoso.pdf>. Acesso em: 04 Mai 2015. Problemas na estimativa da população-alvo e qualidade do registro.
Limitações	
Observações	• Utilizar ferramenta de coleta.

Nome do indicador	Avaliação do idoso na consulta de enfermagem. • Percentual de consultas ao idoso realizadas pelo enfermeiro contendo a avaliação multidimensional rápida. • A consulta de enfermagem é uma atividade privativa do enfermeiro para identificar situações de saúde/doença, bem como prescrever e implementar medidas de enfermagem visando a promoção, prevenção, proteção da saúde, recuperação e reabilitação do usuário, família e comunidade (COFEN, 1993).
Interpretação	Mensura a realização da avaliação multidimensional rápida nas consultas ao idoso realizadas pelo enfermeiro.
Justificativa	Na consulta ao idoso sugere-se que sejam realizados: a avaliação multidimensional rápida (BRASIL, 2006a), os exames da cavidade oral e superfície corporal (BRASIL, 2012; 2009; 2005) e avaliação da alimentação e peso (BRASIL, 2006b). Para este indicador, será considerado o critério-resumo a avaliação multidimensional rápida, pois possibilita o rastreo de diversos problemas de saúde comuns a esta população favorecendo a intervenção.
Dimensão	Cuidado.
Subdimensão	Adequação.
Método de cálculo	Número de idosos consultados com avaliação multidimensional rápida no último ano Número de idosos consultados no último ano x100
Fonte de dados	Consulta aos prontuários dos idosos e planilha de movimento diário do enfermeiro.
Valor de referência	Deve ser realizada a avaliação multidimensional rápida anualmente.
Referências	BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Avaliação para melhoria da qualidade da estratégia saúde da família. Brasília: Ministério da Saúde, 2005. 107p. _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Caderno de Atenção Básica 19. Envelhecimento e saúde da pessoa idosa. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 192 p. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/envelhecimento_sau_de_pessoa_idosa_n19.pdf>. Acesso em: 04 Mai 2015. _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Caderno de Atenção Básica 19. Envelhecimento e saúde da pessoa idosa. Brasília: Ministério da Saúde, 2006a. 192 p. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/envelhecimento_sau_de_pessoa_idosa_n19.pdf>. Acesso em: 04 Mai 2015.

	nº159 de 19 de abril de 1993. Dispõe sobre a consulta de enfermagem. Disponível em: < http://novo.portalcofen.gov.br/resoluco-cofen-1591993_4241.html >. Acesso em: 25 jun. 2014.
Limitações	Problemas na estimativa da população-alvo e limitações da qualidade do registro.
Observações	Utilizar ferramenta de coleta.

Nome do indicador	Cobertura da consulta para rastreamento de diabetes mellitus.
Definição	- Percentual de idosos rastreados para diabetes mellitus pelo enfermeiro. - E uma atividade privativa do enfermeiro para identificar situações de saúde/doença, bem como prescrever e implementar medidas de enfermagem visando a promoção, prevenção, proteção da saúde, recuperação e reabilitação do usuário, família e comunidade (COFEN, 1993).
Interpretação	Mensura o rastreamento do idoso para diabetes mellitus pelo enfermeiro.
Justificativa	Segundo a <i>American Diabetes Association</i> devem ser rastreados para o diabetes mellitus todos os indivíduos com 45 anos e mais (BRASIL, 2013). As consultas de rastreio devem conter: o histórico, o exame físico e a solicitação de exames (BRASIL, 2013). O critério-resumo deste indicador será a solicitação de exames laboratoriais considerando que os indivíduos com fatores de risco para o diabetes mellitus deverão ser encaminhados para consulta de rastreamento; nesta deverá ser solicitado o exame de glicemia e realizado encaminhado para estabelecimento do diagnóstico (BRASIL, 2013).
Dimensão	Cuidado.
Subdimensão	Adequação.
Método de cálculo	Número de idosos sem diabetes mellitus consultados para rastreio com solicitação de exames no último ano
Numeração	Número idosos sem diabetes mellitus no último ano
Fonte de dados	Dados do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB)/Hipertensão-SUS e prontuário dos idosos rastreados para o diabetes mellitus.
Valor de referência	Será considerado rastreio adequado conforme as recomendações a seguir: Não existem evidências para a frequência do rastreamento ideal; segundo a <i>American Diabetes Association</i> (2013) os resultados negativos podem ser testados a cada três anos [Grau de Recomendação E] (BRASIL, 2013).
Referências	AMERICAN DIABETES ASSOCIATION (ADA). Standards of Medical Care in Diabetes 2013. <i>Diabetes Care</i>, v.36, suppl.1, p.s11-66, 2013. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Cadernos de Atenção Básica n. 36. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: diabetes mellitus. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 160p. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/caderno_36.pdf>. Acesso em: 26 Ago 2015.
	CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). Resolução

Nome do indicador	Cobertura da consulta de enfermagem ginecológica.	Atenção Primária n. 29. Rastreamento. Brasília: Ministério da Saúde, 2010a. 95p. Disponível em:<http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/cadernos_a b/abcd29.pdf>. Acesso em: 07 ago. 2015.
Definição	• Percentual de consultas de enfermagem ginecológica a idosa com 60 a 69 anos. • É uma atividade privativa do enfermeiro para identificar situações de saúde/doença, bem como prescrever e implementar medidas de enfermagem visando a promoção, prevenção, proteção da saúde, recuperação e reabilitação do usuário, família e comunidade (COFEN, 1993).	Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Cadernos de Atenção Básica n. 26. Saúde sexual e saúde reprodutiva . Brasília: Ministério da Saúde, 2010b. 300p. Disponível em:<http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/cadernos_a b/abcd26.pdf>. Acesso em: 07 ago. 2015.
Interpretação	Mensura a realização de consultas de enfermagem ginecológica a idosa com 60 a 69 anos.	Problemas na estimativa da população-alvo e limitações da qualidade do registro.
Justificativa	A consulta de enfermagem ginecológica possibilita identificar o acompanhamento desta população favorecendo a identificação precoce de problemas ginecológicos. Mulheres de 50 a 69 anos devem realizar o exame clínico das mamas anualmente (BRASIL, 2010a) justificando a consulta anual.	• Recomenda-se contra o rastreamento de rotina de câncer do colo do útero em mulheres maiores de 65 anos que tiveram um rastreamento com Papanicolaou normal e que não fazem parte de grupo de alto risco para esse câncer (se últimos exames estiverem normais) [Grau de recomendação D] (BRASIL, 2010a; 2010b).
Dimensão	Cuidado.	
Subdimensão	Adequação.	
Método de cálculo	Número de mulheres de 60 a 69 anos que realizaram consulta ginecológica de enfermagem no último ano Número de mulheres de 60 a 69 anos no último ano x100	
Fonte de dados	Dados do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB)/e-SUS e caderno de exames citológicos em determinado período de tempo.	
Valor de referência	A rotina preconizada no rastreamento é a cada três anos, após dois exames normais consecutivos no intervalo de um ano (BRASIL, 2010a).	
Referências	BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Cadernos de Atenção Básica n.13. Controle dos cânceres do colo do útero e da mama . Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2013a. 124p. Disponível em:<http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/ca b13.pdf>. Acesso em: 26 Ago 2015.	
	Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Instrumento de Avaliação Externa para as Equipes de Atenção Básica – saúde da família e equipe parametrizada [Internet]. Brasília, DF: Editora MS, 2013b. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/instrumento_ae_sfp.pdf>. Acesso em: 03 Ago 2015.	
	Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Cadernos de	

Nome do indicador	Avaliação da idosa na consulta de enfermagem ginecológica.		
Definição	• Percentual de consultas de enfermagem ginecológica às idosas com 60 a 69 anos com exame clínico das mamas. • É uma atividade privativa do enfermeiro para identificar situações de saúde/doença, bem como prescrever e implementar medidas de enfermagem visando a promoção, prevenção, proteção da saúde, recuperação e reabilitação do usuário, família e comunidade (COFEN, 1993).	_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Cadernos de Atenção Básica n.13. Controle dos cânceres do colo do útero e da mama. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2013a. 124p. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/cab13.pdf>. Acesso em: 26 Ago 2015. _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Instrumento de Avaliação Externa para as Equipes de Atenção Básica – saúde da família e equipe parametrizada [Internet]. Brasília, DF: Editora MS, 2013b. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/instrumento_ae_sfp.pdf>. Acesso em: 03 Ago 2015. CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). Resolução nº159 de 19 de abril de 1993. Dispõe sobre a consulta de enfermagem. Disponível em: <http://novo.portalcofen.gov.br/resoluco-cofen-1591993_4241.html>. Acesso em: 25 jun. 2014. INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER José Alencar Gomes da Silva. Coordenação de Prevenção e Vigilância. Estimativa 2016 - incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA, 2015. 122p.	
Dimensão	Cuidado.		
Subdimensão	Adequação.		
Método de cálculo <i>Numerador</i> <i>Denominador</i>	Número de consultas ginecológicas entre mulheres de 60 a 69 com exame clínico das mamas no último ano	$\frac{\text{Número de consultas ginecológicas de enfermagem entre mulheres de 60 a 69 anos no último ano}}{\text{Número de consultas ginecológicas de enfermagem entre mulheres de 60 a 69 anos no último ano}} \times 100$	
Fonte de dados	Consulta aos prontuários e caderno de exames citológicos em determinado período de tempo.		
Valor de referência Referências	BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Cadernos de Atenção Primária n. 29. Rastreamento . Brasília: Ministério da Saúde, 2010a. 95p. Disponível em: < http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/cadernos_a_b/abcad29.pdf >. Acesso em: 07 ago. 2015.	_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Cadernos de Atenção Básica n. 26. Saúde sexual e saúde reprodutiva. Brasília: Ministério da Saúde, 2010b. 300p. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/cadernos_a_b/abcad26.pdf>. Acesso em: 07 ago. 2015.	Problemas na estimativa da população-alvo e limitações da qualidade do registro. • Recomenda-se contra o rastreamento de rotina de câncer do colo do útero em mulheres maiores de 65 anos que tiveram um rastreamento com Papanicolaou normal e que não fazem parte de grupo de alto risco para esse câncer (se últimos exames estiverem normais) [Grau de recomendação D] (BRASIL, 2010a; 2010b); • Utilizar ferramenta de coleta.

	MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. Atenção a saúde do idoso. Belo Horizonte: SAS/MG, 2006. 186 p. Disponível em: <http://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/LinhaGuiaSaudeIdoso.pdf>. Acesso em: 04 Mai 2015. SOCIEDADE BRASILEIRA DE GERIATRIA E GERONTOLOGIA; SOCIEDADE BRASILEIRA DE IMUNIZAÇÕES. Guia de vacinação – geriatria. Disponível em: <http://sbogg.org.br/wp-content/uploads/2014/10/guia-de-vacinas.pdf>. Acesso em: 21 mar 2016. SOCIEDADE BRASILEIRA DE IMUNIZAÇÕES (SBMI). Calendário de Vacinação do idoso. Disponível em: <http://www.sbm.org.br/wp-content/uploads/2015/10/calend-sbm-idoso-acima-60-anos-2015-16-150909-spread.pdf>. Acesso em 27 Nov 2015.
Limitações	Problemas na estimativa da população-alvo e limitações da qualidade do registro.
Observações	• Grupos de risco (BRASIL, 2014b): ◦ HIV/Aids; asplenia anômica ou funcional e doenças relacionadas; pneumopatias crônicas, exceto asma intermitente ou persistente leve; asma persistente moderada ou grave; cardiopatias crônicas; nefropatias crônicas/hemodialise/síndrome nefrótica; transplantes de órgãos sólidos ou de células-tronco hematopoiéticas (medula óssea); imunodeficiência devido ao câncer ou a imunodepressão terapêutica; diabetes mellitus; fistula líquórica; fibrose cística (mucoviscidose); doenças neurológicas crônicas incapacitantes; implante de cóclea; trissomias; imunodeficiências congênitas; hepatopatias crônicas; doenças de depósito; ◦ Idosos hospitalizados ou residentes em instituições fechadas, como asilos, casas geriátricas e casas de repouso. • Utilizar ferramenta de coleta.

Nome do indicador	Vacinação adequada ao idoso.
Definição	Percentual de idosos vacinados para influenza, tétano, pneumococo (se necessário).
Interpretação	Mensura o percentual de idosos vacinados conforme calendário nacional.
Justificativa	A imunização faz parte dos programas de prevenção e promoção da saúde do idoso estando diretamente relacionada com a melhor qualidade e expectativa de vida (SOCIEDADE BRASILEIRA DE GERIATRIA E GERONTOLOGIA; SOCIEDADE BRASILEIRA DE IMUNIZAÇÕES, 2014).
Dimensão	Cuidado.
Subdimensão	Adequação.
Método de cálculo <i>Numerador</i> <i>Denominador</i>	Número de idosos com cartão vacinal adequado no último ano Número total de idosos da área adstrita no último ano *Adaptado de Brasil (2012).
Fonte de dados	• Será considerado como cartão vacinal adequado o cartão de vacina que estiver com atualizado (em dia) sendo: dupla adulto a cada 10 anos (BRASIL, 2014); influenza anual; pneumococo VPP23 para grupos de risco (sendo a segunda dose cinco anos após a primeira dose) (SOCIEDADE BRASILEIRA DE IMUNIZAÇÕES, 2015).
Valor de referência	BRASIL a. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. Manual de Normas e Procedimentos para Vacinação . Brasília: Ministério da Saúde, 2014a. 176p. Disponível em: < http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_procedimentos_vacinacao.pdf >. Acesso em: 17 Nov 2015.
Referências	_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. Manual dos Centros de Referência para Imunobiológicos Especiais. Brasília: Ministério da Saúde, 2014b. 160p. Disponível em: <http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/01VACINA/manual_crie_.pdf>. Acesso em: 04 Dez 2015. _____. Ministério da Saúde. Programa nacional de melhoria do acesso e da qualidade da atenção básica (PMAQ): manual instrutivo. Anexo: ficha de qualificação dos indicadores. Brasília, 2012. (No prelo, versão preliminar março de 2012). Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/sistemas/Pmaq/manual_instrutivo_pmaq_site_anexo.pdf>. Acesso em: 31 Ago 2015.

Nome do indicador	Utilização da caderneta do idoso nos atendimentos de enfermagem.	Nome do indicador	Cobertura da consulta de enfermagem ao idoso com diabetes mellitus.
Definição	Percentual de utilização da caderneta do idoso nos atendimentos do enfermeiro.	Definição	- Percentual de idosos com diabetes mellitus com estratificação do risco de acordo com o controle metabólico realizada pelo enfermeiro. - É uma atividade privativa do enfermeiro para identificar situações de saúde/doença, bem como prescrever e implementar medidas de enfermagem visando a promoção, prevenção, proteção da saúde, recuperação e reabilitação do usuário, família e comunidade (COFEN, 1993).
Interpretação	Mensura o percentual de utilização da caderneta do idoso nos atendimentos do enfermeiro.	Interpretação	Mensura a realização de estratificação do risco de acordo com o controle metabólico pelo enfermeiro ao idoso com diabetes mellitus.
Justificativa	O registro do atendimento de enfermagem realizado favorece o acompanhamento das condições de saúde do idoso.	Justificativa	A periodicidade de consultas pelo enfermeiro relaciona-se a estratificação de risco (MINAS GERAIS, 2013; BRASIL, 2013a) sendo que o Ministério da Saúde sugere, para o diabetes mellitus, conforme o controle metabólico (BRASIL, 2013a) podendo contribuir para melhoria da assistência no diabetes mellitus. O critério-resumo deste indicador será a estratificação de risco de acordo com o controle metabólico.
Dimensão	Cuidado.	Dimensão	Cuidado.
Subdimensão	Continuidade.	Subdimensão	Continuidade.
Método de cálculo <i>Numerador</i> <i>Denominador</i>	$\frac{\text{Número de idosos atendidos pelo enfermeiro com anotação na caderneta no último ano}}{\text{Número de idosos atendidos pelo enfermeiro em determinado período no último ano}} \times 100$	Método de cálculo <i>Numerador</i> <i>Denominador</i>	$\frac{\text{Número de idosos com diabetes mellitus que o enfermeiro realizou estratificação de risco no último ano}}{\text{Número de idosos com diabetes mellitus no último ano}} \times 100$
Fonte de dados	Consulta aos prontuários dos idosos e planilha de movimento diária do enfermeiro.	Fonte de dados	Consulta aos prontuários dos idosos com diabetes mellitus e controle da população adstrita ou ficha de cadastro individual do e-SUS.
Valor de referência	Todos os profissionais devem utilizar a caderneta do idoso em todas as situações de atendimento (BRASIL, 2013).	Valor de referência	
Referências	BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Autoavaliação para a Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica: AMAQ. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. 134p. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/sistemas/pmaq/amaq.pdf>. Acesso em: 03 Ago 2015.	Referências	BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Cadernos de Atenção Básica n. 16. Diabetes mellitus . Brasília: Ministério da Saúde, 2006a. 64p. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/cadernos_ab/abcad16.pdf>. Acesso em: 10 ago. 2015.
Limitações	Problemas na estimativa da população-alvo e limitações da qualidade do registro.		
Observações	- Delimitou-se para este indicador apenas os atendimentos realizados pelo enfermeiro. - Utilizar ferramenta de coleta.		a. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Cadernos de Atenção Básica n. 36. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: diabetes mellitus. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 160p. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/caderno_36.pdf>. Acesso em: 26 Ago 2015.

	Vigilância Alimentar e Nutricional – SISVAN na assistência à saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2008. 61p. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/protocolo_sisvan.pdf>. Acesso em: 26 ago. 2015. _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Cadernos de Atenção Básica n. 36. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: diabetes mellitus. Brasília: Ministério da Saúde, 2013a. 160p. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/caderno_36.pdf>. Acesso em: 26 Ago 2015. _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Instrumento de Avaliação Externa para as Equipes de Atenção Básica – saúde da família e equipe parametrizada [Internet]. Brasília, DF: Editora MS, 2013b. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/instrumento_ae_sfp.pdf>. Acesso em: 03 Ago 2015. _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Cadernos de Atenção Básica n. 38. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: obesidade. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 212p. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estrategias_cuida_do_doenca_cronica_obesidade_cab38.pdf>. Acesso: 18 Ago 2015. CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). Resolução nº159 de 19 de abril de 1993. Dispõe sobre a consulta de enfermagem. Disponível em: <http://novo.portalcofen.gov.br/resoluco-cofen-1591993_4241.html>. Acesso em: 25 Jun. 2014. MINAS GERAIS: Secretaria de Estado de Saúde. Linhas-guia de hipertensão arterial sistêmica, diabetes mellitus e doença renal crônica. Belo Horizonte: SAS/MG, 2013. 203p. Disponível em: <http://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/guia_de_hipertensao.pdf>. Acesso em: 04 Mai 2015.	
	Limitações Problemas na estimativa da população-alvo e limitações da qualidade do registro.	
	Observações - O Ministério da Saúde preconiza os passos na consulta de enfermagem para acompanhamento do indivíduo com diabetes mellitus (BRASIL, 2013a) e itens a serem avaliados (BRASIL, 2008); - Utilizar ferramenta de coleta.	
Nome do indicador	Cobertura da consulta de enfermagem ao idoso com hipertensão arterial sistêmica.	
Definição	- Percentual de consultas realizadas pelo enfermeiro ao idoso com hipertensão arterial sistêmica com estratificação de risco cardiovascular. - É uma atividade privativa do enfermeiro para identificar situações de saúde/doença, bem como prescrever e implementar medidas de enfermagem visando a promoção, prevenção, proteção da saúde, recuperação e reabilitação do usuário, família e comunidade (COFEN, 1993).	
Interpretação	Mensura de estratificação de risco cardiovascular nas consultas ao idoso com hipertensão arterial sistêmica pelo enfermeiro.	
Justificativa	A periodicidade de acompanhamento pelo enfermeiro relaciona-se a estratificação de risco cardiovascular (BRASIL, 2013a) podendo contribuir para melhoria da assistência na hipertensão arterial. O critério-resumo deste indicador será a estratificação de risco cardiovascular.	
Dimensão	Cuidado.	
Subdimensão	Continuidade.	
Método de cálculo	Número de idosos com hipertensão arterial que o enfermeiro realizou estratificação de risco cardiovascular no último ano x100 Número de idosos com hipertensão arterial no último ano	
Fonte de dados	Consulta aos prontuários dos idosos com hipertensão arterial e controle da população adstrita ou ficha de cadastro individual do e-SUS.	
Valor de referência	BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Cadernos de Atenção Básica n. 15. Hipertensão arterial sistêmica para o Sistema Único de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 58p. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/cadernos_ab/abcd15.pdf>. Acesso em: 10 ago. 2015.	
Referências	a. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Cadernos de Atenção Básica n. 37. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 128p. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/caderno_37.pdf>. Acesso em: 26 Ago 2015. b. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Instrumento de Avaliação	

	Externa para as Equipes de Atenção Básica – saúde da família e equipe parametrizada [Internet]. Brasília, DF: Editora MS, 2013. Disponível em: < http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/instrumento_ae_sfp.pdf >. Acesso em: 03 Ago 2015.	Nome do indicador Definição	Avaliação do idoso com hipertensão arterial sistêmica na consulta de enfermagem. • Percentual de consultas realizadas pelo enfermeiro ao idoso com hipertensão arterial sistêmica direcionada aos fatores de risco que influenciam no controle da doença. • É uma atividade privativa do enfermeiro para identificar situações de saúde/doença, bem como prescrever e implementar medidas de enfermagem visando a promoção, prevenção, proteção da saúde, recuperação e reabilitação do usuário, família e comunidade (COFEN, 1993).
	CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN), Resolução nº159 de 19 de abril de 1993. Dispõe sobre a consulta de enfermagem. Disponível em: < http://novo.portalfcofen.gov.br/resoluco-cofen-1591993_4241.html >. Acesso em: 25 jun. 2014.	Interpretação	Mensura a realização de consultas de enfermagem ao idoso com hipertensão arterial sistêmica direcionada aos fatores de risco que influenciam no controle da doença.
	MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. Linha-guia de hipertensão arterial sistêmica, diabetes mellitus e doença renal crônica . Belo Horizonte: SAS/MG, 2013. 203p. Disponível em: < http://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/guia_de_hipertensao.pdf >. Acesso em: 04 Mai 2015.	Justificativa	O Ministério da Saúde preconiza que as consultas de enfermagem sejam direcionadas à abordagem dos fatores de risco que influenciam o controle da hipertensão arterial, devendo-se realizar: os passos (incluindo histórico e exame físico completo) (BRASIL, 2013), a avaliação do risco cardiovascular, a dispensação correta da medicação, o monitoramento em vigilância alimentar e nutricional (BRASIL, 2008) e as orientações para atividade física conforme fluxograma (BRASIL, 2013). Para este indicador o critério-resumo será a abordagem dos fatores de risco que influenciam o controle da hipertensão arterial (mudanças no estilo de vida, o incentivo à atividade física, a redução do peso corporal quando acima do índice de massa corporal e o abandono do tabagismo) conforme tem sido recomendado (BRASIL, 2013a).
	Problemas na estimativa da população-alvo e limitações da qualidade do registro. • Utilizar ferramenta de coleta.	Dimensão Subdimensão Método de cálculo <i>Numerador</i> <i>Denominador</i>	Cuidado. Adequação. Número de consultas ao idoso com hipertensão arterial direcionada aos fatores de risco no último ano $\frac{\text{Número de consultas aos idosos com hipertensão arterial no último ano}}{\text{Número de consultas aos idosos com hipertensão arterial no último ano}} \times 100$
		Fonte de dados	Consulta aos prontuários dos idosos com hipertensão arterial e planilha de movimento diária do enfermeiro.
		Valor de referência	
		Referências	BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Cadernos de Atenção Básica n. 15. Hipertensão arterial sistêmica para o Sistema Único de Saúde . Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 58p. Disponível em: < http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/cadernos_ab/abcd15.pdf >. Acesso em: 10 ago. 2015.

	Departamento de Atenção Básica. Protocolos do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional – SISVAN na assistência à saúde . Brasília: Ministério da Saúde, 2008. 61p. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/protoloco_sisvan.pdf>. Acesso em: 26 ago. 2015.	Nome do Indicador	Cobertura da consulta de enfermagem ao idoso com pressão arterial limitrofe.
	a. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Cadernos de Atenção Básica n. 37. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica . Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 128p. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/caderno_37.pdf>. Acesso em: 26 Ago 2015. b. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Instrumento de Avaliação Externa para as Equipes de Atenção Básica – saúde da família e equipe parametrizada [Internet]. Brasília, DF: Editora MS, 2013. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/instrumento_ae_sfp.pdf>. Acesso em: 03 Ago 2015. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Cadernos de Atenção Básica n. 38. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: obesidade . Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 212p. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estrategias_cuida_do_doenca_cronica_obesidade_cab38.pdf>. Acesso: 18 Ago 2015. CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). Resolução nº159 de 19 de abril de 1993 . Dispõe sobre a consulta de enfermagem. Disponível em: <http://novo.portalfcofen.gov.br/resoluco-cofen-1591993_4241.html>. Acesso em: 25 jun. 2014. MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. Linha-guia de hipertensão arterial sistêmica, diabetes mellitus e doença renal crônica . Belo Horizonte: SAS/MG, 2013. 203p. Disponível em: <http://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/guia_de_hipertensao.pdf>. Acesso em: 04 Mai 2015. Problemas na estimativa da população-alvo e limitações da qualidade do registro.	Definição	• Percentual de estratificação de risco cardiovascular na consulta de enfermagem aos idosos com pressão arterial limitrofe e fatores de risco para doenças cardiovasculares; • Pressão arterial limitrofe refere-se a pressão arterial entre 130/85 a 139/89mmHg (BRASIL, 2013); • É uma atividade privativa do enfermeiro para identificar situações de saúde/doença, bem como prescrever e implementar medidas de enfermagem visando a promoção, prevenção, proteção da saúde, recuperação e reabilitação do usuário, família e comunidade (COFEN, 1993).
		Interpretação	Mensura a realização da estratificação de risco cardiovascular nas consultas de enfermagem aos idosos com pressão arterial limitrofe e fatores de risco para doenças cardiovasculares.
		Justificativa	O critério sugerido para a periodicidade de acompanhamento dos usuários com pressão limitrofe é a estratificação do risco cardiovascular pelo score de Framingham, que define os parâmetros de cuidado (BRASIL, 2013) sendo este o critério-resumo do indicar.
		Dimensão	Cuidado.
		Subdimensão	Continuidade.
		Método de cálculo <i>Numerador</i> <i>Denominador</i>	Número de idosos com pressão arterial limitrofe que o enfermeiro realizou estratificação de risco cardiovascular no último ano x100 Número de idosos com pressão arterial limitrofe no último ano
		Fonte de dados	Consulta aos prontuários dos idosos com pressão arterial entre 130/85 a 139/89mmHg (pressão arterial limitrofe) e fatores de risco para doenças cardiovasculares e controle da população adstrita.
		Valor de referência	
		Referências	BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Cadernos de Atenção Básica n. 15. Hipertensão arterial sistêmica para o Sistema Único de Saúde . Brasília: Ministério da Saúde, 2006a. 58p. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/cadernos_ab/abca_d15.pdf>. Acesso em: 10 ago. 2015. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Cadernos de Atenção Básica n. 14. Prevenção clínica de doenças cardiovasculares, cerebrovasculares e renais . Brasília: Ministério da Saúde, 2006b. 56p. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/cadernos_ab/abca_d14.pdf>. Acesso em: 10 ago. 2015. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Cadernos de Atenção Básica n.
Limitações			
Observações			• Utilizar ferramenta de coleta.

37. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 128p. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/caderno_37.pdf>. Acesso em: 26 Ago 2015. CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). Resolução nº159 de 19 de abril de 1993. Dispõe sobre a consulta de enfermagem. Disponível em: <http://novo.portalcofen.gov.br/resoluco-cofen-1591993_4241.html>. Acesso em: 25 jun. 2014.	Nome do indicador Definição Avaliação do idoso com pressão arterial limitrofe na consulta de enfermagem. • Percentual de consulta de enfermagem aos idosos com pressão arterial limitrofe e fatores de risco para doenças cardiovasculares com avaliação antropométrica (índice de massa corporal e circunferência abdominal); • Pressão arterial limitrofe refere-se a pressão arterial entre 130/85 a 139/89mmHg (BRASIL, 2013); • É uma atividade privativa do enfermeiro para identificar situações de saúde/doença, bem como prescrever e implementar medidas de enfermagem visando a promoção, prevenção, proteção da saúde, recuperação e reabilitação do usuário, família e comunidade (COFEN, 1993).
Limitações • Considera apenas os idosos sem hipertensão arterial sistêmica, com pressão arterial limitrofe e que apresentam fatores de risco para doenças cardiovasculares (história familiar de doença arterial coronariana prematura; tabagismo; hipercolesterolemia; diabetes mellitus; obesidade - IMC>30 kg/m²; gordura abdominal; sedentarismo; dieta pobre em frutas e vegetais; estresse psicossocial) (BRASIL, 2006b); • Problemas na estimativa da população-alvo e limitações da qualidade do registro.	Interpretação Mensura a realização de avaliação antropométrica (índice de massa corporal e circunferência abdominal) nas consultas de enfermagem aos idosos com pressão arterial limitrofe e fatores de risco para doenças cardiovasculares.
Observações • A periodicidade de acompanhamento pelo enfermeiro relaciona-se a estratificação de risco cardiovascular (BRASIL, 2013); • Utilizar ferramenta de coleta.	Justificativa A consulta de enfermagem deve ser direcionada a modificações o estilo de vida. Para tanto, é fundamental que o enfermeiro identifique os fatores de risco relacionados com a alimentação e realize orientações básicas sobre alimentação saudável. Sugere-se que as orientações nutricionais sejam realizadas conforme fluxograma de abordagem nutricional (BRASIL, 2013). Assim, o critério-resumo deste indicador será a avaliação antropométrica (índice de massa corporal e circunferência abdominal) por se tratar do primeiro item do fluxograma.
	Dimensão Subdimensão Cuidado. Adequação.
	Método de cálculo <i>Numerador</i> <i>Denominador</i> Numero consultas aos idosos com pressão arterial limitrofe com pelo menos uma avaliação antropométrica no último ano x100 Numero consultas aos idosos com pressão arterial limitrofe no último ano
	Fonte de dados Consulta aos prontuários dos idosos com pressão arterial limitrofe e fatores de risco para doenças cardiovasculares e planilha de movimento diária do enfermeiro.
	Valor de referência
	Referências BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Cadernos de Atenção Básica n. 15. Hipertensão arterial sistêmica para o Sistema Único de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2006a. 58p. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/cadernos_ab/abca_d15.pdf>. Acesso em: 10 ago. 2015. _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Cadernos de Atenção Básica 14. Prevenção clínica de doenças cardiovasculares, cerebrovasculares e renais. Brasília: Ministério da Saúde, 2006b.

56p. em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/cadernos_ab/abca_d14.pdf>. Acesso em: 10 ago. 2015. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/cadernos_ab/abca_d14.pdf>. Acesso em: 10 ago. 2015. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Cadernos de Atenção Básica n. 37. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 128p. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/cadernos_ab/abca_d14.pdf>. Acesso em: 26 Ago 2015. CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). Resolução nº159 de 19 de abril de 1993. Dispõe sobre a consulta de enfermagem. Disponível em: <http://novo.portalcofen.gov.br/resoluco-cofen-1591993_4241.html>. Acesso em: 25 Jun. 2014.	Nome do indicador Definição Cobertura da consulta de enfermagem ao idoso com sobrepeso/obesidade. • Percentual de consultas ao idoso com sobrepeso/obesidade realizadas pelo enfermeiro. • E uma atividade privativa do enfermeiro para identificar situações de saúde/doença, bem como prescrever e implementar medidas de enfermagem visando a promoção, prevenção, proteção da saúde, recuperação e reabilitação do usuário, família e comunidade (COFEN, 1993). Interpretação Mensura a realização de consultas ao idoso com sobrepeso/obesidade realizadas pelo enfermeiro. Justificativa A consulta de enfermagem direcionada ao idoso com sobrepeso/obesidade possibilita o acompanhamento da sua condição de saúde e a identificação precoce de complicações favorecendo a intervenção. Dimensão Cuidado. Subdimensão Acesso. Método de cálculo $\frac{\text{Número de idosos com sobrepeso/obesidade consultados no último ano}}{\text{Número de idosos com sobrepeso/obesidade no último ano}} \times 100$ Fonte de dados Planilha de movimento diária do enfermeiro e controle da população adstrita. Valor de referência BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Cadernos de Atenção Básica n. 12. Obesidade. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 108p. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/cadernos_ab/abca_d12.pdf>. Acesso em: 10 ago. 2015. CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). Resolução nº159 de 19 de abril de 1993. Dispõe sobre a consulta de enfermagem. Disponível em: <http://novo.portalcofen.gov.br/resoluco-cofen-1591993_4241.html>. Acesso em: 25 Jun. 2014. Limitações • Problemas na estimativa da população-alvo e limitações da qualidade do registro. Observações • Utilizar ferramenta de coleta.
Limitações • Considera apenas os idosos sem hipertensão arterial sistêmica e que apresentam fatores de risco para doenças cardiovasculares (história familiar de doença arterial coronariana prematura; tabagismo; hipercolesterolemia; diabetes mellitus; obesidade - IMC > 30 kg/m²; gordura abdominal; 1 sedentarismo; dieta pobre em frutas e vegetais; estresse psicossocial) (BRASIL, 2006b); • Problemas na estimativa da população-alvo e limitações da qualidade do registro. Observações • Utilizar ferramenta de coleta.	

Nome do indicador	Prescrição de cuidados em Atenção Domiciliar 1 (AD1).
Definição	Percentual de prescrição de cuidados pelo enfermeiro no prontuário domiciliar de idosos em AD1.
Interpretação	Mensura a prescrição de cuidados pelo enfermeiro no prontuário domiciliar de idosos em AD1.
Justificativa	A prescrição de cuidados pelo enfermeiro no domicílio, em prontuário domiciliar, constitui atividade fundamental para direcionar as ações do cuidador e familiares junto à pessoa assistida de modo a implementar e pactuar as atividades (BRASIL, 2012d).
Dimensão	Cuidado.
Subdimensão	Continuidade.
Método de cálculo	Número de idosos em AD1 com prescrição de cuidados de enfermagem no prontuário domiciliar nos últimos três meses $\times 100$
Numerador	
Denominador	Número de idosos em AD1 nos últimos três meses
Fonte de dados	Controle de idosos em AD1 e consulta aos prontuários domiciliares dos idosos em Atenção Domiciliar 1.
Valor de referência	Pelo menos uma prescrição no período.
Referências	BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de Atenção Básica. Caderno de atenção domiciliar . Vol.1. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. 105p. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/cad_vol1.pdf>. Acesso em: 04 Mai 2015. _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de Atenção Básica. Caderno de atenção domiciliar . Vol.2. Brasília: Ministério da Saúde, 2013b. 206p. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/cad_vol2.pdf>. Acesso em: 04 Mai 2015. _____. Ministério da Saúde. Portaria nº 963, de 27 de maio de 2013a. Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/pr0963_27_05_2013.html>. Acesso em: 20 Ago 2015.
Limitações	Problemas na estimativa da população-alvo e limitações da qualidade do registro.
Observações	Idosos que necessitam de Atenção Domiciliar 1: I-possuem problemas de saúde controlados/compensados e com dificuldade ou impossibilidade física de locomoção até uma unidade de saúde; II - necessitam de cuidados de menor complexidade, incluídos os de recuperação nutricional, de menor frequência, com menor necessidade de recursos de saúde e dentro da capacidade de atendimento das unidades, e; III - não se enquadram nos critérios previstos para as

Nome do indicador	Avaliação do idoso com sobrepeso/obesidade na consulta de enfermagem.
Definição	- Percentual de consultas ao idoso com sobrepeso/obesidade realizadas pelo enfermeiro contendo mensuração dos dados antropométricos. - É uma atividade privativa do enfermeiro para identificar situações de saúde/doença, bem como prescrever e implementar medidas de enfermagem visando a promoção, prevenção, proteção da saúde, recuperação e reabilitação do usuário, família e comunidade (COFEN, 1993).
Interpretação	Mensura a identificação dos dados antropométricos nas consultas ao idoso com sobrepeso/obesidade realizadas pelo enfermeiro.
Justificativa	O Ministério da Saúde sugere um roteiro de consulta geral para acompanhamento dos casos de sobrepeso/obesidade contendo (BRASIL, 2006). Para este indicador o critério-resumo será a avaliação antropométrica (peso, índice de massa corporal e circunferência abdominal) considerando sua importância para que o estado nutricional seja identificado (BRASIL, 2006).
Dimensão	Adequação.
Subdimensão	Longitudinalidade e coordenação.
Método de cálculo	Número de consultas de enfermagem ao idoso com sobrepeso/obesidade contendo mensuração dos dados antropométricos no último ano $\times 100$
Numerador	
Denominador	Número de consultas aos idosos com sobrepeso/obesidade no último ano
Fonte de dados	Consulta aos prontuários dos idosos e planilha de movimento diária do enfermeiro.
Valor de referência	
Referências	BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Cadernos de Atenção Básica n. 12. Obesidade . Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 108p. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/cadernos_ab/abca d12.pdf>. Acesso em: 10 ago. 2015. CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). Resolução nº159 de 19 de abril de 1993 . Dispõe sobre a consulta de enfermagem. Disponível em: <http://novo.portalcofen.gov.br/resoluco-cofen-1591993_4241.html>. Acesso em: 25 jun. 2014.
Limitações	Problemas na estimativa da população-alvo e limitações da qualidade do registro.
Observações	Utilizar ferramenta de coleta.

modalidades Atenção Domiciliar 2 e 3 (BRASIL, 2013): • A periodicidade das visitas de enfermagem e consequentemente da prescrição relacionam-se ao nível de cuidado do idoso dado pela avaliação da complexidade do paciente em AD1: nível 1 visita trimestral; nível 2 visita bimestral, e; nível 3 mensal (BRASIL, 2013b); • Utilizar ferramenta de coleta.	Nome do indicador Visita domiciliar em Atenção Domiciliar 1 (AD1).
	Definição Percentual visitas realizadas pelo enfermeiro aos idosos em AD 1 com classificação do nível de cuidado.
	Interpretação Mensura o percentual de visitas domiciliares com classificação do nível de cuidado realizada pelo enfermeiro ao idoso em AD1 segundo avaliação da complexidade do paciente em AD1.
	Justificativa A visita domiciliar de enfermagem ao idoso em AD1 favorece o acompanhamento do seu estado de saúde, o planejamento e a implementação das ações bem como a avaliação da assistência prestada. Para este indicador o critério-resumo será a classificação do nível de cuidado realizada pelo enfermeiro.
	Dimensão Cuidado.
	Subdimensão Acesso.
	Método de cálculo $\frac{\text{Número de idosos em AD1 com classificação do nível de cuidado nos últimos três meses}}{\text{Número de idosos em AD1 nos últimos três meses}} \times 100$
	Fonte de dados Consulta aos prontuários/prontuários domiciliares dos idosos e ficha de visita domiciliar e-SUS.
	Valor de referência Pelo menos uma visita no período.
Referências BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 963, de 27 de maio de 2013a. Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/pt0963_27_05_2013.html>. Acesso em: 20 Ago 2015. _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de Atenção Básica. Caderno de atenção domiciliar. Vol.2. Brasília: Ministério da Saúde, 2013b. 206p. em: <http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/cad_vol2.pdf>. Acesso em: 04 Mai 2015.	Limitações Limitações da qualidade do registro.
	Observações • Idosos que necessitam de Atenção Domiciliar 1: I - possuem problemas de saúde controlados/compensados e com dificuldade ou impossibilidade física de locomoção até uma unidade de saúde; II - necessitam de cuidados de menor complexidade, incluídos os de recuperação nutricional, de menor frequência, com menor necessidade de recursos de saúde e dentro da capacidade de atendimento das unidades; e; III - não se enquadram nos critérios previstos para as modalidades Atenção Domiciliar 2 e 3 (BRASIL, 2013a); • A periodicidade das visitas de enfermagem relaciona-se ao nível de cuidado do idoso dado pela avaliação da complexidade do paciente em AD1: nível 1 visita trimestral; nível 2 visita bimestral, e; nível 3 mensal

	(BRASIL, 2013b); • Utilizar ferramenta de coleta.

APÊNDICE 26

FICHAS DE INFORMAÇÃO FINAIS DOS INDICADORES
(para todos indicadores considerar apenas idosos adstritos à área)

ATRIBUIÇÕES ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO

Nome do indicador	Planejamento de atividades direcionadas à população idosa.
Definição	Existência de planejamento das atividades na unidade de saúde direcionadas aos idosos.
Interpretação	Mensura a existência de planejamento das atividades da unidade de saúde direcionadas aos idosos.
Justificativa	O processo de trabalho das equipes na atenção primária engloba a programação e implementação das atividades conforme as necessidades de saúde da população; isso inclui o planejamento e a organização da agenda de trabalho compartilhado de todos os profissionais (BRASIL, 2011) que pode direcionar as ações da unidade.
Dimensão	Gerência.
Subdimensão	Todas as dimensões.
Método de cálculo	Existência de cronograma de planejamento mensal das atividades direcionadas aos idosos, norteadas pelo Caderno de Atenção Básica 19, contendo no último ano todos os itens a seguir, descrevendo que são específicas para o idoso: visita domiciliar; consultas médica, odontológica e de enfermagem; prática corporal/atividade física; atividades grupais; atividades com cuidadores.
Fonte de dados	Auditoria.
Valor de referência	Sim.
Referências	BRASIL. Ministério da Saúde. Guia prático do Programa Saúde da Família. Brasília, DF: Editora MS, 2001. Disponível em:<http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/guia_pratico_saude_familia_psf2.pdf>. Acesso em: 04 mai. 2015. _____. Portaria n. 2.488 de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Diário Oficial da União, Brasília, DF, Seção 1, 24 out. 2011. Disponível em:<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html>. Acesso em: 30 jul. 2014. _____. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Envelhecimento e saúde da pessoa idosa. Brasília, DF: Editora MS, 2006. (Caderno de Atenção Básica: 19). 192p. Disponível

	em:<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/envelhecimento_saude_pessoa_idosa_n19.pdf>. Acesso em: 04 mai. 2015. MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. Atenção à Saúde do Adulto – tuberculose. Belo Horizonte: SAS/MG, 2006. 144p. Disponível em:<http://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/LinhaGuiaTuberculose2006.pdf>. Acesso em: 04 mai. 2015.
Limitações	Limitações da qualidade do registro.
Observação	Observar ferramenta de coleta.

Questões adicionais a considerar

- *Validade de face*: apropriada;
- *Validade de conteúdo*: 1,0;
- *Terminologia*: adequada;
- *Necessidade*: sim.

Análises empíricas

- Gestão:
 - *Útil para qualidade da assistência de enfermagem*: sim;
 - *Útil para o recebimento de incentivos financeiros*: sim;
 - *Avaliação geral da usabilidade/uso para comparar os relatórios públicos entre as ESFs*: intermediária a nível estadual e alta para municipal;
 - *Avaliação geral da usabilidade/uso para relatórios públicos ao nível das áreas geográficas*: intermediária a nível estadual e alta para municipal.
- Coleta dos dados:
 - *Disponível para coletar sem encargos excessivos*: sim;
 - *Viável de ser mensurado no contexto da atenção primária brasileira*: sim;
 - *Avaliação geral sobre a viabilidade de coleta dos dados*: altamente recomendado.

Pontos fortes

Demanda pequeno tempo para coleta.

Pontos fracos

Nenhum.

Recomendações para fortalecimento do indicador

Sem recomendações.

Nome do indicador	Monitoramento da mobilidade física dos idosos.
Definição	Mensuração de indicador proposto pelo Sistema de Indicadores de Saúde e Acompanhamento de Políticas do Idoso (SISAP) que permite o acompanhamento da condição de saúde do idoso por meio da mobilidade física.
Interpretação	Mensura o uso de indicador pelo enfermeiro permitindo o acompanhamento da condição de saúde do idoso por meio da mobilidade física.
Justificativa	O processo de trabalho das equipes na atenção primária engloba o monitoramento e a avaliação das ações da equipe de saúde visando a readequação diante das necessidades, realidade, dificuldades e possibilidades analisadas (BRASIL, 2011). O monitoramento pode ser realizado por meio de indicadores que permitam o acompanhamento da condição de saúde do idoso. Para este indicador será considerado como critério-resumo a análise do indicador “Proporção de idosos com limitação de mobilidade física” da matriz do SISAP.
Dimensão	Gerência.
Subdimensão	Todas as dimensões.
Método de cálculo	Existência da análise do indicador “Proporção de idosos com limitação de mobilidade física”.
Fonte de dados	Auditoria.
Valor de referência	Sim.
Referências	BRASIL. Ministério da Saúde. Guia prático do Programa Saúde da Família. Brasília, DF: Editora MS, 2001. Disponível em:<http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/guia_pratico_saude_familia_psf2.pdf>. Acesso em: 04 mai. 2015. _____. Portaria n. 2.488 de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Diário Oficial da União, Brasília, DF, Seção 1, 24 out. 2011. Disponível em:<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html>. Acesso em: 30 jul. 2014. FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. SISAP-Idoso: Sistema de Indicadores de Saúde e Acompanhamento de Políticas do Idoso. Disponível em:<http://www.saudeidoso.iciet.fiocruz.br/index.php?pag=forms>. Acesso: 18 fev. 2015.
Limitações	Limitações da qualidade do registro.
Observações	O indicador “Proporção de idosos com limitação de mobilidade física” sugerido pelo SISAP é calculado por meio do percentual de indivíduos com 60 anos ou mais que declararam ter dificuldade para andar mais de um

	quilômetro (FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ, 2016). • Observar ferramenta de coleta.

Questões adicionais a considerar

- *Validade de face*: apropriada;
- *Validade de conteúdo*: 0,89;
- *Terminologia*: adequada;
- *Necessidade*: sim.

Análises empíricas

- Gestão:
 - *Útil para qualidade da assistência de enfermagem*: não a nível estadual e sim para municipal;
 - *Útil para o recebimento de incentivos financeiros*: não a nível estadual e sim para municipal;
 - *Avaliação geral da usabilidade/uso para comparar os relatórios públicos entre as ESFs*: baixa a nível estadual e alta para municipal;
 - *Avaliação geral da usabilidade/uso para relatórios públicos ao nível das áreas geográficas*: baixa a nível estadual e alta para municipal.
- Coleta dos dados:
 - *Disponível para coletar sem encargos excessivos*: sim;
 - *Viável de ser mensurado no contexto da atenção primária brasileira*: sim;
 - *Avaliação geral sobre a viabilidade de coleta dos dados*: altamente recomendado.

Pontos fortes

Demanda pequeno tempo para coleta.

Pontos fracos

Nenhum.

Recomendações para fortalecimento do indicador

Ser solicitado pela equipe de gestão municipal para que a ESF possa realizar esta análise anualmente.

Nome do indicador	Avaliação das ações de saúde direcionadas à população idosa.
Definição	Existência de avaliações da assistência à população idosa visando melhoria da qualidade da atenção.
Interpretação	Mensura a existência de avaliações da assistência à população idosa que o enfermeiro refere realizar visando a melhoria da qualidade da atenção.
Justificativa	O processo de trabalho das equipes na atenção primária engloba o planejamento local de saúde, o monitoramento e avaliação das ações visando a readequação do processo de trabalho (BRASIL, 2011).
Dimensão	Gerência.
Subdimensão	Todas as dimensões.
Método de cálculo	Existência de documentação de atividades internas de avaliação relacionada a assistência ao idoso, norteadas pelo Caderno de Atenção Básica 19, descrevendo que são específicas para o idoso, nas seguintes ações: prática corporal/atividade física; atividades grupais; atividades com cuidadores.
Fonte de dados	Auditoria.
Valor de referência	Sim.
Referências	BRASIL. Ministério da Saúde. Guia prático do Programa Saúde da Família. Brasília, DF: Editora M, 2001. Disponível em:<http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/guia_pratico_saude_familia_psf2.pdf>. Acesso em: 04 mai. 2015. _____. Portaria n. 2.488 de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Diário Oficial da União, Brasília, DF, Seção 1, 24 out. 2011. Disponível em:<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html>. Acesso em: 30 jul. 2014. _____. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Envelhecimento e saúde da pessoa idosa. Brasília, DF: Editora MS, 2006. (Caderno de Atenção Básica: 19). 192p. Disponível em:<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/envelhecimento_saude_pessoa_idosa_n19.pdf>. Acesso em: 04 mai. 2015.
Limitações	Limitações da qualidade do registro.
Observações	As avaliações referem-se a registros de ciclos de melhoria ou projetos de intervenção com avaliação antes e depois, nas ações: prática corporal/atividade física; atividades grupais; atividades com cuidadores. Devem ser internas e específicas para avaliar e melhorar a atenção ao idoso nas suas necessidades

	específicas; • Observar ferramenta de coleta.

Questões adicionais a considerar

- *Validade de face*: apropriada;
- *Validade de conteúdo*: 1,0;
- *Terminologia*: adequada;
- *Necessidade*: sim.

Análises empíricas

- Gestão:
 - *Útil para qualidade da assistência de enfermagem*: sim;
 - *Útil para o recebimento de incentivos financeiros*: sim;
 - *Avaliação geral da usabilidade/uso para comparar os relatórios públicos entre as ESFs*: alta a nível estadual e municipal;
 - *Avaliação geral da usabilidade/uso para relatórios públicos ao nível das áreas geográficas*: alta a nível estadual e municipal.
- Coleta dos dados:
 - *Disponível para coletar sem encargos excessivos*: sim;
 - *Viável de ser mensurado no contexto da atenção primária brasileira*: sim;
 - *Avaliação geral sobre a viabilidade de coleta dos dados*: altamente recomendado.

Pontos fortes

Demanda pequeno tempo para coleta.

Pontos fracos

Nenhum.

Recomendações para fortalecimento do indicador

Ser solicitado pela equipe de gestão municipal o registro das avaliações das atividades desenvolvidas pela ESF.

Nome do indicador	Coordenação da equipe de enfermagem na atenção ao idoso.
Definição	Totalidade de respostas indicando que o enfermeiro “sempre” coordena o trabalho da equipe de enfermagem (técnico/auxiliar de enfermagem) direcionado aos idosos.
Interpretação	Mensura a coordenação, pelo enfermeiro, das atividades direcionadas aos idosos desenvolvidas pela equipe de enfermagem.
Justificativa	A coordenação das atividades da equipe de enfermagem pode favorecer a melhoria da assistência em saúde. Considerando a diversidade de ações, o critério-resumo da medida na investigação do acompanhamento pelo enfermeiro será: o encaminhamento dos idosos aos serviços de saúde bucal pela equipe de enfermagem (MINAS GERAIS, 2006).
Dimensão	Gerência.
Subdimensão	Todas as dimensões.
Método de cálculo <i>Numerador</i> <i>Denominador</i>	$\frac{\text{Número de respostas “sempre”}}{\text{Número total de respostas}} \times 100$
Fonte de dados	Questionário direcionado ao técnico/auxiliar de enfermagem.
Valor de referência	100% de respostas ‘sempre’.
Referências	BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 2.488 de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Diário Oficial da União, Brasília, DF, Seção 1, 24 out. 2011. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html>. Acesso em: 30 jul. 2014. _____. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Envelhecimento e saúde da pessoa idosa. Brasília, DF: Editora MS, 2006. (Caderno de Atenção Básica: 19). 192p. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/envelhecimento_saude_pessoa_idosa_n19.pdf>. Acesso em: 04 mai. 2015. _____. Vigilância em Saúde: Dengue, Esquistossomose, Hanseníase, Malária, Tracoma e Tuberculose. 2. ed. rev. Brasília, DF: Editora MS, 2008. (Cadernos de Atenção Básica: 21). 195p. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/cadernos_ab/abcad21.pdf>. Acesso em: 10 ago. 2015. MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. Linha-guia de hipertensão arterial sistêmica, diabetes mellitus e

	doença renal crônica. Belo Horizonte: SAS/MG, 2013. 203p. Disponível em:<http://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/guia_de_hipertensao.pdf>. Acesso em: 04 mai. 2015. _____. Secretaria de Estado de Saúde. Atenção a saúde do idoso. Belo Horizonte: SAS/MG, 2006. 186 p. Disponível em:<http://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/LinhaGuiaSaudeIdoso.pdf>. Acesso em: 04 mai. 2015.
Limitação	Dado autorreferido.
Observações	• Número de respostas em que se indica “sempre” para a seguinte questão: “Com que frequência o enfermeiro(a) acompanha os encaminhamentos que você realiza aos idosos para os serviços de saúde bucal?”; • Sempre significa que o enfermeiro realiza a coordenação a acima de 75% das vezes; • Observar ferramenta de coleta.

Questões adicionais a considerar

- *Validade de face:* apropriada;
- *Validade de conteúdo:* 1,0;
- *Terminologia:* adequada;
- *Necessidade:* sim.

Análises empíricas

- Gestão:
 - *Útil para qualidade da assistência de enfermagem:* sim;
 - *Útil para o recebimento de incentivos financeiros:* não a nível estadual e sim para municipal;
 - *Avaliação geral da usabilidade/uso para comparar os relatórios públicos entre as ESFs:* alta a nível estadual e municipal;
 - *Avaliação geral da usabilidade/uso para relatórios públicos ao nível das áreas geográficas:* alta a nível estadual e municipal.
- Coleta dos dados:
 - *Disponível para coletar sem encargos excessivos:* sim;
 - *Viável de ser mensurado no contexto da atenção primária brasileira:* sim;
 - *Avaliação geral sobre a viabilidade de coleta dos dados:* altamente recomendado.

Pontos fortes

Demanda pequeno tempo para coleta.

Pontos fracos

Número de resposta pequeno considerando cada ESF ter apenas um técnico de enfermagem.

Recomendações para fortalecimento do indicador

Este indicador é apropriado para o contexto local mediante o questionário ao único técnico de enfermagem, mas tem utilidade ao agregar várias equipes,

obtendo-se o percentual de técnicos que respondem “sempre”.

Nome do indicador	Coordenação dos agentes comunitários de saúde na atenção ao idoso.
Definição	Totalidade de respostas indicando que o enfermeiro “sempre” coordena o trabalho dos agentes comunitários de saúde (ACS) direcionado aos idosos.
Interpretação	Mensura a coordenação, pelo enfermeiro, das atividades direcionadas aos idosos desenvolvidas pelos ACS.
Justificativa	A coordenação das atividades do ACS pode favorecer a melhoria da assistência em saúde. Considerando a diversidade de ações, o critério-resumo da medida na investigação do acompanhamento pelo enfermeiro será: a identificação do cuidador do idoso pelo ACS (BRASIL, 2009; 2006).
Dimensão	Gerência.
Subdimensão	Todas as dimensões.
Método de cálculo <i>Numerador</i> <i>Denominador</i>	$\frac{\text{Número de respostas “sempre”}}{\text{Número total de respostas}} \times 100$
Fonte de dados	Questionário direcionado ao ACS.
Valor de referência	100% de respostas ‘sempre’.
Referências	BRASIL. Ministério da Saúde. Guia prático do agente comunitário de saúde. Brasília, DF: Editora MS, 2009. Disponível em:<http://dab.saude.gov.br/docs/publicacoes/geral/guia_acs.pdf>. Acesso em: 26 nov. 2015. _____. Portaria n. 2.488 de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Diário Oficial da União, Brasília, DF, Seção 1, 24 out. 2011. Disponível em:<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html>. Acesso em: 30 jul. 2014. _____. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Envelhecimento e saúde da pessoa idosa. Brasília, DF: Editora MS, 2006. (Caderno de Atenção Básica: 19). 192p. Disponível em:<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/envelhecimento_saude_pessoa_idosa_n19.pdf>. Acesso em: 04 mai. 2015. _____. Vigilância em Saúde: Dengue, Esquistossomose, Hanseníase, Malária, Tracoma e Tuberculose. 2. ed. rev. Brasília, DF: Editora MS, 2008. (Cadernos de Atenção Básica: 21). 195p. Disponível em:<http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/cadernos_ab/>.

	abcad21.pdf>. Acesso em: 10 ago. 2015. MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. Linha-guia de hipertensão arterial sistêmica, diabetes mellitus e doença renal crônica. Belo Horizonte: SAS/MG, 2013. 203p. Disponível em:<http://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/guia_de_hipertensao.pdf>. Acesso em: 04 mai. 2015.
Limitação	Dado autorreferido.
Observações	• Número de respostas em que se indica “sempre” para a seguinte questão: “Com que frequência o enfermeiro(a) investiga, nas visitas que você faz ao idoso, a existência do cuidador?”; • Sempre significa que o enfermeiro realiza a coordenação a acima de 75% das vezes; • Observar ferramenta de coleta.

Questões adicionais a considerar

- *Validade de face*: apropriada;
- *Validade de conteúdo*: 0,89;
- *Terminologia*: adequada;
- *Necessidade*: sim.

Análises empíricas

- Gestão:
 - *Útil para qualidade da assistência de enfermagem*: sim;
 - *Útil para o recebimento de incentivos financeiros*: não a nível estadual e sim para municipal;
 - *Avaliação geral da usabilidade/uso para comparar os relatórios públicos entre as ESFs*: alta a nível estadual e municipal;
 - *Avaliação geral da usabilidade/uso para relatórios públicos ao nível das áreas geográficas*: alta a nível estadual e municipal.
- Coleta dos dados:
 - *Disponível para coletar sem encargos excessivos*: sim;
 - *Viável de ser mensurado no contexto da atenção primária brasileira*: sim;
 - *Avaliação geral sobre a viabilidade de coleta dos dados*: altamente recomendado.

Pontos fortes

Demanda pequeno tempo para coleta.

Pontos fracos

Nenhum.

Recomendações para fortalecimento do indicador

Sem recomendações.

Nome do indicador	Cobertura da consulta de enfermagem ao idoso.
Definição	Percentual de consultas realizadas pelo enfermeiro aos idosos adstritos na área.
Interpretação	Mensura a realização de consultas de enfermagem aos idosos adstritos na área.
Justificativa	A consulta de enfermagem direcionada ao idoso em geral possibilita a identificação precoce de problemas de saúde comuns a esta população favorecendo a intervenção. É uma atividade privativa do enfermeiro para identificar situações de saúde/doença, bem como prescrever e implementar medidas de enfermagem visando a promoção, prevenção, proteção da saúde, recuperação e reabilitação do usuário, família e comunidade (COFEN, 1993).
Dimensão	Cuidado.
Subdimensão	Acesso.
Método de cálculo <i>Numerador</i> <i>Denominador</i>	$\frac{\text{Número de idosos consultados}}{\text{Número de idosos adstritos no último ano}} \times 100$
Fonte de dados	Controle da população adstrita e relatórios informatizados.
Valor de referência	
Referências	AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. Plano Integrado para a Gestão Sanitária da Segurança do Paciente em Serviços de Saúde - Monitoramento e Investigação de Eventos Adversos e Avaliação de Práticas de Segurança do Paciente. DF: Editora MS, 2015. Disponível em: <http://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/index.php/legislacao/item/plano-integrado-para-a-gestao-sanitaria-da-seguranca-do-paciente-em-servicos-de-saude>. Acesso em: 27 dez. 2016. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Envelhecimento e saúde da pessoa idosa. Brasília, DF: Editora MS, 2006. (Caderno de Atenção Básica: 19). 192p. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/envelhecimento_saude_pessoa_idosa_n19.pdf>. Acesso em: 04 mai. 2015. CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). Resolução nº159 de 19 de abril de 1993. Dispõe sobre a consulta de enfermagem. Disponível em: <http://novo.portalcofen.gov.br/resoluco-cofen-1591993_4241.html>. Acesso em: 25 jun. 2014. ESPANHA. Ministerio de Sanidad y Consumo. Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud. Construcción y validación de indicadores de buenas prácticas sobre

	seguridad del paciente. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2008. Disponível em: <http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/construccionValidacionIndicadoresSeguridadPaciente.pdf>. Acesso em: 15 nov. 2014. GAMA, Z.A.S. et al. Desenvolvimento e validação de indicadores de boas práticas de segurança do paciente: Projeto ISEP-Brasil. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v.32, n.9, e00026215, 2016. MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. Atenção a saúde do idoso. Belo Horizonte: SAS/MG, 2006. 186p. Disponível em: <http://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/LinhaGuiaSaudeIdoso.pdf>. Acesso em: 04 mai. 2015.
Limitações	Problemas na estimativa da população-alvo e qualidade do registro.
Observação	• Observar ferramenta de coleta; utilizar amostra de 17 casos conforme a <i>lot quality assurance sampling</i> (LQAS) baseada em estudos no nível terciário devido a ausência deste método na atenção primária. O número de decisão para aceitar a conformidade do indicador é 12, considerando um padrão de qualidade de 85% e um limiar de 55% (AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA, 2015; ESPANHA, 2008; GAMA et al., 2016).

Questões adicionais a considerar

- *Validade de face:* apropriada;
- *Validade de conteúdo:* 1,0;
- *Terminologia:* adequada;
- *Necessidade:* sim.

Análises empíricas

- Gestão:
 - *Útil para qualidade da assistência de enfermagem:* sim;
 - *Útil para o recebimento de incentivos financeiros:* não a nível estadual e sim para municipal;
 - *Avaliação geral da usabilidade/uso para comparar os relatórios públicos entre as ESFs:* alta a nível estadual e municipal;
 - *Avaliação geral da usabilidade/uso para relatórios públicos ao nível das áreas geográficas:* alta a nível estadual e municipal.
- Coleta dos dados:
 - *Disponível para coletar sem encargos excessivos:* sim;
 - *Viável de ser mensurado no contexto da atenção primária brasileira:* sim;
 - *Avaliação geral sobre a viabilidade de coleta dos dados:* altamente recomendado.

Pontos fortes

Demanda pouco tempo para coleta por ser coletado via sistema informatizado.

Pontos fracos

- *Dificuldades relacionadas à coleta dos dados:* Dispor de uma lista organizada com o número do prontuário de todos os idosos.

Recomendações para fortalecimento do indicador

Ter os dados de cadastro dos idosos informatizados sendo possível obter a lista de idosos adstritos por meio de relatórios.

Nome do indicador	Avaliação do idoso na consulta de enfermagem.
Definição	Percentual de consultas ao idoso realizadas pelo enfermeiro contendo a avaliação multidimensional rápida.
Interpretação	Mensura a realização da avaliação multidimensional rápida nas consultas ao idoso realizadas pelo enfermeiro.
Justificativa	A consulta de enfermagem é uma atividade privativa do enfermeiro para identificar situações de saúde/doença, bem como prescrever e implementar medidas de enfermagem visando a promoção, prevenção, proteção da saúde, recuperação e reabilitação do usuário, família e comunidade (COFEN, 1993). Na consulta ao idoso sugere-se que sejam realizados: a avaliação multidimensional rápida (BRASIL, 2006a), os exames da cavidade oral e superfície corporal (BRASIL, 2012; 2009; 2005) e avaliação da alimentação e peso (BRASIL, 2006b). Para este indicador, será considerado o critério-resumo a avaliação multidimensional rápida, pois possibilita o rastreo de diversos problemas de saúde comuns a esta população favorecendo a intervenção.
Dimensão	Cuidado.
Subdimensão	Adequação.
Método de cálculo <i>Numerador</i> <i>Denominador</i>	$\frac{\text{Número de idosos consultados com avaliação multidimensional rápida}}{\text{Número de idosos consultados no último ano}} \times 100$
Fonte de dados	Relatórios informatizados e consulta aos prontuários dos idosos.
Valor de referência	Deve ser realizada a avaliação multidimensional rápida anualmente.
Referências	AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. Plano Integrado para a Gestão Sanitária da Segurança do Paciente em Serviços de Saúde - Monitoramento e Investigação de Eventos Adversos e Avaliação de Práticas de Segurança do Paciente. DF: Editora MS, 2015. Disponível em:<http://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/index.php/legislacao/item/plano-integrado-para-a-gestao-sanitaria-da-seguranca-do-paciente-em-servicos-de-saude>. Acesso em: 27 dez. 2016. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Autoavaliação para a Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica: AMAQ. Brasília, DF: Editora MS, 2012. 134p. Disponível em:<http://189.28.128.100/dab/docs/sistemas/pmaq/amaq.pdf>. Acesso em: 03 ago. 2015. _____. Avaliação para melhoria da qualidade da

estratégia saúde da família. Brasília, DF: Editora MS, 2005. 107p. Disponível em:<http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/doc_tec_amq_portugues.pdf>. Acesso em: 03 ago. 2015.

_____. **Avaliação para a melhoria da qualidade:** Caderno de Auto-Avaliação nº5: Equipe Saúde da Família: Parte 2. 3. ed. Brasília, DF: Editora MS, 2009. 110p. Disponível em:<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_avaliativo_5_final.pdf>. Acesso em: 07 ago. 2015.

_____. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa.** Brasília, DF: Editora MS, 2006a. (Caderno de Atenção Básica: 19). 192p. Disponível em:<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/envelhecimento_saude_pessoa_idosa_n19.pdf>. Acesso em: 04 mai. 2015.

_____. **Obesidade.** Brasília, DF: Editora MS, 2006b. (Cadernos de Atenção Básica: 12). Disponível em:<http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/cadernos_ab/abcad12.pdf>. Acesso em: 10 ago. 2015.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). **Resolução n. 358 de 15 de outubro de 2009.** Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem, e dá outras providências. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-3582009_4384.html>. Acesso: 12 Nov 2015.

_____. **Resolução n. 159 de 19 de abril de 1993.** Dispõe sobre a consulta de enfermagem. Disponível em: <http://novo.portalcofen.gov.br/resolucao-cofen-1591993_4241.html>. Acesso em: 25 jun. 2014.

ESPANHA. Ministerio de Sanidad y Consumo. Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud. **Construcción y validación de indicadores de buenas prácticas sobre seguridad del paciente.** Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2008. Disponível em:<<http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/construccionValidacionIndicadoresSeguridadPaciente.pdf>>. Acesso em: 15 nov 2014.

GAMA, Z.A.S. et al. Desenvolvimento e validação de indicadores de boas práticas de segurança do paciente: Projeto ISEP-Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.32, n.9, e00026215, 2016.

	MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. Atenção a saúde do idoso . Belo Horizonte: SAS/MG, 2006. 186p. Disponível em:< http://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/LinhaGuiaSaudeIdoso.pdf >. Acesso em: 04 mai. 2015.
Limitações	Problemas na estimativa da população-alvo e qualidade do registro.
Observações	• A avaliação multidimensional rápida contempla as seguintes áreas: nutrição, visão, audição, incontinência, atividade sexual, humor/depressão, cognição/memória, função dos membros superiores e inferiores, atividades diárias, domicílio, queda e suporte social (BRASIL, 2006a); • Observar ferramenta de coleta; utilizar amostra de 17 casos conforme a <i>lot quality assurance sampling</i> (LQAS) baseada em estudos no nível terciário devido a ausência deste método na atenção primária. O número de decisão para aceitar a conformidade do indicador é 12, considerando um padrão de qualidade de 85% e um limiar de 55% (AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA, 2015; ESPANHA, 2008; GAMA et al., 2016).

Questões adicionais a considerar

- *Validade de face*: apropriada;
- *Validade de conteúdo*: 1,0;
- *Terminologia*: adequada;
- *Necessidade*: sim.

Análises empíricas

- Gestão:
 - *Útil para qualidade da assistência de enfermagem*: sim;
 - *Útil para o recebimento de incentivos financeiros*: sim;
 - *Avaliação geral da usabilidade/uso para comparar os relatórios públicos entre as ESFs*: alta a nível estadual e municipal;
 - *Avaliação geral da usabilidade/uso para relatórios públicos ao nível das áreas geográficas*: alta a nível estadual e municipal.
- Coleta dos dados:
 - *Disponível para coletar sem encargos excessivos*: sim;
 - *Viável de ser mensurado no contexto da atenção primária brasileira*: sim;
 - *Avaliação geral sobre a viabilidade de coleta dos dados*: altamente recomendado.

Pontos fortes

Este indicador representa a adequação da consulta de enfermagem, não somente sua cobertura.

Pontos fracos

- *Dificuldades relacionadas à coleta dos dados:* Dispor de uma lista organizada com o número do prontuário e endereço de todos os idosos; analisar cada consulta de enfermagem, porém devido o pequeno número de anotações do enfermeiro, o encargo não é excessivo.

Recomendações para fortalecimento do indicador

Sensibilizar o enfermeiro para a anotação de enfermagem de forma completa.

Nome do indicador	Cobertura da consulta para rastreamento de diabetes mellitus.
Definição	Percentual de idosos rastreados para diabetes mellitus pelo enfermeiro.
Interpretação	Mensura o rastreamento do idoso para diabetes mellitus pelo enfermeiro.
Justificativa	A consulta de enfermagem é uma atividade privativa do enfermeiro para identificar situações de saúde/doença, bem como prescrever e implementar medidas de enfermagem visando a promoção, prevenção, proteção da saúde, recuperação e reabilitação do usuário, família e comunidade (COFEN, 1993). Segundo a <i>American Diabetes Association</i> devem ser rastreados para o diabetes mellitus todos os indivíduos com 45 anos e mais (BRASIL, 2013). As consultas de rastreio devem conter: o histórico, o exame físico e a solicitação de exames (BRASIL, 2013). O critério-resumo deste indicador será a solicitação de exames laboratoriais considerando que os indivíduos com fatores de risco para o diabetes mellitus deverão ser encaminhados para consulta de rastreamento; nesta deverá ser solicitado o exame de glicemia e realizado encaminhado para estabelecimento do diagnóstico (BRASIL, 2013).
Dimensão	Cuidado.
Subdimensão	Adequação.
Método de cálculo <i>Numerador</i> <i>Denominador</i>	$\frac{\text{Número de idosos consultados com solicitação de exames para rastreio de diabetes mellitus}}{\text{Número idosos sem diabetes mellitus no último ano}} \times 100$
Fonte de dados	Dados do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB)/Hiperdia/e-SUS e prontuário dos idosos rastreados para o diabetes mellitus.
Valor de referência	Será considerado rastreio adequado conforme as recomendações a seguir: • Não existem evidências para a frequência do rastreamento ideal; segundo a <i>American Diabetes Association</i> (2013) os resultados negativos podem ser testados a cada três anos [Grau de Recomendação E] (BRASIL, 2013).
Referências	AMERICAN DIABETES ASSOCIATION (ADA). Standards of Medical Care in Diabetes 2013. Diabetes Care, v.36, suppl.1, p.s11-66, 2013. AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. Plano Integrado para a Gestão Sanitária da Segurança do Paciente em Serviços de Saúde - Monitoramento e Investigação de Eventos Adversos e Avaliação de Práticas de Segurança do Paciente. DF: Editora MS, 2015. Disponível em: <http://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/index.php/legislacao/item/plano-integrado-para-a-gestao-sanitaria-

	da-seguranca-do-paciente-em-servicos-de-saude>. Acesso em: 27 dez. 2016. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: diabetes mellitus. Brasília, DF: Editora MS, 2013. (Cadernos de Atenção Básica: 36) 160p. Disponível em:<http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/caderno_36.pdf>. Acesso em: 26 ago. 2015. CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). Resolução n. 159 de 19 de abril de 1993. Dispõe sobre a consulta de enfermagem. Disponível em: <http://novo.portalfcofen.gov.br/resoluo-cofen-1591993_4241.html>. Acesso em: 25 jun. 2014. ESPANHA. Ministerio de Sanidad y Consumo. Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud. Construcción y validación de indicadores de buenas prácticas sobre seguridad del paciente. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2008. Disponível em:<http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/construccionValidacionIndicadoresSeguridadPaciente.pdf>. Acesso em: 15 nov 2014. GAMA, Z. A. S. et al. Desenvolvimento e validação de indicadores de boas práticas de segurança do paciente: Projeto ISEP-Brasil. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 32, n. 9, e00026215, 2016.
Limitações	Problemas na estimativa da população-alvo e limitações da qualidade do registro.
Observação	• Observar ferramenta de coleta; utilizar amostra de 17 casos conforme a <i>lot quality assurance sampling</i> (LQAS) baseada em estudos no nível terciário devido a ausência deste método na atenção primária. O número de decisão para aceitar a conformidade do indicador é 12, considerando um padrão de qualidade de 85% e um limiar de 55% (AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA, 2015; ESPANHA, 2008; GAMA et al., 2016).

Questões adicionais a considerar

- *Validade de face*: apropriada;
- *Validade de conteúdo*: 1,0;
- *Terminologia*: adequada;
- *Necessidade*: sim.

Análises empíricas

- Gestão:

- *Útil para qualidade da assistência de enfermagem:* sim;
 - *Útil para o recebimento de incentivos financeiros:* sim;
 - *Avaliação geral da usabilidade/uso para comparar os relatórios públicos entre as ESFs:* alta a nível estadual e municipal;
 - *Avaliação geral da usabilidade/uso para relatórios públicos ao nível das áreas geográficas:* alta a nível estadual e municipal.
- Coleta dos dados:
 - *Disponível para coletar sem encargos excessivos:* sim;
 - *Viável de ser mensurado no contexto da atenção primária brasileira:* sim;
 - *Avaliação geral sobre a viabilidade de coleta dos dados:* altamente recomendado.

Pontos fortes

Este indicador representa a adequação da consulta de enfermagem, não somente sua cobertura.

Pontos fracos

- *Dificuldades relacionadas à coleta dos dados:* Dispor de uma lista organizada com o número do prontuário e endereço de todos os idosos; analisar cada consulta de enfermagem, porém devido o pequeno número de anotações do enfermeiro, o encargo não é excessivo.

Recomendações para fortalecimento do indicador

Sensibilizar o enfermeiro para a anotação de enfermagem de forma completa.

Nome do indicador	Cobertura da consulta de enfermagem ginecológica.
Definição	Percentual de consultas de enfermagem ginecológica a idosa com 60 a 69 anos.
Interpretação	Mensura a realização de consultas de enfermagem ginecológica a idosa com 60 a 69 anos.
Justificativa	A consulta de enfermagem é uma atividade privativa do enfermeiro para identificar situações de saúde/doença, bem como prescrever e implementar medidas de enfermagem visando a promoção, prevenção, proteção da saúde, recuperação e reabilitação do usuário, família e comunidade (COFEN, 1993). A consulta de enfermagem ginecológica possibilita identificar o acompanhamento desta população favorecendo a identificação precoce de problemas ginecológicos. Mulheres de 50 a 69 anos devem realizar o exame clínico das mamas anualmente (BRASIL, 2010a) justificando a consulta anual.
Dimensão	Cuidado.
Subdimensão	Adequação.
Método de cálculo <i>Numerador</i> <i>Denominador</i>	$\frac{\text{Número de mulheres de 60 a 69 anos que realizaram consulta ginecológica de enfermagem}}{\text{Número de mulheres de 60 a 69 anos no último ano}} \times 100$
Fonte de dados	Controle da população de mulheres de 60 a 69 anos adstrita e relatórios informatizados.
Valor de referência	A rotina preconizada no rastreamento é a cada três anos, após dois exames normais consecutivos no intervalo de um ano (BRASIL, 2010a).
Referências	AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. Plano Integrado para a Gestão Sanitária da Segurança do Paciente em Serviços de Saúde - Monitoramento e Investigação de Eventos Adversos e Avaliação de Práticas de Segurança do Paciente. DF: Editora MS, 2015. Disponível em: <http://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/index.php/legislacao/item/plano-integrado-para-a-gestao-sanitaria-da-seguranca-do-paciente-em-servicos-de-saude>. Acesso em: 27 dez. 2016. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Controle dos cânceres do colo do útero e da mama. Brasília, DF: Editora MS, 2013. (Cadernos de Atenção Básica: 13) 124p. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/ca13.pdf>. Acesso em: 26 ago. 2015. _____. Instrumento de Avaliação Externa para as Equipes de Atenção Básica – saúde da família e equipe parametrizada. Brasília, DF: Editora MS, 2013. 128p. Disponível em:

	<http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/instrumento_ae_sfp.pdf>. Acesso em: 03 ago. 2015. _____. Rastreamento. Brasília, DF: Editora MS, 2010a. (Cadernos de Atenção Primária: 29). 95p. Disponível em:<http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/cadernos_ab/abcad29.pdf>. Acesso em: 07 ago. 2015. _____. Saúde sexual e saúde reprodutiva. Brasília, DF: Editora MS, 2010b. (Cadernos de Atenção Básica: 26). 300p. Disponível em:<http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/cadernos_ab/abcad26.pdf>. Acesso em: 07 ago. 2015. ESPANHA. Ministerio de Sanidad y Consumo. Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud. Construcción y validación de indicadores de buenas prácticas sobre seguridad del paciente. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2008. Disponível em:<http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/construccionValidacionIndicadoresSeguridadPaciente.pdf>. Acesso em: 15 nov. 2014. GAMA, Z. A. S. et al. Desenvolvimento e validação de indicadores de boas práticas de segurança do paciente: Projeto ISEP-Brasil. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 32, n. 9, e00026215, 2016.
Limitações	Problemas na estimativa da população-alvo e limitações da qualidade do registro.
Observações	• Recomenda-se contra o rastreamento de rotina de câncer do colo do útero em mulheres maiores de 65 anos que tiveram um rastreamento com Papanicolau normal e que não fazem parte de grupo de alto risco para esse câncer (se últimos exames estiverem normais) [Grau de recomendação D] (BRASIL, 2010a; 2010b). • Observar ferramenta de coleta; utilizar amostra de 17 casos conforme a <i>lot quality assurance sampling</i> (LQAS) baseada em estudos no nível terciário devido a ausência deste método na atenção primária. O número de decisão para aceitar a conformidade do indicador é 12, considerando um padrão de qualidade de 85% e um limiar de 55% (AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA, 2015; ESPANHA, 2008; GAMA et al., 2016).

Questões adicionais a considerar

- *Validade de face*: apropriada;
- *Validade de conteúdo*: 1,0;
- *Terminologia*: adequada;

- *Necessidade*: sim.

Análises empíricas

- Gestão:
 - *Útil para qualidade da assistência de enfermagem*: sim;
 - *Útil para o recebimento de incentivos financeiros*: não a nível estadual e sim para municipal;
 - *Avaliação geral da usabilidade/uso para comparar os relatórios públicos entre as ESFs*: intermediária a nível estadual e alta para municipal;
 - *Avaliação geral da usabilidade/uso para relatórios públicos ao nível das áreas geográficas*: intermediária a nível estadual e alta para municipal.
- Coleta dos dados:
 - *Disponível para coletar sem encargos excessivos*: sim;
 - *Viável de ser mensurado no contexto da atenção primária brasileira*: sim;
 - *Avaliação geral sobre a viabilidade de coleta dos dados*: altamente recomendado.

Pontos fortes

Demanda pouco tempo de coleta devido registro no sistema informatizado.

Pontos fracos

- *Dificuldades relacionadas à coleta dos dados*: Dispor de uma lista organizada com o número do prontuário, data de nascimento e endereço de todas as idosas; ausência de registro da consulta no sistema;
- A consulta ginecológica realizada pelo médico subestima este indicador para a enfermagem.

Recomendações para fortalecimento do indicador

Solicitação e acompanhamento do registro a consulta no sistema pela equipe de gestão da atenção primária.

Nome do indicador	Avaliação da idosa na consulta de enfermagem ginecológica.
Definição	Percentual de consultas de enfermagem ginecológica às idosas com 60 a 69 anos com exame clínico das mamas.
Interpretação	Mensura a realização do exame clínico das mamas nas consultas de enfermagem ginecológica às idosas com 60 a 69 anos.
Justificativa	A consulta de enfermagem é uma atividade privativa do enfermeiro para identificar situações de saúde/doença, bem como prescrever e implementar medidas de enfermagem visando a promoção, prevenção, proteção da saúde, recuperação e reabilitação do usuário, família e comunidade (COFEN, 1993). Na consulta de enfermagem ginecológica deve ser avaliada a história clínica, realizado o preenchimento dos dados nos formulários para requisição de exame citopatológico, o exame clínico das mamas e o exame citopatológico (BRASIL, 2013a). O critério-resumo deste indicador será o exame clínico das mamas devido a maior incidência e maior mortalidade do câncer de mama na população feminina em todo o mundo (INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER, 2015); este exame deve ser realizado anualmente entre as mulheres de 50 a 69 anos como uma das medidas de rastreio (BRASIL, 2013b).
Dimensão	Cuidado.
Subdimensão	Adequação.
Método de cálculo <i>Numerador</i> <i>Denominador</i>	$\frac{\text{Número de mulheres de 60 a 69 anos consultadas que realizaram exame clínico das mamas}}{\text{Número de mulheres de 60 a 69 anos que realizaram consulta ginecológica de enfermagem no último ano}} \times 100$
Fonte de dados	Consulta aos prontuários e caderno de exames citológicos em determinado período de tempo.
Valor de referência	
Referências	AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. Plano Integrado para a Gestão Sanitária da Segurança do Paciente em Serviços de Saúde - Monitoramento e Investigação de Eventos Adversos e Avaliação de Práticas de Segurança do Paciente. DF: Editora MS, 2015. Disponível em: <http://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/index.php/legislacao/item/plano-integrado-para-a-gestao-sanitaria-da-seguranca-do-paciente-em-servicos-de-saude>. Acesso em: 27 dez. 2016. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Controle dos cânceres do colo do útero e da mama. Brasília, DF: Editora MS, 2013a. (Cadernos de Atenção Básica: 13) 124p. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/ca_b13.pdf>. Acesso em: 26 ago. 2015.

	_____. Rastreamento. Brasília, DF: Editora MS, 2010b. (Cadernos de Atenção Primária: 29). 95p. Disponível em:<http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/cadernos_ab/abcad29.pdf>. Acesso em: 07 ago. 2015. _____. Saúde sexual e saúde reprodutiva. Brasília, DF: Editora MS, 2010c. (Cadernos de Atenção Básica: 26). 300p. Disponível em:<http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/cadernos_ab/abcad26.pdf>. Acesso em: 07 ago. 2015. _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Instrumento de Avaliação Externa para as Equipes de Atenção Básica – saúde da família e equipe parametrizada. Brasília, DF: Editora MS, 2013. 128p. Disponível em:<http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/instrumento_ae_sfp.pdf>. Acesso em: 03 ago. 2015. CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). Resolução n. 159 de 19 de abril de 1993. Dispõe sobre a consulta de enfermagem. Disponível em:<http://novo.portalcofen.gov.br/resoluo-cofen-1591993_4241.html>. Acesso em: 25 jun. 2014. ESPANHA. Ministerio de Sanidad y Consumo. Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud. Construcción y validación de indicadores de buenas prácticas sobre seguridad del paciente. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2008. Disponível em:<http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/construccionValidacionIndicadoresSeguridadPaciente.pdf>. Acesso em: 15 nov. 2014. GAMA, Z. A. S. et al. Desenvolvimento e validação de indicadores de boas práticas de segurança do paciente: Projeto ISEP-Brasil. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 32, n. 9, e00026215, 2016. INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER José Alencar Gomes da Silva. Coordenação de Prevenção e Vigilância. Estimativa 2016 - incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA, 2015. 122p. Disponível em:<http://www.inca.gov.br/estimativa/2016/estimativa-2016-v11.pdf>. Acesso em: 15 nov. 2015.
Limitações	Problemas na estimativa da população-alvo e limitações da qualidade do registro.
Observações	• Recomenda-se contra o rastreamento de rotina de câncer do colo do útero em mulheres maiores de 65

	anos que tiveram um rastreamento com Papanicolau normal e que não fazem parte de grupo de alto risco para esse câncer (se últimos exames estiverem normais) [Grau de recomendação D] (BRASIL, 2010a; 2010b); • Observar ferramenta de coleta; utilizar amostra de 17 casos conforme a <i>lot quality assurance sampling</i> (LQAS) baseada em estudos no nível terciário devido a ausência deste método na atenção primária. O número de decisão para aceitar a conformidade do indicador é 12, considerando um padrão de qualidade de 85% e um limiar de 55% (AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA, 2015; ESPANHA, 2008; GAMA et al., 2016).

Questões adicionais a considerar

- *Validade de face*: apropriada;
- *Validade de conteúdo*: 1,0;
- *Terminologia*: adequada;
- *Necessidade*: sim.

Análises empíricas

- Gestão:
 - *Útil para qualidade da assistência de enfermagem*: sim;
 - *Útil para o recebimento de incentivos financeiros*: não a nível estadual e sim para municipal;
 - *Avaliação geral da usabilidade/uso para comparar os relatórios públicos entre as ESFs*: intermediária a nível estadual e alta para municipal;
 - *Avaliação geral da usabilidade/uso para relatórios públicos ao nível das áreas geográficas*: intermediária a nível estadual e alta para municipal.
- Coleta dos dados:
 - *Disponível para coletar sem encargos excessivos*: sim;
 - *Viável de ser mensurado no contexto da atenção primária brasileira*: sim;
 - *Avaliação geral sobre a viabilidade de coleta dos dados*: altamente recomendado.

Pontos fortes

Este indicador representa a adequação da consulta de enfermagem, não somente sua cobertura.

Pontos fracos

- *Dificuldades relacionadas à coleta dos dados*: Dispor de uma lista organizada com o número do prontuário e endereço de todas as idosas; analisar cada consulta de enfermagem, porém devido o pequeno número de anotações do enfermeiro e qualidade do registro, o encargo não é excessivo;
- A consulta ginecológica realizada pelo médico subestima este indicador para a enfermagem.

Recomendações para fortalecimento do indicador

Sensibilizar o enfermeiro para a anotação de enfermagem de forma completa e a população-alvo para o exame das mamas.

Nome do indicador	Vacinação adequada ao idoso.
Definição	Percentual de idosos vacinados para influenza, tétano, pneumococo (se necessário).
Interpretação	Mensura o percentual de idosos vacinados conforme calendário nacional.
Justificativa	A imunização faz parte dos programas de prevenção e promoção da saúde do idoso estando diretamente relacionada com a melhor qualidade e expectativa de vida (SOCIEDADE BRASILEIRA DE GERIATRIA E GERONTOLOGIA; SOCIEDADE BRASILEIRA DE IMUNIZAÇÕES, 2014).
Dimensão	Cuidado.
Subdimensão	Adequação.
Método de cálculo <i>Numerador</i> <i>Denominador</i>	$\frac{\text{Número de idosos com cartão vacinal adequado}}{\text{Número total de idosos da área adstrita no último ano}} \times 100^*$ *Adaptado de Brasil (2012).
Fonte de dados	Controle da população adstrita e Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunização.
Valor de referência	Será considerado como cartão vacinal adequado o cartão de vacina que estiver com atualizado (em dia) sendo: dupla adulto a cada 10 anos (BRASIL, 2014); influenza anual; pneumococo VPP23 para grupos de risco (sendo a segunda dose cinco anos após a primeira dose) (SOCIEDADE BRASILEIRA DE IMUNIZAÇÕES, 2015).
Referências	AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. Plano Integrado para a Gestão Sanitária da Segurança do Paciente em Serviços de Saúde - Monitoramento e Investigação de Eventos Adversos e Avaliação de Práticas de Segurança do Paciente. DF: Editora MS, 2015. Disponível em: <http://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/index.php/legislacao/item/plano-integrado-para-a-gestao-sanitaria-da-seguranca-do-paciente-em-servicos-de-saude>. Acesso em: 27 dez. 2016. BRASIL. Ministério da Saúde. Programa nacional de melhoria do acesso e da qualidade da atenção básica (PMAQ): manual instrutivo: anexo: ficha de qualificação dos indicadores. Brasília, DF: Editora MS, 2012. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/sistemas/Pmaq/manual_instrutivo_pmaq_site_anexo.pdf>. Acesso em: 31 ago. 2015. _____. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. Manual de Normas e Procedimentos para Vacinação. Brasília, DF: Editora MS, 2014a. 176p. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_procedimentos_vacinacao.pdf>. Acesso em: 17 nov. 2015.

	_____. Manual dos Centros de Referência para Imunobiológicos Especiais. Brasília, DF: Editora MS, 2014b. 160p. Disponível em:<http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/-01VACINA/manual_crie_.pdf>. Acesso em: 04 Dez 2015. ESPANHA. Ministerio de Sanidad y Consumo. Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud. Construcción y validación de indicadores de buenas prácticas sobre seguridad del paciente. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2008. Disponível em:<http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/construccionValidacionIndicadoresSeguridadPaciente.pdf>. Acesso em: 15 nov. 2014. GAMA, Z. A. S. et al. Desenvolvimento e validação de indicadores de boas práticas de segurança do paciente: Projeto ISEP-Brasil. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 32, n. 9, e00026215, 2016. MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. Atenção a saúde do idoso. Belo Horizonte: SAS/MG, 2006. 186p. Disponível em:<http://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/LinhaGuiaSaudeIdoso.pdf>. Acesso em: 04 mai. 2015. SOCIEDADE BRASILEIRA DE GERIATRIA E GERONTOLOGIA; SOCIEDADE BRASILEIRA DE IMUNIZAÇÕES. Guia de vacinação – geriatria. Disponível em: <http://sbgg.org.br/wp-content/uploads/2014/10/guia-de-vacinas.pdf>. Acesso em: 21 mar. 2016. SOCIEDADE BRASILEIRA DE IMUNIZAÇÕES (SBIm). Calendário de Vacinação do idoso. 2015. Disponível em:<http://www.sbim.org.br/wp-content/uploads/2015/10/calend-sbim-idoso-acima-60-anos-2015-16-150909-spread.pdf>. Acesso em 27 nov. 2015.
Limitações	Problemas na estimativa da população-alvo e limitações da qualidade do registro.
Observações	• Grupos de risco (BRASIL, 2014b): ○ HIV/Aids; asplenia anatômica ou funcional e doenças relacionadas; pneumopatias crônicas, exceto asma intermitente ou persistente leve; asma persistente moderada ou grave; cardiopatias crônicas; nefropatias crônicas/hemodiálise/síndrome nefrótica; transplantados de órgãos sólidos ou de células-tronco hematopoiéticas (medula óssea); imunodeficiência devido ao câncer ou a

	imunodepressão terapêutica; diabetes mellitus; fístula líquórica; fibrose cística (mucoviscidose); doenças neurológicas crônicas incapacitantes; implante de cóclea; trissomias; imunodeficiências congênitas; hepatopatias crônicas; doenças de depósito; ○ Idosos hospitalizados ou residentes em instituições fechadas, como asilos, casas geriátricas e casas de repouso. • Observar ferramenta de coleta; utilizar amostra de 17 casos conforme a <i>lot quality assurance sampling</i> (LQAS) baseada em estudos no nível terciário devido a ausência deste método na atenção primária. O número de decisão para aceitar a conformidade do indicador é 12, considerando um padrão de qualidade de 85% e um limiar de 55% (AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA, 2015; ESPANHA, 2008; GAMA et al., 2016).

Questões adicionais a considerar

- *Validade de face*: apropriada;
- *Validade de conteúdo*: 1,0;
- *Terminologia*: adequada;
- *Necessidade*: sim.

Análises empíricas

- Gestão:
 - *Útil para qualidade da assistência de enfermagem*: sim;
 - *Útil para o recebimento de incentivos financeiros*: não a nível estadual e sim para municipal;
 - *Avaliação geral da usabilidade/uso para comparar os relatórios públicos entre as ESFs*: intermediária a nível estadual e alta para municipal;
 - *Avaliação geral da usabilidade/uso para relatórios públicos ao nível das áreas geográficas*: intermediária a nível estadual e alta para municipal.
- Coleta dos dados:
 - *Disponível para coletar sem encargos excessivos*: sim;
 - *Viável de ser mensurado no contexto da atenção primária brasileira*: sim;
 - *Avaliação geral sobre a viabilidade de coleta dos dados*: altamente recomendado.

Pontos fortes

Demanda pouco tempo de coleta devido ser realizada no Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunização; representa a adequação da consulta de enfermagem, não somente sua cobertura.

Pontos fracos

- *Dificuldades relacionadas à coleta dos dados*: Dispor de uma lista organizada com o número do prontuário, a data de nascimento e o endereço de todos os

idosos; cadastro incompleto, pois não são inseridas todas as vacinas do cartão, apenas as realizadas na unidade.

Recomendações para fortalecimento do indicador

Exigência de completude do cartão espelho pela gestão da atenção primária.

Nome do indicador	Utilização da caderneta do idoso nos atendimentos de enfermagem.
Definição	Percentual de utilização da caderneta do idoso nos atendimentos do enfermeiro.
Interpretação	Mensura o percentual de utilização da caderneta do idoso nos atendimentos do enfermeiro.
Justificativa	O registro do atendimento de enfermagem realizado favorece o acompanhamento das condições de saúde do idoso.
Dimensão	Cuidado.
Subdimensão	Continuidade.
Método de cálculo <i>Numerador</i> <i>Denominador</i>	$\frac{\text{Número de idosos atendidos pelo enfermeiro com anotação na caderneta}}{\text{Número de idosos atendidos pelo enfermeiro em determinado período no último ano}} \times 100$
Fonte de dados	Relatórios informatizados e consulta aos prontuários dos idosos.
Valor de referência	Todos os profissionais devem utilizar a caderneta do idoso em todas as situações de atendimento (BRASIL, 2013).
Referências	AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. Plano Integrado para a Gestão Sanitária da Segurança do Paciente em Serviços de Saúde - Monitoramento e Investigação de Eventos Adversos e Avaliação de Práticas de Segurança do Paciente. DF: Editora MS, 2015. Disponível em: <http://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/index.php/legislacao/item/plano-integrado-para-a-gestao-sanitaria-da-seguranca-do-paciente-em-servicos-de-saude>. Acesso em: 27 dez. 2016. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Autoavaliação para a Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica: AMAQ. Brasília, DF: Editora MS, 2012. 134p. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/sistemas/pmaq/amaq.pdf>. Acesso em: 03 ago. 2015. ESPANHA. Ministerio de Sanidad y Consumo. Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud. Construcción y validación de indicadores de buenas prácticas sobre seguridad del paciente. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2008. Disponível em: <http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/construccionValidacionIndicadoresSeguridadPaciente.pdf>. Acesso em: 15 nov. 2014. GAMA, Z. A. S. et al. Desenvolvimento e validação de indicadores de boas práticas de segurança do paciente: Projeto ISEP-Brasil. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 32, n. 9, e00026215, 2016.

Limitações	Problemas na estimativa da população-alvo e limitações da qualidade do registro.
Observações	• Delimitou-se para este indicador apenas os atendimentos realizados pelo enfermeiro. • Observar ferramenta de coleta; utilizar amostra de 17 casos conforme a <i>lot quality assurance sampling</i> (LQAS) baseada em estudos no nível terciário devido a ausência deste método na atenção primária. O número de decisão para aceitar a conformidade do indicador é 12, considerando um padrão de qualidade de 85% e um limiar de 55% (AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA, 2015; ESPANHA, 2008; GAMA et al., 2016).

Questões adicionais a considerar

- *Validade de face*: apropriada;
- *Validade de conteúdo*: 1,0;
- *Terminologia*: adequada;
- *Necessidade*: sim.

Análises empíricas

- Gestão:
 - *Útil para qualidade da assistência de enfermagem*: sim;
 - *Útil para o recebimento de incentivos financeiros*: não a nível estadual e sim para municipal;
 - *Avaliação geral da usabilidade/uso para comparar os relatórios públicos entre as ESFs*: intermediária a nível estadual e alta para municipal;
 - *Avaliação geral da usabilidade/uso para relatórios públicos ao nível das áreas geográficas*: intermediária a nível estadual e alta para municipal.
- Coleta dos dados:
 - *Disponível para coletar sem encargos excessivos*: sim;
 - *Viável de ser mensurado no contexto da atenção primária brasileira*: parcial;
 - *Avaliação geral sobre a viabilidade de coleta dos dados*: intermediário a altamente recomendado.

Pontos fortes

Possibilidade de incentivar, de modo indireto, o uso da caderneta pelos profissionais de saúde, considerando sua relevância para continuidade do cuidado, independente do nível de atenção.

Pontos fracos

- *Dificuldades relacionadas à coleta dos dados*: Dispor de uma lista organizada com o número do prontuário e endereço de todos os idosos atendidos pelo enfermeiro pelo menos uma vez no ano; analisar o registro a cada consulta de enfermagem, porém devido o pequeno número de anotações do enfermeiro, o encargo não é excessivo. Há necessidade de verificar o melhor modo de coletar; talvez verificando o registro na própria caderneta do idoso, considerando o uso de amostra.

Recomendações para fortalecimento do indicador

Sensibilizar o enfermeiro sobre a anotação dos atendimentos na caderneta e registro no prontuário.

Nome do indicador	Cobertura da consulta de enfermagem ao idoso com diabetes mellitus.
Definição	Percentual de idosos com diabetes mellitus com estratificação do risco de acordo com o controle metabólico realizada pelo enfermeiro.
Interpretação	Mensura a realização de estratificação do risco de acordo com o controle metabólico pelo enfermeiro ao idoso com diabetes mellitus.
Justificativa	A consulta de enfermagem é uma atividade privativa do enfermeiro para identificar situações de saúde/doença, bem como prescrever e implementar medidas de enfermagem visando a promoção, prevenção, proteção da saúde, recuperação e reabilitação do usuário, família e comunidade (COFEN, 1993). A periodicidade de consultas pelo enfermeiro relaciona-se a estratificação de risco (MINAS GERAIS, 2013; BRASIL, 2013a) sendo que o Ministério da Saúde sugere, para o diabetes mellitus, conforme o controle metabólico (BRASIL, 2013a) podendo contribuir para melhoria da assistência no diabetes mellitus. O critério-resumo deste indicador será a estratificação de risco de acordo com o controle metabólico.
Dimensão	Cuidado.
Subdimensão	Continuidade.
Método de cálculo <i>Numerador</i> <i>Denominador</i>	$\frac{\text{Número de idosos com diabetes mellitus que o enfermeiro realizou estratificação de risco}}{\text{Número de idosos com diabetes mellitus no último ano}} \times 100$
Fonte de dados	Consulta aos prontuários dos idosos com diabetes mellitus e controle da população adstrita ou ficha de cadastro individual do e-SUS.
Valor de referência	
Referências	AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. Plano Integrado para a Gestão Sanitária da Segurança do Paciente em Serviços de Saúde - Monitoramento e Investigação de Eventos Adversos e Avaliação de Práticas de Segurança do Paciente. DF: Editora MS, 2015. Disponível em: <http://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/index.php/legislacao/item/plano-integrado-para-a-gestao-sanitaria-da-seguranca-do-paciente-em-servicos-de-saude>. Acesso em: 27 dez. 2016. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Diabetes mellitus. Brasília, DF: Editora MS, 2006. (Cadernos de Atenção Básica: 16). 64p. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/cadernos_ab/abcdad16.pdf>. Acesso em: 10 ago. 2015. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença

	crônica: diabetes mellitus. Brasília, DF: Editora MS, 2013a. (Cadernos de Atenção Básica: 36) 160p. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/caderno_36.pdf>. Acesso em: 26 ago. 2015. _____. Instrumento de Avaliação Externa para as Equipes de Atenção Básica – saúde da família e equipe parametrizada. Brasília, DF: Editora MS, 2013b. 128p. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/instrumento_ae_sfp.pdf>. Acesso em: 03 ago. 2015. CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). Resolução n. 159 de 19 de abril de 1993. Dispõe sobre a consulta de enfermagem. Disponível em: <http://novo.portalcofen.gov.br/resoluco-cofen-1591993_4241.html>. Acesso em: 25 jun. 2014. ESPANHA. Ministerio de Sanidad y Consumo. Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud. Construcción y validación de indicadores de buenas prácticas sobre seguridad del paciente. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2008. Disponível em: <http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/construccionValidacionIndicadoresSeguridadPaciente.pdf>. Acesso em: 15 nov. 2014. GAMA, Z. A. S. et al. Desenvolvimento e validação de indicadores de boas práticas de segurança do paciente: Projeto ISEP-Brasil. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 32, n. 9, e00026215, 2016. MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. Linha-guia de hipertensão arterial sistêmica, diabetes mellitus e doença renal crônica. Belo Horizonte: SAS/MG, 2013. 203p. Disponível em: <http://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/guia_de_hipertensao.pdf>. Acesso em: 04 mai. 2015.
Limitações	Problemas na estimativa da população-alvo e limitações da qualidade do registro.
Observações	• A programação do cuidado não deve ser rígida e se limitar ao critério de controle metabólico ou presença de uma doença específica. É importante considerar os determinantes sociais de saúde, os princípios da Atenção Básica descritos na Política Nacional de Atenção Básica, as necessidades individuais e as intercorrências clínicas (BRASIL, 2013); • Observar ferramenta de coleta; utilizar amostra de 17 casos conforme a <i>lot quality assurance sampling</i> (LQAS) baseada em estudos no nível terciário devido a

	ausência deste método na atenção primária. O número de decisão para aceitar a conformidade do indicador é 12, considerando um padrão de qualidade de 85% e um limiar de 55% (AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA, 2015; ESPANHA, 2008; GAMA et al., 2016).

Questões adicionais a considerar

- *Validade de face*: apropriada;
- *Validade de conteúdo*: 1,0;
- *Terminologia*: adequada;
- *Necessidade*: sim.

Análises empíricas

- Gestão:
 - *Útil para qualidade da assistência de enfermagem*: sim;
 - *Útil para o recebimento de incentivos financeiros*: não a nível estadual e sim para municipal;
 - *Avaliação geral da usabilidade/uso para comparar os relatórios públicos entre as ESFs*: alta a nível estadual e municipal;
 - *Avaliação geral da usabilidade/uso para relatórios públicos ao nível das áreas geográficas*: alta a nível estadual e municipal.
- Coleta dos dados:
 - *Disponível para coletar sem encargos excessivos*: sim;
 - *Viável de ser mensurado no contexto da atenção primária brasileira*: sim;
 - *Avaliação geral sobre a viabilidade de coleta dos dados*: altamente recomendado.

Pontos fortes

Representa a qualidade da consulta realizada pelo enfermeiro com vistas a otimizar a sua periodicidade conforme o critério-resumo, contribuindo para a melhoria do planejamento das suas ações.

Pontos fracos

- *Dificuldades relacionadas à coleta dos dados*: Dispor de uma lista organizada com o número do prontuário e endereço de todos os idosos com diabetes mellitus.

Recomendações para fortalecimento do indicador

Sensibilizar o enfermeiro para a anotação de enfermagem de forma completa.

Nome do indicador	Avaliação do idoso com diabetes mellitus na consulta de enfermagem.
Definição	Percentual de consultas ao idoso com diabetes mellitus realizadas pelo enfermeiro contendo a classificação de risco de complicações em membros inferiores.
Interpretação	Mensura a realização de consultas de enfermagem ao idoso com diabetes mellitus contendo a classificação de risco dos pés.
Justificativa	A consulta de enfermagem é uma atividade privativa do enfermeiro para identificar situações de saúde/doença, bem como prescrever e implementar medidas de enfermagem visando a promoção, prevenção, proteção da saúde, recuperação e reabilitação do usuário, família e comunidade (COFEN, 1993). A consulta ao idoso com diabetes mellitus engloba os passos preconizados (incluindo histórico e exame físico completo), a dispensação correta da medicação, orientações para atividade física conforme fluxograma e monitoramento em vigilância alimentar e nutricional (BRASIL, 2006a; 2008; 2013a). O critério-resumo deste indicador será a classificação de risco de complicações em membros inferiores por exigir dados da anamnese e exame clínico.
Dimensão	Cuidado.
Subdimensão	Adequação.
Método de cálculo <i>Numerador</i> <i>Denominador</i>	$\frac{\text{Número de idosos com diabetes mellitus consultados contendo a classificação de risco de complicações em membros inferiores}}{\text{Número de idosos com diabetes mellitus consultados no último ano}} \times 100$
Fonte de dados	Relatórios informatizados e consulta aos prontuários dos idosos.
Valor de referência	Deve ser realizado o exame dos pés anualmente.
Referências	AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. Plano Integrado para a Gestão Sanitária da Segurança do Paciente em Serviços de Saúde - Monitoramento e Investigação de Eventos Adversos e Avaliação de Práticas de Segurança do Paciente. DF: Editora MS, 2015. Disponível em: <http://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/index.php/legislacao/item/plano-integrado-para-a-gestao-sanitaria-da-seguranca-do-paciente-em-servicos-de-saude>. Acesso em: 27 dez. 2016. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Diabetes mellitus. Brasília, DF: Editora MS, 2006a. (Cadernos de Atenção Básica: 16). 64p. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/cadernos_ab/abcad16.pdf>. Acesso em: 10 ago. 2015.

_____. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica:** diabetes mellitus. Brasília, DF: Editora MS, 2013a. (Cadernos de Atenção Básica: 36) 160p. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/caderno_36.pdf>. Acesso em: 26 ago. 2015.

_____. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica:** obesidade. Brasília, DF: Editora MS, 2014. (Caderno de Atenção Básica: 38) 212p. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estrategias_cuidado_doenca_cronica_obesidade_cab38.pdf>. Acesso: 18 ago. 2015.

_____. **Instrumento de Avaliação Externa para as Equipes de Atenção Básica** – saúde da família e equipe parametrizada. Brasília, DF: Editora MS, 2013b. 128p. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/instrumento_ae_sfp.pdf>. Acesso em: 03 ago. 2015.

_____. **Prevenção clínica de doenças cardiovasculares, cerebrovasculares e renais.** Brasília, DF: Editora MS, 2006b. (Cadernos de Atenção Básica: 14). 56p. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/cadernos_ab/abcad14.pdf>. Acesso em: 10 ago. 2015.

_____. **Protocolos do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional – SISVAN na assistência à saúde.** Brasília, DF: Editora MS, 2008. 61p. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/protocolo_sisvan.pdf>. Acesso em: 26 ago. 2015.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). **Resolução n. 159 de 19 de abril de 1993.** Dispõe sobre a consulta de enfermagem. Disponível em: <http://novo.portalcofen.gov.br/resoluo-cofen-1591993_4241.html>. Acesso em: 25 jun. 2014.

ESPANHA. Ministerio de Sanidad y Consumo. Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud. **Construcción y validación de indicadores de buenas prácticas sobre seguridad del paciente.** Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2008. Disponível em: <<http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/construccionValidacionIndicadoresSeguridadPaciente.pdf>>. Acesso em: 15 nov. 2014.

GAMA, Z. A. S. et al. Desenvolvimento e validação de indicadores de boas práticas de segurança do paciente: Projeto ISEP-Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de

	Janeiro, v. 32, n. 9, e00026215, 2016. MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. Linha-guia de hipertensão arterial sistêmica, diabetes mellitus e doença renal crônica. Belo Horizonte: SAS/MG, 2013. 203p. Disponível em: <http://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/guia_de_hipertensao.pdf>. Acesso em: 04 mai. 2015.
Limitações	Problemas na estimativa da população-alvo e limitações da qualidade do registro.
Observações	• O Ministério da Saúde preconiza os passos na consulta de enfermagem para acompanhamento do indivíduo com diabetes mellitus (BRASIL, 2013a) e itens a serem avaliados (BRASIL, 2008); • A classificação de risco de complicações em membros inferiores baseia-se na história (doença arterial periférica, úlcera ou amputação) e no exame físico (perda da sensibilidade protetora e deformidades) em uma escala de zero a três, na qual o maior número representa maior risco (BRASIL, 2013a); • Observar ferramenta de coleta; utilizar amostra de 17 casos conforme a <i>lot quality assurance sampling</i> (LQAS) baseada em estudos no nível terciário devido a ausência deste método na atenção primária. O número de decisão para aceitar a conformidade do indicador é 12, considerando um padrão de qualidade de 85% e um limiar de 55% (AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA, 2015; ESPANHA, 2008; GAMA et al., 2016).

Questões adicionais a considerar

- *Validade de face*: apropriada;
- *Validade de conteúdo*: 1,0;
- *Terminologia*: adequada;
- *Necessidade*: sim.

Análises empíricas

- Gestão:
 - *Útil para qualidade da assistência de enfermagem*: sim;
 - *Útil para o recebimento de incentivos financeiros*: sim;
 - *Avaliação geral da usabilidade/uso para comparar os relatórios públicos entre as ESFs*: alta a nível estadual e municipal;
 - *Avaliação geral da usabilidade/uso para relatórios públicos ao nível das áreas geográficas*: alta a nível estadual e municipal.
- Coleta dos dados:
 - *Disponível para coletar sem encargos excessivos*: sim;
 - *Viável de ser mensurado no contexto da atenção primária brasileira*: sim;
 - *Avaliação geral sobre a viabilidade de coleta dos dados*: altamente recomendado.

Pontos fortes

Este indicador representa a adequação da consulta de enfermagem, não somente sua cobertura.

Pontos fracos

- *Dificuldades relacionadas à coleta dos dados:* Dispor de uma lista organizada com o número do prontuário e endereço de todos os idosos com diabetes mellitus consultados; analisar cada consulta de enfermagem, porém devido o pequeno número de anotações do enfermeiro, o encargo não é excessivo.

Recomendações para fortalecimento do indicador

Sensibilizar o enfermeiro para a anotação de enfermagem de forma completa.

Nome do indicador	Cobertura da consulta de enfermagem ao idoso com hipertensão arterial sistêmica.
Definição	Percentual de consultas realizadas pelo enfermeiro ao idoso com hipertensão arterial sistêmica com estratificação de risco cardiovascular.
Interpretação	Mensura de estratificação de risco cardiovascular nas consultas ao idoso com hipertensão arterial sistêmica pelo enfermeiro.
Justificativa	A consulta de enfermagem é uma atividade privativa do enfermeiro para identificar situações de saúde/doença, bem como prescrever e implementar medidas de enfermagem visando a promoção, prevenção, proteção da saúde, recuperação e reabilitação do usuário, família e comunidade (COFEN, 1993). A periodicidade de acompanhamento pelo enfermeiro relaciona-se a estratificação de risco cardiovascular (BRASIL, 2013a) podendo contribuir para melhoria da assistência na hipertensão arterial. O critério-resumo deste indicador será a estratificação de risco cardiovascular.
Dimensão	Cuidado.
Subdimensão	Continuidade.
Método de cálculo <i>Numerador</i> <i>Denominador</i>	$\frac{\text{Número de idosos com hipertensão arterial que o enfermeiro realizou estratificação de risco cardiovascular}}{\text{Número de idosos com hipertensão arterial no último ano}} \times 100$
Fonte de dados	Consulta aos prontuários dos idosos com hipertensão arterial e controle da população adstrita ou ficha de cadastro individual do e-SUS.
Valor de referência	
Referências	AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. Plano Integrado para a Gestão Sanitária da Segurança do Paciente em Serviços de Saúde - Monitoramento e Investigação de Eventos Adversos e Avaliação de Práticas de Segurança do Paciente. DF: Editora MS, 2015. Disponível em: <http://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/index.php/legislacao/item/plano-integrado-para-a-gestao-sanitaria-da-seguranca-do-paciente-em-servicos-de-saude>. Acesso em: 27 dez. 2016. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica. Brasília, DF: Editora MS, 2013a. (Cadernos de Atenção Básica: 37) 128p. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/caderno_37.pdf>. Acesso em: 26 ago. 2015. _____. Hipertensão arterial sistêmica para o Sistema

	Único de Saúde. Brasília, DF: Editora MS, 2006. (Cadernos de Atenção Básica: 15). 58p. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/cadernos_ab/abcad15.pdf>. Acesso em: 10 ago. 2015. _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Instrumento de Avaliação Externa para as Equipes de Atenção Básica – saúde da família e equipe parametrizada. Brasília, DF: Editora MS, 2013b. 128p. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/instrumento_ae_sfp.pdf>. Acesso em: 03 ago. 2015. CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). Resolução n. 159 de 19 de abril de 1993. Dispõe sobre a consulta de enfermagem. Disponível em: <http://novo.portalcofen.gov.br/resoluo-cofen-1591993_4241.html>. Acesso em: 25 jun. 2014. ESPANHA. Ministerio de Sanidad y Consumo. Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud. Construcción y validación de indicadores de buenas prácticas sobre seguridad del paciente. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2008. Disponível em: <http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/construccionValidacionIndicadoresSeguridadPaciente.pdf>. Acesso em: 15 nov. 2014. GAMA, Z. A. S. et al. Desenvolvimento e validação de indicadores de boas práticas de segurança do paciente: Projeto ISEP-Brasil. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 32, n. 9, e00026215, 2016. MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. Linha-guia de hipertensão arterial sistêmica, diabetes mellitus e doença renal crônica. Belo Horizonte: SAS/MG, 2013. 203p. Disponível em: <http://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/guia_de_hipertensao.pdf>. Acesso em: 04 mai. 2015.
Limitações	Problemas na estimativa da população-alvo e limitações da qualidade do registro.
Observação	Observar ferramenta de coleta; utilizar amostra de 17 casos conforme a <i>lot quality assurance sampling</i> (LQAS) baseada em estudos no nível terciário devido a ausência deste método na atenção primária. O número de decisão para aceitar a conformidade do indicador é 12, considerando um padrão de qualidade de 85% e um limiar de 55% (AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA, 2015; ESPANHA, 2008; GAMA et al., 2016).

Questões adicionais a considerar

- *Validade de face*: apropriada;
- *Validade de conteúdo*: 1,0;
- *Terminologia*: adequada;
- *Necessidade*: sim.

Análises empíricas

- Gestão:
 - *Útil para qualidade da assistência de enfermagem*: sim;
 - *Útil para o recebimento de incentivos financeiros*: não a nível estadual e sim para municipal;
 - *Avaliação geral da usabilidade/uso para comparar os relatórios públicos entre as ESFs*: alta a nível estadual e municipal;
 - *Avaliação geral da usabilidade/uso para relatórios públicos ao nível das áreas geográficas*: alta a nível estadual e municipal.
- Coleta dos dados:
 - *Disponível para coletar sem encargos excessivos*: sim;
 - *Viável de ser mensurado no contexto da atenção primária brasileira*: sim;
 - *Avaliação geral sobre a viabilidade de coleta dos dados*: altamente recomendado.

Pontos fortes

Representa a qualidade da consulta realizada pelo enfermeiro com vistas a otimizar a sua periodicidade conforme o critério-resumo, contribuindo para a melhoria do planejamento das suas ações.

Pontos fracos

- *Dificuldades relacionadas à coleta dos dados*: Dispor de uma lista organizada com o número do prontuário e endereço de todos os idosos com hipertensão arterial sistêmica.

Recomendações para fortalecimento do indicador

Sensibilizar o enfermeiro para a anotação de enfermagem de forma completa.

Nome do indicador	Avaliação do idoso com hipertensão arterial sistêmica na consulta de enfermagem.
Definição	Percentual de consultas realizadas pelo enfermeiro ao idoso com hipertensão arterial sistêmica direcionada aos fatores de risco que influenciam no controle da doença.
Interpretação	Mensura a realização de consultas de enfermagem ao idoso com hipertensão arterial sistêmica direcionada aos fatores de risco que influenciam no controle da doença.
Justificativa	A consulta de enfermagem é uma atividade privativa do enfermeiro para identificar situações de saúde/doença, bem como prescrever e implementar medidas de enfermagem visando a promoção, prevenção, proteção da saúde, recuperação e reabilitação do usuário, família e comunidade (COFEN, 1993). O Ministério da Saúde preconiza que as consultas de enfermagem sejam direcionadas à abordagem dos fatores de risco que influenciam o controle da hipertensão arterial, devendo-se realizar: os passos (incluindo histórico e exame físico completo) (BRASIL, 2013a), a avaliação do risco cardiovascular, a dispensação correta da medicação, o monitoramento em vigilância alimentar e nutricional (BRASIL, 2008) e as orientações para atividade física conforme fluxograma (BRASIL, 2013a). Para este indicador o critério-resumo será a abordagem dos fatores de risco que influenciam o controle da hipertensão arterial (mudanças no estilo de vida, o incentivo à atividade física, à redução do peso corporal quando acima do índice de massa corporal e o abandono do tabagismo) conforme tem sido recomendado (BRASIL, 2013a).
Dimensão	Cuidado.
Subdimensão	Adequação.
Método de cálculo <i>Numerador</i> <i>Denominador</i>	$\frac{\text{Número de idosos com hipertensão arterial abordados quanto aos fatores de risco na consulta}}{\text{Número de idosos com hipertensão arterial consultados no último ano}} \times 100$
Fonte de dados	Relatórios informatizados e consulta aos prontuários dos idosos.
Valor de referência	
Referências	AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. Plano Integrado para a Gestão Sanitária da Segurança do Paciente em Serviços de Saúde - Monitoramento e Investigação de Eventos Adversos e Avaliação de Práticas de Segurança do Paciente. DF: Editora MS, 2015. Disponível em: <http://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/index.php/legislacao/item/plano-integrado-para-a-gestao-sanitaria-da-seguranca-do-paciente-em-servicos-de-saude>. Acesso em: 27 dez. 2016. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Estratégias para o

cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica. Brasília, DF: Editora MS, 2013a. (Cadernos de Atenção Básica: 37) 128p. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/caderno_37.pdf>. Acesso em: 26 ago. 2015.

_____. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica:** obesidade. Brasília, DF: Editora MS, 2014. (Caderno de Atenção Básica: 38) 212p. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estrategias_cuidado_doenca_cronica_obesidade_cab38.pdf>. Acesso: 18 ago. 2015.

_____. **Hipertensão arterial sistêmica para o Sistema Único de Saúde.** Brasília, DF: Editora MS, 2006. (Cadernos de Atenção Básica: 15). 58p. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/cadernos_ab/abcad15.pdf>. Acesso em: 10 ago. 2015.

_____. **Instrumento de Avaliação Externa para as Equipes de Atenção Básica** – saúde da família e equipe parametrizada. Brasília, DF: Editora MS, 2013b. 128p. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/instrumento_ae_sfp.pdf>. Acesso em: 03 ago. 2015.

_____. **Protocolos do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional – SISVAN na assistência à saúde.** Brasília, DF: Editora MS, 2008. 61p. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/protocolo_sisvan.pdf>. Acesso em: 26 ago. 2015.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). **Resolução n. 159 de 19 de abril de 1993.** Dispõe sobre a consulta de enfermagem. Disponível em: <http://novo.portalcofen.gov.br/resoluo-cofen-1591993_4241.html>. Acesso em: 25 jun. 2014.

ESPANHA. Ministerio de Sanidad y Consumo. Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud. **Construcción y validación de indicadores de buenas prácticas sobre seguridad del paciente.** Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2008. Disponível em: <<http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/construccionValidacionIndicadoresSeguridadPaciente.pdf>>. Acesso em: 15 nov. 2014.

GAMA, Z. A. S. et al. Desenvolvimento e validação de indicadores de boas práticas de segurança do paciente: Projeto ISEP-Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de

	Janeiro, v. 32, n. 9, e00026215, 2016. MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. Linha-guia de hipertensão arterial sistêmica, diabetes mellitus e doença renal crônica. Belo Horizonte: SAS/MG, 2013. 203p. Disponível em: <http://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/guia_de_hipertensao.pdf>. Acesso em: 04 mai. 2015.
Limitações	Problemas na estimativa da população-alvo e limitações da qualidade do registro.
Observação	Observar ferramenta de coleta; utilizar amostra de 17 casos conforme a <i>lot quality assurance sampling</i> (LQAS) baseada em estudos no nível terciário devido a ausência deste método na atenção primária. O número de decisão para aceitar a conformidade do indicador é 12, considerando um padrão de qualidade de 85% e um limiar de 55% (AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA, 2015; ESPANHA, 2008; GAMA et al., 2016).

Questões adicionais a considerar

- *Validade de face*: apropriada;
- *Validade de conteúdo*: 1,0;
- *Terminologia*: adequada;
- *Necessidade*: sim.

Análises empíricas

- Gestão:
 - *Útil para qualidade da assistência de enfermagem*: sim;
 - *Útil para o recebimento de incentivos financeiros*: sim;
 - *Avaliação geral da usabilidade/uso para comparar os relatórios públicos entre as ESFs*: alta a nível estadual e municipal;
 - *Avaliação geral da usabilidade/uso para relatórios públicos ao nível das áreas geográficas*: alta a nível estadual e municipal.
- Coleta dos dados:
 - *Disponível para coletar sem encargos excessivos*: sim;
 - *Viável de ser mensurado no contexto da atenção primária brasileira*: sim;
 - *Avaliação geral sobre a viabilidade de coleta dos dados*: altamente recomendado.

Pontos fortes

Este indicador representa a adequação da consulta de enfermagem, não somente sua cobertura.

Pontos fracos

- *Dificuldades relacionadas à coleta dos dados*: Dispor de uma lista organizada com o número do prontuário e endereço de todos os idosos com hipertensão arterial sistêmica consultados; analisar cada consulta de enfermagem, porém devido o pequeno número de anotações do enfermeiro, o encargo não é excessivo.

Recomendações para fortalecimento do indicador

Sensibilizar o enfermeiro para a anotação de enfermagem de forma completa.

Nome do indicador	Cobertura da consulta de enfermagem ao idoso com sobrepeso/obesidade.
Definição	Percentual de consultas ao idoso com sobrepeso/obesidade realizadas pelo enfermeiro.
Interpretação	Mensura a realização de consultas ao idoso com sobrepeso/obesidade realizadas pelo enfermeiro.
Justificativa	A consulta de enfermagem é uma atividade privativa do enfermeiro para identificar situações de saúde/doença, bem como prescrever e implementar medidas de enfermagem visando a promoção, prevenção, proteção da saúde, recuperação e reabilitação do usuário, família e comunidade (COFEN, 1993). A consulta direcionada ao idoso com sobrepeso/obesidade possibilita o acompanhamento da sua condição de saúde e a identificação precoce de complicações favorecendo a intervenção.
Dimensão	Cuidado.
Subdimensão	Acesso.
Método de cálculo <i>Numerador</i> <i>Denominador</i>	$\frac{\text{Número de idosos com sobrepeso/obesidade consultados}}{\text{Número de idosos com sobrepeso/obesidade no último ano}} \times 100$
Fonte de dados	Controle da população adstrita e sistema informatizado.
Valor de referência	
Referências	AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. Plano Integrado para a Gestão Sanitária da Segurança do Paciente em Serviços de Saúde - Monitoramento e Investigação de Eventos Adversos e Avaliação de Práticas de Segurança do Paciente. DF: Editora MS, 2015. Disponível em: <http://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/index.php/legislacao/item/plano-integrado-para-a-gestao-sanitaria-da-seguranca-do-paciente-em-servicos-de-saude>. Acesso em: 27 dez. 2016. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Obesidade. Brasília, DF: Editora MS, 2006. (Cadernos de Atenção Básica: 12). 108p. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/cadernos_ab/abcad12.pdf>. Acesso em: 10 ago. 2015. CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). Resolução n. 159 de 19 de abril de 1993. Dispõe sobre a consulta de enfermagem. Disponível em: <http://novo.portalcofen.gov.br/resoluo-cofen-1591993_4241.html>. Acesso em: 25 jun. 2014. ESPANHA. Ministerio de Sanidad y Consumo. Agencia de

	Calidad del Sistema Nacional de Salud. Construcción y validación de indicadores de buenas prácticas sobre seguridad del paciente. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2008. Disponível em: <http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/construccionValidacionIndicadoresSeguridadPaciente.pdf>. Acesso em: 15 nov. 2014. GAMA, Z. A. S. et al. Desenvolvimento e validação de indicadores de boas práticas de segurança do paciente: Projeto ISEP-Brasil. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 32, n. 9, e00026215, 2016.
Limitações	Problemas na estimativa da população-alvo e limitações da qualidade do registro.
Observação	Observar ferramenta de coleta; utilizar amostra de 17 casos conforme a <i>lot quality assurance sampling</i> (LQAS) baseada em estudos no nível terciário devido a ausência deste método na atenção primária. O número de decisão para aceitar a conformidade do indicador é 12, considerando um padrão de qualidade de 85% e um limiar de 55% (AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA, 2015; ESPANHA, 2008; GAMA et al., 2016).

Questões adicionais a considerar

- *Validade de face*: apropriada;
- *Validade de conteúdo*: 0,89;
- *Terminologia*: adequada;
- *Necessidade*: sim.

Análises empíricas

Análises empíricas

- Gestão:
 - *Útil para qualidade da assistência de enfermagem*: sim;
 - *Útil para o recebimento de incentivos financeiros*: não a nível estadual e sim para municipal;
 - *Avaliação geral da usabilidade/uso para comparar os relatórios públicos entre as ESFs*: alta a nível estadual e municipal;
 - *Avaliação geral da usabilidade/uso para relatórios públicos ao nível das áreas geográficas*: alta a nível estadual e municipal.
- Coleta dos dados:
 - *Disponível para coletar sem encargos excessivos*: parcial;
 - *Viável de ser mensurado no contexto da atenção primária brasileira*: parcial;
 - *Avaliação geral sobre a viabilidade de coleta dos dados*: baixa a altamente recomendado.

Pontos fortes

Demanda pouco tempo de coleta devido sistema informatizado.

Pontos fracos

- *Dificuldades relacionadas à coleta dos dados:* Dispor de uma lista organizada com o número do prontuário e endereço de todos os idosos; consultar cada prontuário (ou ficha de acompanhamento do Hiperdia no caso dos diabéticos e/ou hipertensos) para coletar o peso e altura, visto não ter o cálculo do índice de massa corporal (IMC). A ESF não sabe identificar quem são os obesos.

Recomendações para fortalecimento do indicador

Sensibilizar o enfermeiro para mensuração do peso/altura dos idosos bem como o adequado registro no prontuário.

Nome do indicador	Avaliação do idoso com sobrepeso/obesidade na consulta de enfermagem.
Definição	Percentual de consultas ao idoso com sobrepeso/obesidade realizadas pelo enfermeiro contendo mensuração dos dados antropométricos.
Interpretação	Mensura a identificação dos dados antropométricos nas consultas ao idoso com sobrepeso/obesidade realizadas pelo enfermeiro.
Justificativa	A consulta de enfermagem é uma atividade privativa do enfermeiro para identificar situações de saúde/doença, bem como prescrever e implementar medidas de enfermagem visando a promoção, prevenção, proteção da saúde, recuperação e reabilitação do usuário, família e comunidade (COFEN, 1993). O Ministério da Saúde sugere um roteiro de consulta geral para acompanhamento dos casos de sobrepeso/obesidade contendo (BRASIL, 2006). Para este indicador o critério-resumo será a avaliação antropométrica (peso, índice de massa corporal e circunferência abdominal) considerando sua importância para que o estado nutricional seja identificado (BRASIL, 2006).
Dimensão	Adequação.
Subdimensão	Longitudinalidade e coordenação.
Método de cálculo <i>Numerador</i> <i>Denominador</i>	$\frac{\text{Número de idosos com sobrepeso/obesidade consultados contendo mensuração dos dados antropométricos}}{\text{Número de idosos com sobrepeso/obesidade consultados no último ano}} \times 100$
Fonte de dados	Relatórios informatizados e consulta aos prontuários dos idosos.
Valor de referência	
Referências	AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. Plano Integrado para a Gestão Sanitária da Segurança do Paciente em Serviços de Saúde - Monitoramento e Investigação de Eventos Adversos e Avaliação de Práticas de Segurança do Paciente. DF: Editora MS, 2015. Disponível em: <http://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/index.php/legislacao/item/plano-integrado-para-a-gestao-sanitaria-da-seguranca-do-paciente-em-servicos-de-saude>. Acesso em: 27 dez. 2016. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Obesidade. Brasília, DF: Editora MS, 2006. (Cadernos de Atenção Básica: 12). 108p. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/cadernos_ab/abcad12.pdf>. Acesso em: 10 ago. 2015. CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN).

	Resolução n. 159 de 19 de abril de 1993. Dispõe sobre a consulta de enfermagem. Disponível em: <http://novo.portalfcofen.gov.br/resoluo-cofen-1591993_4241.html>. Acesso em: 25 jun. 2014. ESPANHA. Ministerio de Sanidad y Consumo. Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud. Construcción y validación de indicadores de buenas prácticas sobre seguridad del paciente. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2008. Disponível em: <http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/construccionValidacionIndicadoresSeguridadPaciente.pdf>. Acesso em: 15 nov. 2014. GAMA, Z. A. S. et al. Desenvolvimento e validação de indicadores de boas práticas de segurança do paciente: Projeto ISEP-Brasil. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 32, n. 9, e00026215, 2016.
Limitações	Problemas na estimativa da população-alvo e limitações da qualidade do registro.
Observação	Observar ferramenta de coleta; utilizar amostra de 17 casos conforme a <i>lot quality assurance sampling</i> (LQAS) baseada em estudos no nível terciário devido a ausência deste método na atenção primária. O número de decisão para aceitar a conformidade do indicador é 12, considerando um padrão de qualidade de 85% e um limiar de 55% (AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA, 2015; ESPANHA, 2008; GAMA et al., 2016).

Questões adicionais a considerar

- *Validade de face:* apropriada;
- *Validade de conteúdo:* 1,0;
- *Terminologia:* adequada;
- *Necessidade:* sim.

Análises empíricas

- Gestão:
 - *Útil para qualidade da assistência de enfermagem:* sim;
 - *Útil para o recebimento de incentivos financeiros:* não a nível estadual e sim para municipal;
 - *Avaliação geral da usabilidade/uso para comparar os relatórios públicos entre as ESFs:* alta a nível estadual e municipal;
 - *Avaliação geral da usabilidade/uso para relatórios públicos ao nível das áreas geográficas:* alta a nível estadual e municipal.
- Coleta dos dados:
 - *Disponível para coletar sem encargos excessivos:* parcial;
 - *Viável de ser mensurado no contexto da atenção primária brasileira:* parcial;
 - *Avaliação geral sobre a viabilidade de coleta dos dados:* baixa a altamente recomendado.

Pontos fortes

Este indicador representa a adequação da consulta de enfermagem, não somente sua cobertura.

Pontos fracos

- *Dificuldades relacionadas à coleta dos dados:* Dispor de uma lista organizada com o número do prontuário e endereço de todos os idosos; consultar cada prontuário (ou ficha de acompanhamento do Hiperdia no caso dos diabéticos e/ou hipertensos) para coletar o peso e altura, visto não ter o cálculo do índice de massa corporal (IMC). A ESF não sabe identificar quem são os obesos.

Recomendações para fortalecimento do indicador

Sensibilizar o enfermeiro para mensuração do peso/altura dos idosos bem como o adequado registro no prontuário.

Nome do indicador	Cobertura da consulta de enfermagem ao idoso com pressão arterial limítrofe.
Definição	Percentual de estratificação de risco cardiovascular na consulta de enfermagem aos idosos com pressão arterial limítrofe e fatores de risco para doenças cardiovasculares.
Interpretação	Mensura a realização da estratificação de risco cardiovascular nas consultas de enfermagem aos idosos com pressão arterial limítrofe e fatores de risco para doenças cardiovasculares.
Justificativa	A consulta de enfermagem é uma atividade privativa do enfermeiro para identificar situações de saúde/doença, bem como prescrever e implementar medidas de enfermagem visando a promoção, prevenção, proteção da saúde, recuperação e reabilitação do usuário, família e comunidade (COFEN, 1993). O critério sugerido para a periodicidade de acompanhamento dos usuários com pressão limítrofe é a estratificação do risco cardiovascular pelo escore de Framingham, que define os parâmetros de cuidado (BRASIL, 2013) sendo este o critério-resumo do indicar.
Dimensão	Cuidado.
Subdimensão	Continuidade.
Método de cálculo <i>Numerador</i> <i>Denominador</i>	$\frac{\text{Número de idosos com pressão arterial limítrofe que o enfermeiro realizou estratificação de risco cardiovascular}}{\text{Número de idosos com pressão arterial limítrofe no último ano}} \times 100$
Fonte de dados	Consulta aos prontuários dos idosos com pressão arterial entre 130/85 a 139/89mmHg (pressão arterial limítrofe) e fatores de risco para doenças cardiovasculares e controle da população adstrita.
Valor de referência	
Referências	AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. Plano Integrado para a Gestão Sanitária da Segurança do Paciente em Serviços de Saúde - Monitoramento e Investigação de Eventos Adversos e Avaliação de Práticas de Segurança do Paciente. DF: Editora MS, 2015. Disponível em: <http://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/index.php/legislacao/item/plano-integrado-para-a-gestao-sanitaria-da-seguranca-do-paciente-em-servicos-de-saude>. Acesso em: 27 dez. 2016. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica. Brasília, DF: Editora MS, 2013. (Cadernos de Atenção Básica: 37) 128p. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/caderno_37.pdf>. Acesso em: 26 ago. 2015.

	_____. Hipertensão arterial sistêmica para o Sistema Único de Saúde. Brasília, DF: Editora MS, 2006a. (Cadernos de Atenção Básica: 15). 58p. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/cadernos_ab/abcad15.pdf>. Acesso em: 10 ago. 2015. _____. Prevenção clínica de doenças cardiovasculares, cerebrovasculares e renais. Brasília, DF: Editora MS, 2006b. (Cadernos de Atenção Básica: 14). 56p. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/cadernos_ab/abcad14.pdf>. Acesso em: 10 ago. 2015. CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). Resolução n. 159 de 19 de abril de 1993. Dispõe sobre a consulta de enfermagem. Disponível em: <http://novo.portalcofen.gov.br/resoluo-cofen-1591993_4241.html>. Acesso em: 25 jun. 2014. ESPANHA. Ministerio de Sanidad y Consumo. Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud. Construcción y validación de indicadores de buenas prácticas sobre seguridad del paciente. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2008. Disponível em: <http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/construccionValidacionIndicadoresSeguridadPaciente.pdf>. Acesso em: 15 nov. 2014. GAMA, Z. A. S. et al. Desenvolvimento e validação de indicadores de boas práticas de segurança do paciente: Projeto ISEP-Brasil. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 32, n. 9, e00026215, 2016.
Limitações	• Considera apenas os idosos sem hipertensão arterial sistêmica, com pressão arterial limítrofe e que apresentam fatores de risco para doenças cardiovasculares (história familiar de doença arterial coronariana prematura; tabagismo; hipercolesterolemia; diabetes mellitus; obesidade - IMC > 30 kg/m²; gordura abdominal; sedentarismo; dieta pobre em frutas e vegetais; estresse psicossocial) (BRASIL, 2006b); • Problemas na estimativa da população-alvo e limitações da qualidade do registro.
Observações	• Pressão arterial limítrofe refere-se a pressão arterial entre 130/85 a 139/89 mmHg (BRASIL, 2013); • A periodicidade de acompanhamento pelo enfermeiro relaciona-se a estratificação de risco cardiovascular (BRASIL, 2013); • Observar ferramenta de coleta; utilizar amostra de 17 casos conforme a <i>lot quality assurance sampling</i> (LQAS) baseada em estudos no nível terciário devido a ausência deste método na atenção primária. O número

	de decisão para aceitar a conformidade do indicador é 12, considerando um padrão de qualidade de 85% e um limiar de 55% (AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA, 2015; ESPANHA, 2008; GAMA et al., 2016).

Questões adicionais a considerar

- *Validade de face*: apropriada;
- *Validade de conteúdo*: 1,0;
- *Terminologia*: adequada;
- *Necessidade*: sim.

Análises empíricas

- Gestão:
 - *Útil para qualidade da assistência de enfermagem*: sim;
 - *Útil para o recebimento de incentivos financeiros*: não a nível estadual e sim para municipal;
 - *Avaliação geral da usabilidade/uso para comparar os relatórios públicos entre as ESFs*: alta a nível estadual e municipal;
 - *Avaliação geral da usabilidade/uso para relatórios públicos ao nível das áreas geográficas*: alta a nível estadual e municipal.
- Coleta dos dados:
 - *Disponível para coletar sem encargos excessivos*: não;
 - *Viável de ser mensurado no contexto da atenção primária brasileira*: não;
 - *Avaliação geral sobre a viabilidade de coleta dos dados*: baixa a altamente recomendado.

Pontos fortes

Representa a qualidade da consulta realizada pelo enfermeiro com vistas a otimizar a sua periodicidade conforme o critério-resumo, contribuindo para a melhoria do planejamento das suas ações.

Pontos fracos

- *Dificuldades relacionadas à coleta dos dados*: Dispor de uma lista organizada com o número do prontuário e endereço de todos os idosos não hipertensos; a partir daí, é necessário consulta cada prontuário. A ESF não sabe identificar aqueles que tiveram uma pressão limítrofe no ano anterior. Não foi possível identificar a amostra dentre todos os idosos não hipertensos, uma vez que o dado raramente é registrado e dentre os encontrados, nenhuma pressão arterial foi classificada como limítrofe.

Recomendações para fortalecimento do indicador

Sensibilizar o enfermeiro para mensuração da pressão arterial dos idosos não hipertensos bem como o adequado registo daqueles com pressão limítrofe.

Nome do indicador	Avaliação do idoso com pressão arterial limítrofe na consulta de enfermagem.
Definição	Percentual de consulta de enfermagem aos idosos com pressão arterial limítrofe e fatores de risco para doenças cardiovasculares com avaliação antropométrica (índice de massa corporal e circunferência abdominal).
Interpretação	Mensura a realização de avaliação antropométrica (índice de massa corporal e circunferência abdominal) nas consultas de enfermagem aos idosos com pressão arterial limítrofe e fatores de risco para doenças cardiovasculares.
Justificativa	A consulta de enfermagem é uma atividade privativa do enfermeiro para identificar situações de saúde/doença, bem como prescrever e implementar medidas de enfermagem visando a promoção, prevenção, proteção da saúde, recuperação e reabilitação do usuário, família e comunidade (COFEN, 1993). Deve ser direcionada a modificações o estilo de vida. Para tanto, é fundamental que o enfermeiro identifique os fatores de risco relacionados com a alimentação e realize orientações básicas sobre alimentação saudável. Sugere-se que as orientações nutricionais sejam realizadas conforme fluxograma de abordagem nutricional (BRASIL, 2013). Assim, o critério-resumo deste indicador será a avaliação antropométrica (índice de massa corporal e circunferência abdominal) por se tratar do primeiro item do fluxograma.
Dimensão	Cuidado.
Subdimensão	Adequação.
Método de cálculo <i>Numerador</i> <i>Denominador</i>	$\frac{\text{Número de idosos com pressão arterial limítrofe consultados com pelo menos uma avaliação antropométrica}}{\text{Número de idosos com pressão arterial limítrofe consultados no último ano}} \times 100$
Fonte de dados	Relatórios informatizados e consulta aos prontuários dos idosos.
Valor de referência	
Referências	AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. Plano Integrado para a Gestão Sanitária da Segurança do Paciente em Serviços de Saúde - Monitoramento e Investigação de Eventos Adversos e Avaliação de Práticas de Segurança do Paciente. DF: Editora MS, 2015. Disponível em: <http://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/index.php/legislacao/item/plano-integrado-para-a-gestao-sanitaria-da-seguranca-do-paciente-em-servicos-de-saude>. Acesso em: 27 dez. 2016. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica. Brasília, DF: Editora MS, 2013. (Cadernos

	de Atenção Básica: 37) 128p. Disponível em:<http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/caderno_37.pdf>. Acesso em: 26 ago. 2015. _____. Hipertensão arterial sistêmica para o Sistema Único de Saúde. Brasília, DF: Editora MS, 2006a. (Cadernos de Atenção Básica: 15). 58p. Disponível em:<http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/cadernos_ab/abcad15.pdf>. Acesso em: 10 ago. 2015. _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Prevenção clínica de doenças cardiovasculares, cerebrovasculares e renais. Brasília, DF: Editora MS, 2006b. (Cadernos de Atenção Básica: 14). 56p. Disponível em:<http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/cadernos_ab/abcad14.pdf>. Acesso em: 10 ago. 2015. CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). Resolução n. 159 de 19 de abril de 1993. Dispõe sobre a consulta de enfermagem. Disponível em: <http://novo.portalcofen.gov.br/resoluco-cofen-1591993_4241.html>. Acesso em: 25 jun. 2014. ESPANHA. Ministerio de Sanidad y Consumo. Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud. Construcción y validación de indicadores de buenas prácticas sobre seguridad del paciente. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2008. Disponível em:<http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/construccionValidacionIndicadoresSeguridadPaciente.pdf>. Acesso em: 15 nov. 2014. GAMA, Z. A. S. et al. Desenvolvimento e validação de indicadores de boas práticas de segurança do paciente: Projeto ISEP-Brasil. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 32, n. 9, e00026215, 2016.
Limitações	• Considera apenas os idosos sem hipertensão arterial sistêmica e que apresentam fatores de risco para doenças cardiovasculares (história familiar de doença arterial coronariana prematura; tabagismo; hipercolesterolemia; diabetes mellitus; obesidade - IMC>30 kg/m²; gordura abdominal; sedentarismo; dieta pobre em frutas e vegetais; estresse psicossocial) (BRASIL, 2006b); • Problemas na estimativa da população-alvo e limitações da qualidade do registro.
Observações	• Pressão arterial limítrofe refere-se a pressão arterial entre 130/85 a 139/89mmHg (BRASIL, 2013); • Observar ferramenta de coleta; utilizar amostra de 17

	casos conforme a <i>lot quality assurance sampling</i> (LQAS) baseada em estudos no nível terciário devido a ausência deste método na atenção primária. O número de decisão para aceitar a conformidade do indicador é 12, considerando um padrão de qualidade de 85% e um limiar de 55% (AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA, 2015; ESPANHA, 2008; GAMA et al., 2016).

Questões adicionais a considerar

- *Validade de face*: apropriada;
- *Validade de conteúdo*: 1,0;
- *Terminologia*: adequada;
- *Necessidade*: sim.

Análises empíricas

- Gestão:
 - *Útil para qualidade da assistência de enfermagem*: sim;
 - *Útil para o recebimento de incentivos financeiros*: não a nível estadual e sim para municipal;
 - *Avaliação geral da usabilidade/uso para comparar os relatórios públicos entre as ESFs*: alta a nível estadual e municipal;
 - *Avaliação geral da usabilidade/uso para relatórios públicos ao nível das áreas geográficas*: alta a nível estadual e municipal.
- Coleta dos dados:
 - *Disponível para coletar sem encargos excessivos*: não;
 - *Viável de ser mensurado no contexto da atenção primária brasileira*: não;
 - *Avaliação geral sobre a viabilidade de coleta dos dados*: baixa a altamente recomendado.

Pontos fortes

Este indicador representa a adequação da consulta de enfermagem, não somente sua cobertura.

Pontos fracos

- *Dificuldades relacionadas à coleta dos dados*: Dispor de uma lista organizada com o número do prontuário e endereço de todos os idosos não hipertensos; a partir daí, é necessário consulta cada prontuário. A ESF não sabe identificar aqueles que tiveram uma pressão limítrofe no ano anterior. Não foi possível identificar a amostra dentre todos os idosos não hipertensos, uma vez que o dado raramente é registrado e dentre os encontrados, nenhuma pressão arterial foi classificada como limítrofe.

Recomendações para fortalecimento do indicador

Sensibilizar o enfermeiro para mensuração da pressão arterial dos idosos não hipertensos bem como o adequado registo daqueles com pressão limítrofe.

Nome do indicador	Prescrição de cuidados em Atenção Domiciliar 1 (AD1).
Definição	Percentual de prescrição de cuidados pelo enfermeiro no prontuário domiciliar de idosos em AD1.
Interpretação	Mensura a prescrição de cuidados pelo enfermeiro no prontuário domiciliar de idosos em AD1.
Justificativa	A prescrição de cuidados pelo enfermeiro no domicílio, em prontuário domiciliar, constitui atividade fundamental para direcionar as ações do cuidador e familiares junto à pessoa assistida de modo a implementar e pactuar as atividades (BRASIL, 2012).
Dimensão	Cuidado.
Subdimensão	Continuidade.
Método de cálculo <i>Numerador</i> <i>Denominador</i>	$\frac{\text{Número de idosos em AD1 com prescrição de cuidados de enfermagem no prontuário domiciliar}}{\text{Número de idosos em AD1 nos últimos três meses}} \times 100$
Fonte de dados	Controle de idosos em AD1 e consulta aos prontuários/prontuários domiciliares dos idosos em Atenção Domiciliar 1.
Valor de referência	Pelo menos uma prescrição no período.
Referências	AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. Plano Integrado para a Gestão Sanitária da Segurança do Paciente em Serviços de Saúde - Monitoramento e Investigação de Eventos Adversos e Avaliação de Práticas de Segurança do Paciente. DF: Editora MS, 2015. Disponível em:<http://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/index.php/legislacao/item/plano-integrado-para-a-gestao-sanitaria-da-seguranca-do-paciente-em-servicos-de-saude>. Acesso em: 27 dez. 2016. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 963 de 27 de maio de 2013. Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF, 2013a. Disponível em:<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0963_27_05_2013.html>. Acesso em: 20 ago. 2015. _____. Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de Atenção Básica. Caderno de atenção domiciliar. Vol.1. Brasília, DF: Editora MS, 2012. 105p. Disponível em:<http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/cad_vol1.pdf>. Acesso em: 04 mai. 2015. _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de Atenção Básica. Caderno de atenção domiciliar. Vol.2. Brasília, DF: Editora MS, 2013b. 206p. Disponível em:<http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/cad>

	_vol2.pdf>. Acesso em: 04 mai. 2015. ESPAÑA. Ministerio de Sanidad y Consumo. Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud. Construcción y validación de indicadores de buenas prácticas sobre seguridad del paciente. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2008. Disponível em:<http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/construccionValidacionIndicadoresSeguridadPaciente.pdf>. Acesso em: 15 nov. 2014. GAMA, Z. A. S. et al. Desenvolvimento e validação de indicadores de boas práticas de segurança do paciente: Projeto ISEP-Brasil. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 32, n. 9, e00026215, 2016.
Limitações	Problemas na estimativa da população-alvo e limitações da qualidade do registro.
Observações	• Idosos que necessitam de Atenção Domiciliar 1: I- possuem problemas de saúde controlados/compensados e com dificuldade ou impossibilidade física de locomoção até uma unidade de saúde; II - necessitam de cuidados de menor complexidade, incluídos os de recuperação nutricional, de menor frequência, com menor necessidade de recursos de saúde e dentro da capacidade de atendimento das unidades, e; III - não se enquadram nos critérios previstos para as modalidades Atenção Domiciliar 2 e 3 (BRASIL, 2013a); • A periodicidade das visitas de enfermagem e consequentemente da prescrição relacionam-se ao nível de cuidado do idoso dado pela avaliação da complexidade do paciente em AD1: nível 1 visita trimestral; nível 2 visita bimestral, e; nível 3 mensal (BRASIL, 2013b); • Observar ferramenta de coleta; utilizar amostra de 17 casos conforme a <i>lot quality assurance sampling</i> (LQAS) baseada em estudos no nível terciário devido a ausência deste método na atenção primária. O número de decisão para aceitar a conformidade do indicador é 12, considerando um padrão de qualidade de 85% e um limiar de 55% (AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA, 2015; ESPAÑA, 2008; GAMA et al., 2016).

Questões adicionais a considerar

- *Validade de face*: apropriada;
- *Validade de conteúdo*: 1,0;
- *Terminologia*: adequada;
- *Necessidade*: sim.

Análises empíricas

- Gestão:
 - *Útil para qualidade da assistência de enfermagem:* sim;
 - *Útil para o recebimento de incentivos financeiros:* sim;
 - *Avaliação geral da usabilidade/uso para comparar os relatórios públicos entre as ESFs:* alta a nível estadual e municipal;
 - *Avaliação geral da usabilidade/uso para relatórios públicos ao nível das áreas geográficas:* alta a nível estadual e municipal.
- Coleta dos dados:
 - *Disponível para coletar sem encargos excessivos:* sim;
 - *Viável de ser mensurado no contexto da atenção primária brasileira:* sim;
 - *Avaliação geral sobre a viabilidade de coleta dos dados:* altamente recomendado.

Pontos fortes

Representa a qualidade do acompanhamento dos idosos em AD1 realizado pelo enfermeiro visando direcionar o cuidador e/ou idoso.

Pontos fracos

- *Dificuldades relacionadas à coleta dos dados:* Dispor de uma lista organizada com o número do prontuário e endereço de todos os idosos em AD1. Os ACS tiveram dificuldades de listar os idosos e os enfermeiros não sabiam indicar; ausência de prontuários domiciliares; discordância relacionada a divergência de conceitos, uma vez que as prescrições de enfermagem apresentam-se sobre a forma de orientações e solicitações nos registros.

Recomendações para fortalecimento do indicador

Sensibilizar o enfermeiro para a anotação de enfermagem de forma completa e capacitar os avaliadores quanto aos critérios de avaliação e padronização do processo avaliativo.

Nome do indicador	Visita domiciliar em Atenção Domiciliar 1 (AD1).
Definição	Percentual visitas realizadas pelo enfermeiro aos idosos em AD 1 com classificação do nível de cuidado.
Interpretação	Mensura o percentual de visitas domiciliares com classificação do nível de cuidado realizada pelo enfermeiro ao idoso em AD1 segundo avaliação da complexidade do paciente em AD1.
Justificativa	A visita domiciliar de enfermagem ao idoso em AD1 favorece o acompanhamento do seu estado de saúde, o planejamento e a implementação das ações bem como a avaliação da assistência prestada. Para este indicador o critério-resumo será a classificação do nível de cuidado realizada pelo enfermeiro.
Dimensão	Cuidado.
Subdimensão	Acesso.
Método de cálculo <i>Numerador</i> <i>Denominador</i>	$\frac{\text{Número de idosos em AD1 com classificação do nível de cuidado}}{\text{Número de idosos em AD1 nos últimos três meses}} \times 100$
Fonte de dados	Consulta aos prontuários/prontuários domiciliares dos idosos e ficha de visita domiciliar e-SUS.
Valor de referência	Pelo menos uma visita no período.
Referências	AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. Plano Integrado para a Gestão Sanitária da Segurança do Paciente em Serviços de Saúde - Monitoramento e Investigação de Eventos Adversos e Avaliação de Práticas de Segurança do Paciente. DF: Editora MS, 2015. Disponível em:<http://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/index.php/legislacao/item/plano-integrado-para-a-gestao-sanitaria-da-seguranca-do-paciente-em-servicos-de-saude>. Acesso em: 27 dez. 2016. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 963 de 27 de maio de 2013. Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF, 2013a. Disponível em:<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0963_27_05_2013.html>. Acesso em: 20 ago. 2015. _____. Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de Atenção Básica. Caderno de atenção domiciliar. Vol.2. Brasília, DF: Editora MS, 2013b. 206p. Disponível em:<http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/cad_vol2.pdf>. Acesso em: 04 mai. 2015. ESPANHA. Ministerio de Sanidad y Consumo. Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud. Construcción y validación de indicadores de buenas prácticas sobre seguridad del paciente. Madrid: Ministerio de Sanidad y

	Consumo; 2008. Disponível em: <http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/construccionValidacionIndicadoresSeguridadPaciente.pdf>. Acesso em: 15 nov. 2014. GAMA, Z. A. S. et al. Desenvolvimento e validação de indicadores de boas práticas de segurança do paciente: Projeto ISEP-Brasil. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 32, n. 9, e00026215, 2016.
Limitações	Limitações da qualidade do registro.
Observações	• Idosos que necessitam de Atenção Domiciliar 1: I- possuem problemas de saúde controlados/compensados e com dificuldade ou impossibilidade física de locomoção até uma unidade de saúde; II - necessitam de cuidados de menor complexidade, incluídos os de recuperação nutricional, de menor frequência, com menor necessidade de recursos de saúde e dentro da capacidade de atendimento das unidades, e; III - não se enquadram nos critérios previstos para as modalidades Atenção Domiciliar 2 e 3 (BRASIL, 2013a); • A periodicidade das visitas de enfermagem relaciona-se ao nível de cuidado do idoso dado pela avaliação da complexidade do paciente em AD1: nível 1 visita trimestral; nível 2 visita bimestral, e; nível 3 mensal (BRASIL, 2013b); • Observar ferramenta de coleta; utilizar amostra de 17 casos conforme a <i>lot quality assurance sampling</i> (LQAS) baseada em estudos no nível terciário devido a ausência deste método na atenção primária. O número de decisão para aceitar a conformidade do indicador é 12, considerando um padrão de qualidade de 85% e um limiar de 55% (AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA, 2015; ESPANHA, 2008; GAMA et al., 2016).

Questões adicionais a considerar

- *Validade de face*: apropriada;
- *Validade de conteúdo*: 1,0;
- *Terminologia*: adequada;
- *Necessidade*: sim.

Análises empíricas

- Gestão:
 - *Útil para qualidade da assistência de enfermagem*: sim;
 - *Útil para o recebimento de incentivos financeiros*: sim;
 - *Avaliação geral da usabilidade/uso para comparar os relatórios públicos entre as ESFs*: alta a nível estadual e municipal;
 - *Avaliação geral da usabilidade/uso para relatórios públicos ao nível das áreas geográficas*: alta a nível estadual e municipal.

- Coleta dos dados:
 - *Disponível para coletar sem encargos excessivos:* sim;
 - *Viável de ser mensurado no contexto da atenção primária brasileira:* sim;
 - *Avaliação geral sobre a viabilidade de coleta dos dados:* altamente recomendado.

Pontos fortes

Representa a qualidade do acompanhamento dos idosos em AD1 realizado pelo enfermeiro com vistas a otimizar a sua periodicidade conforme o critério-resumo, contribuindo para a melhoria do planejamento das suas ações.

Pontos fracos

- *Dificuldades relacionadas à coleta dos dados:* Dispor de uma lista organizada com o número do prontuário e endereço de todos os idosos em AD1. Os ACS tiveram dificuldades de listar os idosos e os enfermeiros não sabiam indicar; ausência de prontuários domiciliares; discordância relacionada a divergência de conceitos, uma vez que as prescrições de enfermagem apresentam-se sobre a forma de orientações e solicitações nos registros.

Recomendações para fortalecimento do indicador

Sensibilizar o enfermeiro para a anotação de enfermagem de forma completa.

APÊNDICE 27

**FICHA DE INFORMAÇÃO DO INDICADOR “AVALIAÇÃO DO IDOSO NA
CONSULTA DE ENFERMAGEM” AJUSTADA**

Nome do indicador	Avaliação do idoso na consulta de enfermagem.
Definição	Percentual de consultas ao idoso realizadas pelo enfermeiro contendo a avaliação multidimensional rápida.
Interpretação	Mensura a realização da avaliação multidimensional rápida nas consultas ao idoso realizadas pelo enfermeiro.
Justificativa	A consulta de enfermagem é uma atividade privativa do enfermeiro para identificar situações de saúde/doença, bem como prescrever e implementar medidas de enfermagem visando a promoção, prevenção, proteção da saúde, recuperação e reabilitação do usuário, família e comunidade (COFEN, 1993). Na consulta ao idoso sugere-se que sejam realizados: a avaliação multidimensional rápida (BRASIL, 2006a), os exames da cavidade oral e superfície corporal (BRASIL, 2012; 2009; 2005) e avaliação da alimentação e peso (BRASIL, 2006b). Para este indicador, será considerado o critério-resumo a avaliação multidimensional rápida, pois possibilita o rastreamento de diversos problemas de saúde comuns a esta população favorecendo a intervenção.
Dimensão	Cuidado.
Subdimensão	Adequação.
Método de cálculo <i>Numerador</i> <i>Denominador</i>	$\frac{\text{Número de idosos consultados com avaliação multidimensional rápida}}{\text{Número de idosos consultados no último ano}} \times 100$
Fonte de dados	Relatórios informatizados/ficha de atendimento individual do e-SUS e consulta aos prontuários dos idosos.
Valor de referência	Deve ser realizada a avaliação multidimensional rápida anualmente.
Referências	AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. Plano Integrado para a Gestão Sanitária da Segurança do Paciente em Serviços de Saúde - Monitoramento e Investigação de Eventos Adversos e Avaliação de Práticas de Segurança do Paciente. DF: Editora MS, 2015. Disponível em: <http://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/index.php/legislacao/item/plano-integrado-para-a-gestao-sanitaria-da-seguranca-do-paciente-em-servicos-de-saude>. Acesso em: 27 dez. 2016. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção

Básica. **Autoavaliação para a Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica**: AMAQ. Brasília, DF: Editora MS, 2012. 134p. Disponível em:<<http://189.28.128.100/dab/docs/sistemas/pmaq/amaq.pdf>>. Acesso em: 03 ago. 2015.

_____. **Avaliação para melhoria da qualidade da estratégia saúde da família**. Brasília, DF: Editora MS, 2005. 107p. Disponível em:<http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/doc_tec_amq_portugues.pdf>. Acesso em: 03 ago. 2015.

_____. **Avaliação para a melhoria da qualidade**: Caderno de Auto-Avaliação nº5: Equipe Saúde da Família: Parte 2. 3. ed. Brasília, DF: Editora MS, 2009. 110p. Disponível em:<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_avalativo_5_final.pdf>. Acesso em: 07 ago. 2015.

_____. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa**. Brasília, DF: Editora MS, 2006a. (Caderno de Atenção Básica: 19). 192p. Disponível em:<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/envelhecimento_saude_pessoa_idosa_n19.pdf>. Acesso em: 04 mai. 2015.

_____. **Obesidade**. Brasília, DF: Editora MS, 2006b. (Cadernos de Atenção Básica: 12). Disponível em:<http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/cadernos_ab/abcad12.pdf>. Acesso em: 10 ago. 2015.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). **Resolução n. 358 de 15 de outubro de 2009**. Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem, e dá outras providências. Disponível em:<http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-3582009_4384.html>. Acesso: 12 Nov 2015.

_____. **Resolução n. 159 de 19 de abril de 1993**. Dispõe sobre a consulta de enfermagem. Disponível em:<http://novo.portalcofen.gov.br/resolucao-cofen-1591993_4241.html>. Acesso em: 25 jun. 2014.

ESPAÑA. Ministerio de Sanidad y Consumo. Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud. **Construcción y validación de indicadores de buenas prácticas sobre seguridad del paciente**. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2008. Disponível em:<<http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/construccionValidacionIndicadoresSeguridadPaciente.p>

	df>. Acesso em: 15 nov 2014. GAMA, Z.A.S. et al. Desenvolvimento e validação de indicadores de boas práticas de segurança do paciente: Projeto ISEP-Brasil. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v.32, n.9, e00026215, 2016. MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. Atenção a saúde do idoso. Belo Horizonte: SAS/MG, 2006. 186p. Disponível em:<http://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/LinhaGuiaSaudeIdoso.pdf>. Acesso em: 04 mai. 2015.
Limitações	Problemas na estimativa da população-alvo e qualidade do registro.
Observações	• A avaliação multidimensional rápida contempla as seguintes áreas: nutrição, visão, audição, incontinência, atividade sexual, humor/depressão, cognição/memória, função dos membros superiores e inferiores, atividades diárias, domicílio, queda e suporte social (BRASIL, 2006a); • Observar ferramenta de coleta; utilizar amostra de 17 casos conforme a <i>lot quality assurance sampling</i> (LQAS) baseada em estudos no nível terciário devido a ausência deste método na atenção primária. O número de decisão para aceitar a conformidade do indicador é 12, considerando um padrão de qualidade de 85% e um limiar de 55% (AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA, 2015; ESPANHA, 2008; GAMA et al., 2016).

Questões adicionais a considerar

- *Validade de face*: apropriada;
- *Validade de conteúdo*: 1,0;
- *Terminologia*: adequada;
- *Necessidade*: sim.

Análises empíricas

- Gestão:
 - *Útil para qualidade da assistência de enfermagem*: sim;
 - *Útil para o recebimento de incentivos financeiros*: sim;
 - *Avaliação geral da usabilidade/uso para comparar os relatórios públicos entre as ESFs*: alta a nível estadual e municipal;
 - *Avaliação geral da usabilidade/uso para relatórios públicos ao nível das áreas geográficas*: alta a nível estadual e municipal.
- Coleta dos dados:
 - *Disponível para coletar sem encargos excessivos*: sim;
 - *Viável de ser mensurado no contexto da atenção primária brasileira*: sim;
 - *Avaliação geral sobre a viabilidade de coleta dos dados*: altamente recomendado.

Pontos fortes

Este indicador representa a adequação da consulta de enfermagem, não somente sua cobertura.

Pontos fracos

- *Dificuldades relacionadas à coleta dos dados:* Dispor de uma lista organizada com o número do prontuário e endereço de todos os idosos; analisar cada consulta de enfermagem, porém devido o pequeno número de anotações do enfermeiro, o encargo não é excessivo.

Recomendações para fortalecimento do indicador

Sensibilizar o enfermeiro para a anotação de enfermagem de forma completa.