

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

**LUAN AUGUSTO ALVES GARCIA**

**A ATENÇÃO AO IDOSO NOS TERRITÓRIOS DE EQUIPES SAÚDE DA FAMÍLIA:  
ATRIBUTOS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA E INTERSETORIALIDADE**

**Uberaba-MG**

**2022**

**LUAN AUGUSTO ALVES GARCIA**

**A ATENÇÃO AO IDOSO NOS TERRITÓRIOS DE EQUIPES SAÚDE DA FAMÍLIA:  
ATRIBUTOS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA E INTERSETORIALIDADE**

Tese apresentada ao Programa de Pós Graduação Stricto Sensu em Atenção à Saúde, área de concentração Saúde e Enfermagem, da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, como requisito parcial para obtenção do título de Doutor em Atenção à Saúde.

Linha de pesquisa: Atenção à Saúde das Populações.

Eixo Temático: Saúde do Adulto e Idoso.

Orientador: Prof. Dr. Álvaro da Silva Santos.

**Uberaba-MG**

**2022**

**LUAN AUGUSTO ALVES GARCIA**

**A ATENÇÃO AO IDOSO NOS TERRITÓRIOS DE EQUIPES SAÚDE DA FAMÍLIA:  
ATRIBUTOS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA E INTERSETORIALIDADE**

Tese apresentada ao Programa de Pós Graduação Stricto Sensu em Atenção à Saúde, área de concentração Saúde e Enfermagem, da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, como requisito parcial para obtenção do título de Doutor em Atenção à Saúde.

Linha de pesquisa: Atenção à Saúde das Populações.

Eixo Temático: Saúde do Adulto e Idoso.

Uberaba, 30 de junho de 2022.

Banca Examinadora:

Prof. Dr. Álvaro da Silva Santos – Orientador  
Universidade Federal do Triângulo Mineiro

Profa. Dra. Bethania Ferreira Goulart  
Universidade Federal do Triângulo Mineiro

Profa. Dra. Marta Regina Farinelli  
Universidade Federal do Triângulo Mineiro

Profa. Dra. Vânia Del'Arco Paschoal  
Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto

Profa. Dra. Nathalia Cristina de Souza Borges  
Faculdade de Talentos Humanos

**Uberaba-MG**

**2022**

Dedico a minha família que me deu todo apoio e estímulo na concretização deste sonho, aos meus amigos que estimularam e foram suporte durante esta jornada.

## AGRADECIMENTOS

**À Deus**, primeiramente, pelo dom da vida e inteligência que me possibilitou poder ter usufruído desta experiência e ser meu alicerce nos momentos que mais precisei.

**À minha família**, meus pais Moacir e Elaine, minha irmã Lulybell, minha tia Celma por todo o incentivo e apoio nesta empreitada.

**Aos demais familiares**, por estarem sempre contentes e presentes em minhas conquistas.

**Aos amigos** que souberam compreender minhas ausências neste período tão conturbado.

**Ao meu orientador**, Prof<sup>o</sup> Dr. Álvaro da Silva Santos, pela parceria, paciência, troca de conhecimento e sobretudo confiança neste período.

**A profa. Dra. Rosimar Alves Querino**, por toda a ajuda e aconselhamentos durante o planejamento e execução da pesquisa. Com toda certeza sem sua ajuda a mesma não teria ocorrido.

**Aos colegas de mestrado e doutorado**, que foram o consolo e apoio nos momentos mais difíceis.

**A todos os profissionais de saúde**, que heroicamente trabalharam durante a pandemia do COVID-19e que mesmo assim contribuíram para a realização desta pesquisa.

**Aos professores e colaboradores da Pós Graduação Stricto Sensu em Atenção à Saúde** da Universidade Federal do Triângulo Mineiro por viabilizarem a realização deste trabalho.

E a todos que não foram citados, meu muito obrigado.

A tua lei não é a lei dos deuses; apenas o capricho ocasional de um homem. Não acredito que tua proclamação tenha tal força que possa substituir as leis não escritas dos costumes e os estatutos infalíveis dos deuses. Porque essas não são leis de hoje, nem de ontem, mas de todos os tempos: ninguém sabe quando apareceram. Não, eu não iria arriscar o castigo dos deuses para satisfazer o orgulho de um pobre rei.”

Antígona, Sófocles.

## RESUMO

GARCIA, Luan Augusto Alves. **A atenção ao idoso nos territórios de equipes saúde da família: atributos da atenção primária e intersectorialidade**. 2022. 134 f. Tese (Doutorado em Atenção à Saúde) – Programa de Pós Graduação em Atenção à Saúde, Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Uberaba, 2022.

O Sistema Único de Saúde constitui uma resposta governamental para a efetivação de ações no que se refere a principal estratégia de enfrentamento dos agravos e necessidades de saúde nacional, principalmente frente ao processo de envelhecimento populacional evidenciado na população brasileira. Para o cumprimento desses desafios, ações intersetoriais são necessárias de forma a garantir o acesso e a cobertura universal aos serviços de saúde ao considerar toda a problemática vivenciada pelos países em desenvolvimento da América Latina. Assim, o presente estudo objetivou analisar o modo como trabalhadores de equipes saúde da família avaliam os atributos da APS e a intersectorialidade na atenção ao idoso. Empreendeu-se estudo por meio de métodos mistos, realizado em duas etapas: a primeira - de abordagem quantitativa e analítica os dados foram coletados por meio de questionário de caracterização sociodemográfica e ocupacional dos trabalhadores de equipes saúde da família da zona urbana de Uberaba e o questionário PCATool - versão para profissionais. Foi empreendida análise descritiva univariada e analítica por meio de análise bivariada; e a segunda - de abordagem qualitativa, foi realizada análise documental das políticas municipais de saúde, educação para mapear quais instituições (saúde ou não) referidas pelas políticas como responsáveis pela oferta de serviços direcionadas à população idosa e grupos focais para compreender o modo como os recursos de comunidade tem desempenhado a coordenação da atenção ao idoso e identificar as barreiras para o trabalho em rede das instituições que atendem ao segmento idoso. Para análise das interações sensíveis às Atenção Primária, foram analisadas as internações dos idosos residentes no município de Uberaba/MG, registradas no Sistema de Internação Hospitalar no período de 2009 a 2018 e empreendida análise descritiva univariada. A análise dos dados qualitativos obtidos dos grupos focais foi realizada por meio de análise temática. Apresentaram escores satisfatórios de qualidade os atributos Orientação Comunitária (7,1), Serviços Prestados (6,9), Integração dos Cuidados (6,6) e Serviços Disponíveis (6,7). Os

escores essencial e geral apresentaram médias abaixo do ponto de corte, sugerindo fraca orientação para a APS e, conseqüentemente, baixa qualidade desse nível de atenção. Com relação às instituições que são acionadas pelas equipes de Saúde da Família, destacam-se serviços especializados de outros pontos da RAS, com pouca representatividade dos recursos comunitários próprios do território de abrangência das equipes. Foram consideradas como principais fontes de informação dos serviços utilizados as diretrizes da SMS e o conhecimento pessoal dos participantes. A proporção de interações sensíveis diminuíram no período entre 2009 a 2016, sendo mais expressivos os grupos de causas relacionados ao sistema cardiovascular (Insuficiência cardíaca, Angina e Doenças cerebrovasculares), idosos de faixa etária de 80 anos ou mais e sexo masculino. Na avaliação das principais barreiras e potencialidade para o trabalho em rede das instituições que atendem ao público idoso, os participantes relataram a importância da atuação em rede dos diversos segmentos que atendem ao público idoso, porém destacam a falta de proximidade da saúde, com destaque para as equipes de Saúde da Famílias, junto as outras instituições/segmentos que atendem aos idosos. Foi destacado também os impactos no atendimento às demandas de saúde da população idosa frente ao contexto da pandemia de COVID. Apontaram dificuldades de estabelecimento de relações junto ao Centro de Referência em Assistência Social e padronização das exigências por parte da vigilância sanitária para emissão do alvará sanitário de funcionamento das ILPI's. Os resultados encontrados são fundamentais como contribuição para o estado da arte sobre a temática, assim como pode auxiliar os profissionais e gestores na readequação dos serviços no que refere a maior presença e a extensão dos atributos da APS.

Palavras chave: atenção primária à saúde; idoso; estratégia saúde da família; colaboração intersetorial; pesquisa sobre serviços de saúde.



## ABSTRACT

GARCIA, Luan Augusto Alves. **Care for the elderly in the territories of family health teams: attributes of primary care and intersectoriality.** 2022. 134 f. Tese (Doutorado em Atenção à Saúde) – Programa de Pós Graduação em Atenção à Saúde, Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Uberaba, 2022.

The Unified Health System constitutes a governmental response to the implementation of actions regarding the main strategy to face the problems and needs of national health, mainly in face of the process of population aging evidenced in the Brazilian population. In order to meet these challenges, intersectoral actions are necessary in order to guarantee access and universal coverage of health services when considering all the problems experienced by developing countries in Latin America. Thus, the present study aimed to analyze how workers from family health teams assess the attributes of PHC and intersectoriality in elderly care. A study was carried out using mixed methods, carried out in two stages: the first - with a quantitative and analytical approach, data were collected through a questionnaire of sociodemographic and occupational characterization of workers from family health teams in the urban area of Uberaba and the PCATool quiz - version for professionals. Univariate descriptive and analytical analysis was carried out through bivariate analysis; and the second - with a qualitative approach, documental analysis of municipal health and education policies was carried out to map which institutions (health or not) referred to by the policies as responsible for providing services aimed at the elderly population and focus groups to understand how the Community resources have played a role in coordinating care for the elderly and identifying barriers to networking between institutions that serve the elderly segment. For the analysis of hospitalizations sensitive to Primary Care, the hospitalizations of elderly residents in the city of Uberaba/MG, registered in the Hospital Admission System from 2009 to 2018, were analyzed and a univariate descriptive analysis was undertaken. The analysis of qualitative data obtained from the focus groups was performed using thematic analysis. The attributes Community Guidance (7.1), Services Provided (6.9), Integration of Care (6.6) and Services Available (6.7) presented satisfactory quality scores. The essential and general scores showed averages below the cutoff point, suggesting poor orientation towards PHC and, consequently, low quality of this level of care. With regard to the institutions that

are activated by the Family Health teams, specialized services from other parts of the RAS stand out, with little representation of community resources from the territory covered by the teams. The SMS guidelines and the personal knowledge of the participants were considered as the main sources of information for the services used. The proportion of sensitive hospitalizations decreased in the period between 2009 and 2016, with more expressive groups of causes related to the cardiovascular system (Heart failure, Angina and Cerebrovascular diseases), elderly aged 80 years or more and males. In assessing the main barriers and potential for networking in institutions that serve the elderly public, the participants reported the importance of networking in the various segments that serve the elderly public, but highlight the lack of proximity to health, with emphasis on the Family Health teams, along with other institutions/segments that serve the elderly. The impacts on meeting the health demands of the elderly population in the context of the COVID pandemic were also highlighted. They pointed out difficulties in establishing relationships with the Social Assistance Reference Center and standardizing the requirements on the part of the health surveillance to issue the health permit for the operation of the ILPI's. The results found are fundamental as a contribution to the state of the art on the subject, as well as helping professionals and managers in the readjustment of services in terms of greater presence and extension of PHC attributes.

Keywords: primary health care; aged; national health strategies; Intersectoral Collaboration; health services research.

## RESUMEN

GARCIA, Luan Augusto Alves. **Atención al anciano en los territorios de los equipos de salud de la familia: atributos de la atención primaria e intersectorialidad**. 2022. 134 f. Tese (Doutorado em Atenção à Saúde) – Programa de Pós Graduação em Atenção à Saúde, Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Uberaba, 2022.

El Sistema Único de Salud constituye una respuesta gubernamental a la implementación de acciones relativas a la principal estrategia para enfrentar los problemas y necesidades de la salud nacional, principalmente frente al proceso de envejecimiento poblacional evidenciado en la población brasileña. Para enfrentar estos desafíos, se requieren acciones intersectoriales que garanticen el acceso y la cobertura universal de los servicios de salud considerando todos los problemas que experimentan los países en desarrollo de América Latina. Así, el presente estudio tuvo como objetivo analizar cómo trabajadores de equipos de salud de la familia evalúan los atributos de la APS y la intersectorialidad en el cuidado de ancianos. Se realizó un estudio con métodos mixtos, realizado en dos etapas: la primera - con un enfoque cuantitativo y analítico, los datos fueron recolectados a través de un cuestionario de caracterización sociodemográfica y ocupacional de los trabajadores de los equipos de salud de la familia del área urbana de Uberaba y el cuestionario PCATool - versión para profesionales. El análisis descriptivo y analítico univariado se realizó mediante análisis bivariado; y el segundo - con un enfoque cualitativo, se realizó un análisis documental de las políticas municipales de salud y educación para mapear qué instituciones (salud o no) se refieren las políticas como responsables de la prestación de servicios dirigidos a la población adulta mayor y grupos focales para comprender cómo los recursos comunitarios han jugado un papel en la coordinación de la atención a las personas mayores y en la identificación de barreras para el trabajo en red entre las instituciones que atienden al segmento de personas mayores. Para el análisis de las internaciones sensibles a la Atención Primaria, se analizaron las internaciones de ancianos residentes en la ciudad de Uberaba/MG, registradas en el Sistema de Admisión Hospitalaria de 2009 a 2018 y se realizó un análisis descriptivo univariado. El análisis de los datos cualitativos obtenidos de los grupos focales se realizó mediante análisis temático. Los atributos Orientación Comunitaria (7,1), Servicios Prestados

(6,9), Integración del Cuidado (6,6) y Servicios Disponibles (6,7) presentaron puntajes de calidad satisfactorios. Los puntajes esenciales y generales mostraron promedios por debajo del punto de corte, lo que sugiere una mala orientación hacia la APS y, consecuentemente, una baja calidad de este nivel de atención. En cuanto a las instituciones que son activadas por los equipos de Salud de la Familia, se destacan servicios especializados de otras partes de la RAS, con poca representación de recursos comunitarios del territorio de cobertura de los equipos. Las pautas de SMS y el conocimiento personal de los participantes se consideraron como las principales fuentes de información para los servicios utilizados. La proporción de hospitalizaciones sensibles disminuyó en el período de 2009 a 2016, con grupos más expresivos de causas relacionadas con el sistema cardiovascular (Insuficiencia cardíaca, Angina y Enfermedades cerebrovasculares), ancianos de 80 años o más y del sexo masculino. Al evaluar las principales barreras y potencialidades para el trabajo en red en las instituciones que atienden al público anciano, los participantes relataron la importancia del trabajo en red en los diversos segmentos que atienden al público anciano, pero destacan la falta de proximidad a la salud, con énfasis en los equipos de Salud de la Familia, junto con otras instituciones/segmentos que atienden a los adultos mayores. También se destacaron los impactos en la atención de las demandas de salud de la población adulta mayor en el contexto de la pandemia de COVID. Señalaron dificultades para establecer relaciones con el Centro de Referencia de Asistencia Social y estandarizar los requisitos por parte de la vigilancia sanitaria para expedir el permiso sanitario para el funcionamiento de los ILPI. Los resultados encontrados son fundamentales como aporte al estado del arte en el tema, además de ayudar a los profesionales y gestores en la readecuación de los servicios en función de una mayor presencia y extensión de los atributos de la APS.

Palabras clave: atención primaria de salud; anciano; estrategias de salud nacionales; colaboración intersectorial; investigación sobre servicios de salud.

## LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Participação relativa dos grupos etários na população total (2010/2060)....	20
Figura 2 – Estrutura operacional das Redes de Atenção à Saúde – RAS.....	27
Figura 3 – Atendimento ao idoso nos pontos de atenção à saúde no estado de Minas Gerais.....	28
Figura 4 – Diagrama representativo do desenho do estudo. Uberaba, MG, Brasil, 2022.....	42
Figura 5 - Distritos Sanitários de saúde no município de Uberaba.....	42
Figura 6 – Principais fontes de conhecimento da existência de instituições/recursos de comunidades acionados pelas equipes da Estratégia Saúde da Família.....	65
Quadro 1 – Atributos, componentes e itens do PCATool.....	45
Quadro 2. Indicadores de saúde acompanhados apresentados no Plano Municipal de Saúde (2018-2021).....	59
Quadro 3 - Perfil sociodemográfico dos participantes da etapa qualitativa do estudo.....	69

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Caracterização sociodemográfica dos profissionais participantes do estudo. Uberaba/MG, 2022.....	52
Tabela 2 - Caracterização profissional dos participantes do estudo. Uberaba/MG, 2022.....	54
Tabela 3 - Participação em iniciativas de educação permanente, formação, cursos e eventos no último ano. Uberaba/MG, 2022.....	55
Tabela 4 – Atributos da APS na percepção dos trabalhadores da APS. Uberaba/MG, 2022.....	56
Tabela 5 – Análise das correlações entre os atributos da APS e os escores essencial e geral de qualidade da APS. Uberaba/MG, 2022.....	57
Tabela 6 – Principais instituições/serviços/recursos de comunidade acionados pelas equipes da Estratégia Saúde da Família. Uberaba/MG, 2022.....	64
Tabela 7 – Proporção das internações da população idosa segundo condições sensíveis e não sensíveis, por biênio e faixa etária, Uberaba/MG, 2009 a 2018.....	66
Tabela 8 – Taxas (por 1.000 habitantes) das ICSAP da população idosa segundo faixa etária, por biênio, Uberaba/MG, 2009 a 2018.....	66
Tabela 9 – Número e proporção de internações por condições sensíveis, segundo os grupos de sensíveis e faixa etária, Uberaba/MG, 2009 a 2018.....	67
Tabela 10 – Número e proporção de internações por condições sensíveis, segundo os grupos de sensíveis e faixa etária, Uberaba/MG, 2009 a 2018.....	68

## SUMÁRIO

	<b>APRESENTAÇÃO.....</b>	<b>16</b>
<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO.....</b>	<b>19</b>
1.1	ENVELHECIMENTO POPULACIONAL E OS IMPACTOS À SAÚDE.....	19
1.2	ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE E A ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA NO CONTEXTO DE ATENDIMENTO AO IDOSO.....	23
1.3	ATRIBUTOS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA E A INTERSETORIALIDADE EM SAÚDE.....	33
<b>2</b>	<b>JUSTIFICATIVA.....</b>	<b>38</b>
<b>3</b>	<b>OBJETIVOS.....</b>	<b>40</b>
3.1	OBJETIVO GERAL.....	40
3.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	40
<b>4</b>	<b>PERCURSO METODOLOGICO.....</b>	<b>41</b>
4.1	TIPO DE ESTUDO.....	41
4.2	CENÁRIO DO ESTUDO.....	42
4.3	POPULAÇÃO.....	43
4.4	COLETA E ANÁLISE DOS DADOS.....	44
4.5	CONSIDERAÇÕES ÉTICAS.....	50
<b>5</b>	<b>RESULTADOS.....</b>	<b>52</b>
5.1	PERFIL SÓCIODEMOGRÁFICO E PROFISIONAL DOS TRABALHADORES DE EQUIPES SAÚDE DA FAMÍLIA.....	52
5.2	ATRIBUTOS DA APS NA ATENÇÃO AO IDOSO NA PERSPECTIVA DOS TRABALHADORES DE EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA.....	56
5.3	MAPEAMENTO DAS INSTITUIÇÕES QUE ATENDEM AO PÚBLICO IDOSO E SÃO ACIONADAS PELAS EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA...57	
5.4	PERFIL DAS INTERNAÇÕES SENSÍVEIS À ATENÇÃO PRIMÁRIA EM IDOSOS.....	65
5.5	BARREIRAS E AS POTENCIALIDADES PARA O TRABALHO EM REDE DAS INSTITUIÇÕES QUE ATENDEM AO SEGMENTO IDOSO.....	69
<b>5.5.1</b>	<b>Funcionamento da instituição e o atendimento às necessidade do idoso.....</b>	<b>70</b>
<b>5.5.2</b>	<b>Principais necessidade da população idosa atendidas pelo serviço....</b>	<b>70</b>

5.5.3	Parcerias estabelecidas com as equipes de Saúde da Família.....	71
5.5.4	Parcerias com outras instituições/programa de atendimento ao idoso.....	72
5.5.5	Percepções da atuação integrada/rede no atendimento ao idoso.....	72
5.5.6	Impactos e desafios impostos pela pandemia do COVID-19.....	74
5.5.7	Desafios para melhoria do atendimento e atuação integrada/rede na atenção ao idoso.....	75
6	<b>DISCUSSÃO.....</b>	<b>77</b>
7	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>89</b>
	<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>91</b>
	<b>APÊNDICES.....</b>	<b>102</b>
	APÊNDICE A - Caracterização sociodemográfica e ocupacional dos trabalhadores de Equipe de Saúde da Família.....	102
	APÊNDICE B - Caracterização sociodemográfica e ocupacional dos trabalhadores dos recursos de comunidade das equipes de saúde da família.....	105
	APÊNDICE C - Roteiro para condução do grupo focal com os profissionais de instituições que atendem ao público idoso.....	107
	APÊNDICE D – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (Profissionais ESF).....	108
	APÊNDICE E - Roteiro para condução do grupo focal com os profissionais de instituições que atendem ao público idoso.....	110
	<b>ANEXOS.....</b>	<b>112</b>
	ANEXO A - Avaliação dos Atributos da Atenção Primária – PCATool.....	112
	ANEXO B – Parecer Consubstanciado do CEP.....	130
	ANEXO C – Autorização da Secretaria de Saúde.....	132



## APRESENTAÇÃO

A minha aproximação junto aos serviços de Atenção Primária à Saúde (APS) iniciou-se durante o período de minha graduação em Enfermagem na cidade de Uberlândia/MG, nos anos de 2007 a 2010. Como cenários de práticas das disciplinas de componente específicas da formação de Enfermagem, a maioria delas foi realizada no contexto das Unidades de Saúde da Família.

Após minha formação, dei seguimento aos meus estudos realizando uma pós graduação, modalidade *lato sensu* em Enfermagem do Trabalho e Gestão dos Serviços de Ergonomia, a qual me propiciou meu primeiro emprego como Enfermeiro do Trabalho na empresa do segmento de *Call Center* onde já trabalhava.

Durante os dois anos que atuei no setor de Medicina e Segurança do Trabalho tive oportunidade de ter vários contatos com os outros pontos da rede de atenção à saúde do município, as Unidades de Atendimento Integrado, como são conhecidos os serviços de pronto atendimento de Uberlândia.

Devido às poucas perspectivas de crescimento profissional na área de saúde ocupacional decidi, em 2014, realizar um sonho antigo que deixei de lado devido aos insucessos anteriores, cursar a pós-graduação na modalidade de residência multiprofissional em saúde.

A priori, minha perspectiva seria o programa de residência vinculado à faculdade de Medicina da Universidade Federal de Uberlândia - UFU, na área de concentração em Saúde Coletiva. Porém, devido ao insucesso anterior nos processos seletivos anteriores acabei por encontrar ao acaso na internet o Programa de Residência Multiprofissional em Saúde na Universidade Federal do Triângulo Mineiro - UFTM. Este último não possuía áreas específicas de formação como a saúde coletiva, porém adotava como áreas de concentração ciclos vitais: criança e adolescente, adulto e idoso.

Devido às experiências anteriores e ao fato de atender o público adulto como enfermeiro do trabalho, acabei optando pela área de concentração do adulto, e acabei sendo aprovado em 2014, quando me mudei para Uberaba.

No primeiro ano realizávamos nossas atividades nos diversos setores do Hospital de Clínicas - HC, já no segundo ano tínhamos como cenário de prática unidades matriciais de Saúde da Família da rede de serviços do município.

Embora minha especialização fosse direcionada a saúde do adulto, sempre nos deparávamos com a população idosa nos serviços que atuávamos e nunca nos recusamos à prestação de orientações e/ou assistência a esta população.

No contexto da APS, pude observar que a população idosa era bastante frequente com relação a utilização do serviço e assídua nas atividades que a unidade de saúde ofertava.

Além da experiência prática enquanto enfermeiro e integrante de uma equipe multiprofissional, tínhamos atividades teóricas relacionadas a formação. Foram estes momentos que despertaram meu interesse para a área acadêmica.

Nos encontros teóricos (aulas), tivemos o prazer de conhecer profissionais da rede SUS do município que trabalhavam em diferentes setores e que fizeram crescer ainda mais meu interesse pela área da APS. Tivemos contato com profissionais ligados à área jurídica e gestão da atenção básica da Secretaria Municipal de Saúde (SMS), regulação, sistemas de informação em saúde, profissionais da assistência, dentre outros.

Próximo à conclusão da residência e na iminência de retorno para Uberlândia, recebo o e-mail de um professor do curso de graduação em Enfermagem, professor Álvaro para uma reunião sobre o mestrado em Atenção à Saúde vinculado à UFTM. Em nossa reunião, o mesmo explicou que ele sempre convidava os alunos egressos da residência devido à maturidade que a mesma propiciava e devido às atividades que desenvolvia junto ao grupo de pesquisa: atividades de ensino, pesquisa e extensão relacionadas ao idoso e o trabalho editorial na Revista Família, Ciclos de Vida e Saúde no Contexto Social - REFACS. Fiquei imensamente honrado em ser convidado por um professor para dedicar-me ao ingresso no mestrado. Todavia, me inquietava a perspectiva de trabalhar com um público que até então não tinha sido alvo de minha formação: os idosos.

Toda a vivência realizada na residência junto à população idosa me motivou para o trabalho com a temática do idosos, em especial no contexto da atenção primária.

Inicialmente minha proposta do mestrado era com um projeto sobre as Interações por Condições Sensíveis à Atenção Primária (ICSAP) da população idosa de Uberaba. No entanto, por se tratar de um estudo de abordagem epidemiológica com base em dados secundários, acabei amadurecendo o delineamento do estudo e abordado a avaliação da satisfação de idosos com os serviços da Atenção Primária,

em especial os da Saúde da Família. Tratou-se de identificar os possíveis fatores influenciadores e o comportamento da satisfação nos diferentes Distritos Sanitários de Saúde da zona urbana de Uberaba.

Como na pesquisa de mestrado havia abordado apenas os usuários idosos numa perspectiva de inquérito domiciliar com instrumento de abordagem quantitativa, uma lacuna apontada pela banca foi a de não ter abordado a perspectiva qualitativa, o que complementaria os achados.

Antes de concluir o mestrado, fui aprovado no doutorado no Programa de Pós Graduação em Atenção à Saúde e mantive o orientador da dissertação. A pesquisa proposta no âmbito do doutorado coaduna dos resultados anteriores e visa ampliá-los com a abordagem do cuidado de saúde para a população idosa pelas equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF) com ênfase na intersectorialidade.

Os recursos de comunidade sempre foram instâncias acionadas durante o período da residência multiprofissional quando as possibilidades de trabalhos do serviço de saúde eram insuficientes. Todavia, desde aquele momento refletia sobre as potencialidades da atuação integrada e intersectorial e de como faltava esta aproximação entre os diversos setores. Chama a atenção o mapeamento dos recursos de comunidade realizado pelas equipes saúde da família que trazem um conhecimento sobre a vida nos territórios e, também, sobre potentes parcerias para a atenção integral às comunidades.

Como a maioria das pesquisas pouco abordam a participação de outros setores que não a saúde, nossa proposta de trabalho é avaliar a perspectiva de atenção ao idoso na atenção primária com vistas a intersectorialidade com outros segmentos sociais do município.

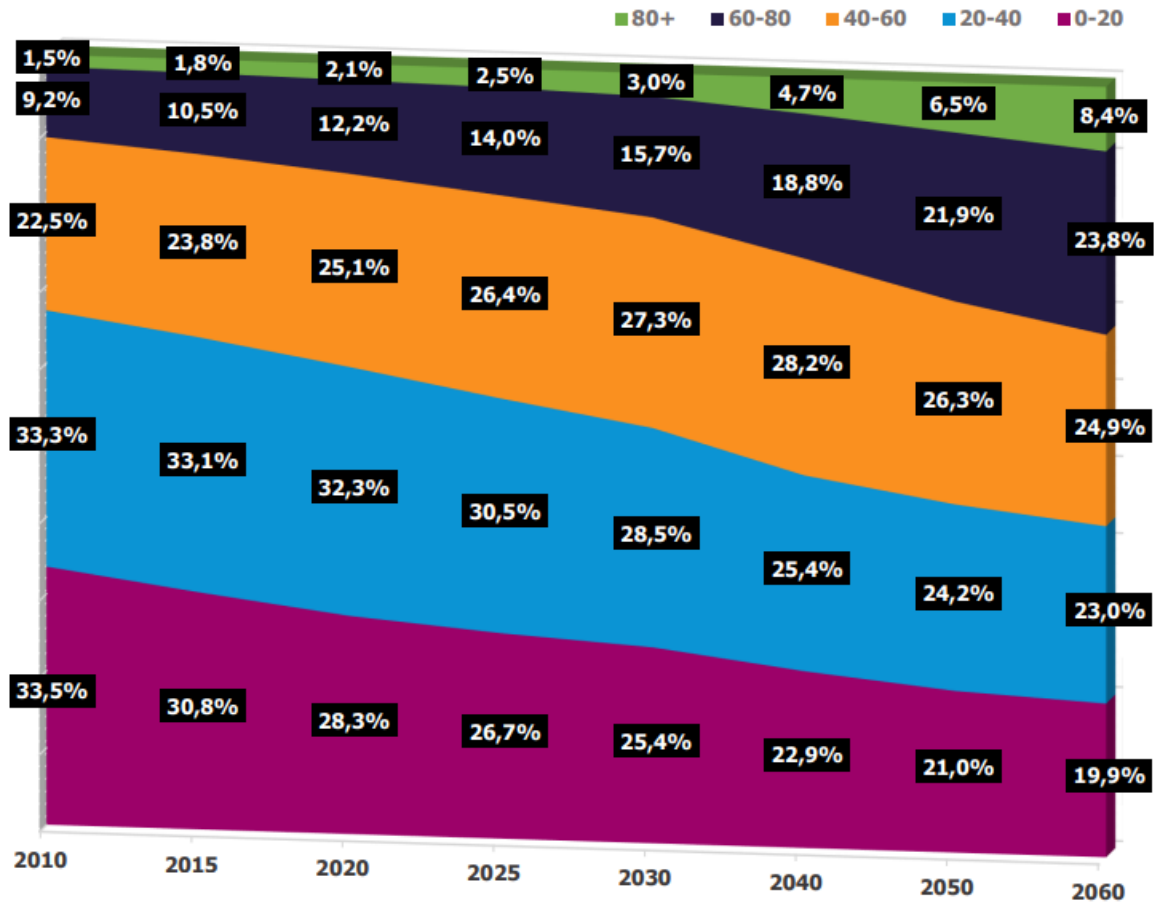
## 1. INTRODUÇÃO

### 1.1 ENVELHECIMENTO POPULACIONAL E OS IMPACTOS À SAÚDE

O envelhecimento populacional é um fenômeno mundial. A Organização das Nações Unidas (ONU) aponta um marcante crescimento da proporção de indivíduos com 60 anos ou mais na população brasileira. Entre 1950 e 2000 a população de idosos do Brasil esteve abaixo de 10,0%, situação semelhante a encontrada em países menos desenvolvidos. A partir de 2010 tal situação começa a se modificar, aproximando o contexto nacional do projetado para os países desenvolvidos (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA - IBGE, 2015). Estimativas do Instituto Brasileiro e Geografia e Estatística (IBGE) apontam-que, em 2013, a população idosa representava cerca de 13% do total de brasileiros, aproximando-se de 26 milhões de indivíduos (IBGE, 2015).

Tal situação é mais evidente ao analisar a distribuição de projeções da população por grupos de idade. O grupo de idosos, com 60 anos ou mais, será maior que a de crianças e adolescentes após 2050. Em 2060, a participação de idosos na população total será maior que a de adultos jovens (até 39 anos de idade), bem como o número de pessoas com 80 anos e mais aumentará mais de 50%, passando de 1,5 em 2010 para 8,4 em 2060 (IBGE, 2020), conforme apresentado figura 1.

**Figura 1** - Participação relativa dos grupos etários na população total (2010/2060).



Fonte: IBGE, 2020.

A proporção de idosos do Brasil, em 2070, segundo estimativas, será superior ao indicado para o conjunto de países desenvolvidos. Tal situação traz importantes implicações sobre o aumento da participação de idosos na estrutura etária do país, além de impactos diretos na estrutura econômica e sanitária das sociedades, com implicações diretas em adequações nas políticas públicas, em especial as de saúde (GARCIA, 2023; MEDEIROS; MORAIS, 2015).

Todas estas alterações relacionam-se ao processo de transição demográfica (GARCIA, 2017; PEREIRA, 2023). Em meados da década de 1940, o Brasil tinha elevados níveis de fecundidade e mortalidade em sua população. Ao passar do tempo, com a queda das taxas de mortalidade e a manutenção dos elevados níveis de fecundidade, o país vivenciou o início de um crescimento populacional vertiginoso. Por volta da década de 1960, inicia-se uma diminuição nas taxas de fecundidade, que se acentuou na década seguinte e vem diminuindo até hoje (PEREIRA, 2023;

ROUQUAYROL; GURGEL, 2018). A esperança de vida ao nascer, que era menor que 50 anos na década de 1950, passou para 75,4 anos em 2015 (IBGE, 2022).

Esse processo relaciona-se também à transição epidemiológica, que refere-se a mudança no perfil de morbimortalidade da população (GARCIA, 2017). Tal situação é caracterizada pelo complexo de mudanças nos padrões de saúde e adoecimento e as relações destes com determinantes demográficos, econômicos e sociológicos (PEREIRA, 2013). No Brasil este fenômeno é caracterizado por um processo de transição das doenças infecciosas para as Doenças Crônico Não Transmissíveis (DCNT) e as causadas pelo homem, como as causas externas de morbidade (ROUQUAYROL; GURGEL, 2018).

Enquanto que nos países desenvolvidos este processo de transição aconteceu de forma lenta e progressiva, nos países em desenvolvimento, como o Brasil, ele ocorreu de forma rápida, gerando grandes impactos e demandas aos serviços de saúde para atender a este novo contexto (GARCIA, 2017).

Os agravos relacionados as DCNT têm sido os principais motivos de internação (GARCIA et al., 2021; MARQUES et al., 2014; OLIVEIRA et al., 2021) e causas de óbitos (BOITRAGO et al., 2021) entre a população idosa. Nesse contexto, os idosos representam importante demandas para os serviços de saúde (STOPA et al., 2017), com tempo de internações maiores e frequentes (COVINO et al., 2019). Estudo realizado no município de Bagé/Rio Grande do Sul identificou que a multimorbidade, principalmente relacionada às DCNT, aumentou a ocorrência de hospitalizações, sendo que os idosos com plano de saúde e residentes em áreas com cobertura de equipes de ESF internaram mais (NUNES et al., 2017). Outro estudo realizado em municípios que compunham uma macrorregião de saúde do triângulo mineiro identificou que, 83,8% procuraram o mesmo serviço ou profissional de saúde, associando-se a condição de pré-fragilidade/fragilidade e à autopercepção de saúde negativa (TAVARES et al., 2021).

Considerado um grande triunfo da humanidade, o envelhecimento deve ser visto também como grande desafio, uma vez que se espera que este ciclo vital seja vivido com qualidade de vida. Embora a idade não seja sinônimo de adoecimento, existe uma associação entre o envelhecimento e um aumento do grau de dependência deste indivíduo, com uma ideia de maior fragilidade e vulnerabilidade (PEREIRA-LLANO et al., 2016).

O envelhecimento deve ser compreendido de forma singular e considerado um processo contínuo de progressivas modificações biológicas, psicológicas e sociais ao longo da vida do indivíduo, que determinam perda da capacidade de adaptação do indivíduo ao meio ambiente ocasionando maior vulnerabilidade e maior predisposição ao aparecimento de doenças que podem leva-lo à morte (PAPALÉO NETO; PONTE, 1996; QUADROS et al., 2016).

Este fenômeno é influenciado por inúmeros fatores (fisiológicos, comportamentais, cognitivos e sociais), sendo um processo regulador do funcionamento corporal entre saúde e doença, distinguindo aquilo que é comum, a senescência, daquilo que é considerado patológico, denominado senilidade (GARCIA, 2017; FREITAS; PY, 2017).

No contexto brasileiro de políticas públicas pertinentes à população idosa, considera-se idoso o indivíduo com 60 anos ou mais (BRASIL, 2003). Tendo em vista que o envelhecimento populacional traz consequências diretas para os serviços de saúde, novas demandas são geradas para o governo, como a produção de novas políticas públicas e readequação das já existentes, pois esta fase do ciclo vital encontra-se associada ao aparecimento de diversas problemáticas, desvelando a importância de práticas inovadoras de planejamento, acesso e manutenção do atendimento ao idoso (CARREIRA; RODRIGUES, 2010; GARCIA, 2017; MAFRA, 2011; MEDEIROS; MORAIS, 2015; VERAS, 2020; VERAS; CORDEIRO, 2019).

Verifica-se a necessidade de mudança no modelo de atenção à saúde que, ainda hoje, está pautado no reconhecimento/direcionamento das ações no cuidado às condições agudas (CAMARGO et al., 2019). Considerando o expressivo aumento e impacto que as DCNT trazem, há a necessidade de um modelo de sistema de saúde direcionado a tais questões. A Organização Mundial da Saúde (OMS) propôs em 2003 um modelo de atenção crônica, o modelo dos cuidados inovadores para condições crônicas que propõe mais vínculo entre comunidade e os serviços de saúde, sendo sua implementação realizada por meio de oito elementos essenciais:

[...] apoiar a mudança de paradigma; gerenciar o ambiente político; desenvolver um sistema de atenção à saúde integrado; alinhar políticas setoriais para a saúde; aproveitar melhor os recursos humanos do setor saúde; centralizar o tratamento na pessoa usuária e na família; apoiar as pessoas usuárias em suas comunidades; e enfatizar a prevenção (MENDES, 2011, p. 233).

Assim, há a necessidade de reorganização do Sistema Único de Saúde (SUS) perante a este novo contexto de desafios/demandas relacionadas ao processo de envelhecimento, em que cada vez mais a população idosa necessitará de realização de procedimentos diagnósticos e terapêuticos relacionados às DCNT, reabilitação assim como ações de promoção e prevenção.

Ações de prevenção de agravos e promoção da saúde devem ser prioridade no delineamento de políticas públicas voltadas para a população idosa, tendo em vista que a hospitalização, embora necessária em alguns episódios, representa muitos riscos à saúde como a imobilidade, incontinência, desnutrição, depressão, declínio cognitivo, deterioração da capacidade funcional e até mesmo o óbito (BRASIL, 2006; MACIEL; CALDEIRA; DINIZ, 2014; TORRES et al., 2020).

Estudos apontam que os custos mais elevados com a saúde de idosos estão relacionados a repetidas internações hospitalares. Assim, evitar internações nessa população é relevante por questões de saúde e qualidade de vida quanto por economia com gastos na saúde pública (MARQUES et al., 2014; PASKULIN; VALER; VIANNA, 2011).

No cenário nacional, o SUS constitui uma resposta governamental para a efetivação de ações no que se refere a principal estratégia de enfrentamento dos agravos e necessidades de saúde nacional, com ênfase na ações empreendidas pela APS por meios das equipes da ESF (MACIEL; CALDEIRA; DINIZ, 2014). A seguir, será abordado as questões relacionadas à APS, principalmente por meio da ESF e o atendimento ao idoso.

## 1.2 ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE E A ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA NO CONTEXTO DE ATENDIMENTO AO IDOSO

Mundialmente é reconhecido o papel da APS na prevenção de doenças e agravos à saúde. A APS consiste, num nível de atenção ambulatorial não especializada oferecida em unidades de saúde de um sistema, sendo caracterizada pela execução de diversificadas ações clínicas de baixa densidade tecnológica e elevada resolutividade dos casos assistidos (PINHEIRO; MATTOS, 2006; STARFIELD, 2002).

A APS estabelece uma estratégia de atenção à saúde no primeiro nível de assistência e visa garantir uma atenção contínua e de qualidade, com intenção em



valorizar a integralidade e longitudinalidade do cuidado em saúde e não apenas assistência médica (BARRETO; NERY; COSTA, 2012; PINHEIRO; MATTOS, 2006; STARFIELD, 2002). Considerando que ela deveria resolver cerca de 80 a 90% dos problemas de saúde, a sua não efetividade pode comprometer o funcionamento dos demais níveis de atenção à saúde (MEDEIROS; MORAIS, 2015).

Um dos principais desafios a ser superado pela APS brasileira se refere na dificuldade de acesso dos usuários aos serviços de saúde quando que necessitam. Tal situação impossibilita um cuidado integral e despotencializa o papel da APS como ordenadora do cuidado na perspectiva das Redes de Atenção à Saúde – RAS (MENDES, 2011).

No Brasil, a APS constitui-se como nível ordenador dos demais níveis assistenciais e porta de entrada ao SUS, sendo a ESF apontada como principal ferramenta de enfrentamento da crise no sistema de saúde do país (MARQUES et al., 2014).

O Relatório Dawson é considerado um dos primeiros documentos a empregar o conceito de APS numa perspectiva organizativa regionalizada e hierarquizada dos serviços de saúde, por diferentes níveis de complexidade e base territorial definida. Tal documento, elaborado em 1920 pelo Ministério da Saúde do Reino Unido, serviu como base para criação do sistema nacional de saúde britânico em 1948, inspirando a reorganização de vários sistemas de saúde em vários países (LAVRAS, 2011; SOLHA, 2014).

A partir da década de 1970, as questões de saúde pública passam a ser discutidas internacionalmente em eventos que resultaram na elaboração de documentos que hoje formam os pilares da APS: Declaração de Alma Ata (1978), Carta de Ottawa (1986), os quais propõem novas diretrizes para o setor da saúde, considerando a determinação social da saúde relacionado ao processo de saúde/doença (BRASIL, 2002; BUSS, 2014).

No Brasil, desde o surgimento dos Centros de Saúde Escola na década de 1920 até o presente momento, podemos identificar várias tentativas de efetivação da APS como serviço ordenador da RAS (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE - OPAS, 2011). Diversas estratégias e concepções foram utilizados para a criação de vários modelos em diferentes regiões do país (LAVRAS, 2011).

As primeiras experiências de medicina comunitária associadas ao Movimento da Reforma Sanitária e apoio das universidades marcaram o início da participação

dos municípios no desenvolvimento da APS na década de 1970. Desde então, diversos programas e iniciativas foram criadas (FREIRE; ARAÚJO, 2015; MERHY et al., 2007).

O SUS surgiu em no país num contexto de lutas políticas e ideológicas do movimento sanitaria com a finalidade de garantia e facilidade de acesso aos serviços de saúde. Na Constituição Federal de 1988, fica clara a criação de um sistema com base na descentralização e ênfase nas ações em âmbito municipal, além de garantir a participação social nos processos de gestão da saúde, efetivadas através de leis (8.080/1990 e 8.142/1990) que legitimam a participação popular e o controle social na gestão da saúde, tendo como instâncias legalmente instituídas as Conferências e os Conselhos de Saúde (SOLHA, 2014).

Suas diretrizes serviram de base para estruturar as mudanças necessárias no sistema de saúde, favorecendo a descentralização das ações, de forma que cada município passasse a gerir as ações em saúde conforme as necessidades locais (MACIEL; CALDEIRA; DINIZ, 2014).

Nesta perspectiva, a APS compõe no sistema de saúde nacional ações do primeiro nível nos sistemas locais e municipais, devendo estar vinculado à rede de saúde de forma a garantir a efetivação dos princípios e diretrizes do SUS, porém, após 30 anos da sua instituição, alguns desafios ainda permanecem para a efetivação do sistema, principalmente relacionado ao fortalecimento da APS e superação do modelo hegemônico médico curativista (CAMARGO et al., 2019)

Numa tentativa de superação deste modelo, em 1994 foi proposto pelo Ministério da Saúde a implantação do Programa Saúde da Família, com o propósito de reorganizar a prática de atenção à saúde em novas bases, substituindo o modelo tradicional (REHEM et al., 2013). Teve como base as experiências realizadas em municípios interioranos da região Nordeste – pelo Programa dos Agentes Comunitário em Saúde – PACS e pelos modelos de serviços de saúde pautados em ações de promoção à saúde na cidade de Campinas (PAIM, 2017).

Em 2006, o Programa Saúde da Família deixa de ser um programa prioritário do SUS para se tornar uma estratégia, Estratégia Saúde da Família – ESF, por meio da portaria nº 648, de 28 de março de 2006. A principal justificativa para esta mudança refere-se ao aos resultados positivos do programa e transformação numa estratégia permanente e contínua, já que a ideia de programa está atrelada a um tempo determinado de execução (SOUZA; HORTA, 2018).

Em 2011 a ESF é reformulada adotando um caráter de Política Pública – a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), sendo considerada um estratégia de redirecionamento dos serviços de saúde para o fortalecimento dos cuidados primários em saúde e modelo tecnoassistencial, na ótica de Promoção da Saúde na perspectiva na Determinação Social em Saúde (ALMEIDA; MARIN; CASOTTI, 2017).

Este novo modelo incorpora e reafirma os princípios básicos do SUS – universalização, descentralização, integralidade e participação da comunidade – e está estruturada a partir da Unidade Básica de Saúde da Família, na qual atuam profissionais de diversas áreas e formações distintas (PINHEIRO; MATTOS, 2006; PORTELLA, 2017).

Atualmente, a ESF é o modelo nacional de APS, definido pela PNAB, operacionalizando na prática a efetivação dos princípios e diretrizes do SUS (BRASIL, 2017; FRANCO; MERRY, 2007). Além de estratégia de reorientação é responsável pela organização da RAS vinculados aos serviços da APS, associando os princípios de territorialização, longitudinalidade, intersetorialidade, descentralização político-administrativa, hierarquização dos níveis de atenção e controle social, promovendo uma assistência voltada às necessidades dos indivíduos com vistas a superar o modelo biomédico de atenção à saúde (BOUSQUAT et al., 2017; MENDES, 2011).

A organização da APS tem estrutura, assim como atributos e funções normatizados pela portaria nº 4.279/2010 (BRASIL, 2010). As RAS são organizações poliárquicas de diversos serviços de saúde, vinculados entre si por missão e objetivos em comum baseadas em ações cooperativas interdependentes, de forma a oferecer uma assistência contínua e integral, coordenadas pela APS, com objetivo de prestação da assistência no tempo certo, lugar certo, com custos certos, qualidade certa e de forma humanizada (ARRUDA et al., 2015; MENDES, 2011).

As RAS podem ser organizadas em arranjos estruturais diversos que combinam a concentração de certos serviços e a dispersão de outros, sendo os serviços com menor densidade tecnológica, como os da APS, dispersos e os de alta densidade tecnológica, como hospitais, unidades de processamentos de exames, equipamentos de imagem e outros tendem a ser concentrados (MENDES, 2011).

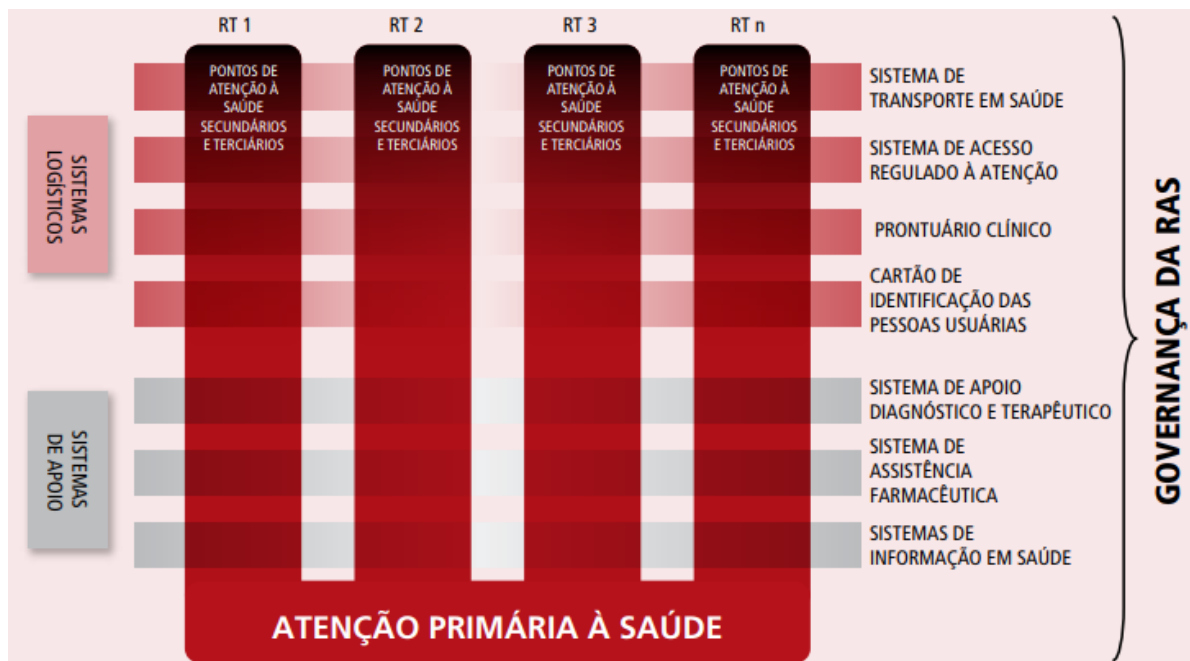
Deste modo, propõe-se que a estrutura dos serviços de saúde até então conformadas no modelo hierárquico e piramidal seja substituído em redes poliárquicas de serviços, que embora apresentem diferentes densidades tecnológicas, através da

integração e continuidade do cuidado, rompem as relações de saúde verticalizadas (ARRUDA et al., 2015; MENDES, 2011; PORTELA, 2017).

Nesse modelo, a APS deverá atender grande parte das demandas de saúde da população com a utilização de tecnologias de baixa densidade tecnológica, porém complexas, como a mudança de hábitos e estilos de vida. Já os níveis secundários e terciários utilizam-se de tecnologias de maior densidade tecnológica, não sendo necessariamente de maior complexidade. Assim, esta proposta reformula o modelo hierárquico e piramidal usualmente conhecido por uma rede poliárquica, em que cada serviço estabeleça relações horizontais e com o mesmo nível de relevância (MENDES, 2011).

Conforme apresentada na figura 2, a estrutura operacional das RAS é composta por cinco elementos: o centro de comunicação, representado pela APS; outros pontos da rede representadas pelos níveis secundários e terciários; os sistemas de apoio (diagnóstico e terapêutico, assistência farmacêutica e informação em saúde); os sistemas logísticos e o sistema de governança.

**Figura 2** – Estrutura operacional das Redes de Atenção à Saúde – RAS.



Fonte: Mendes, 2011.

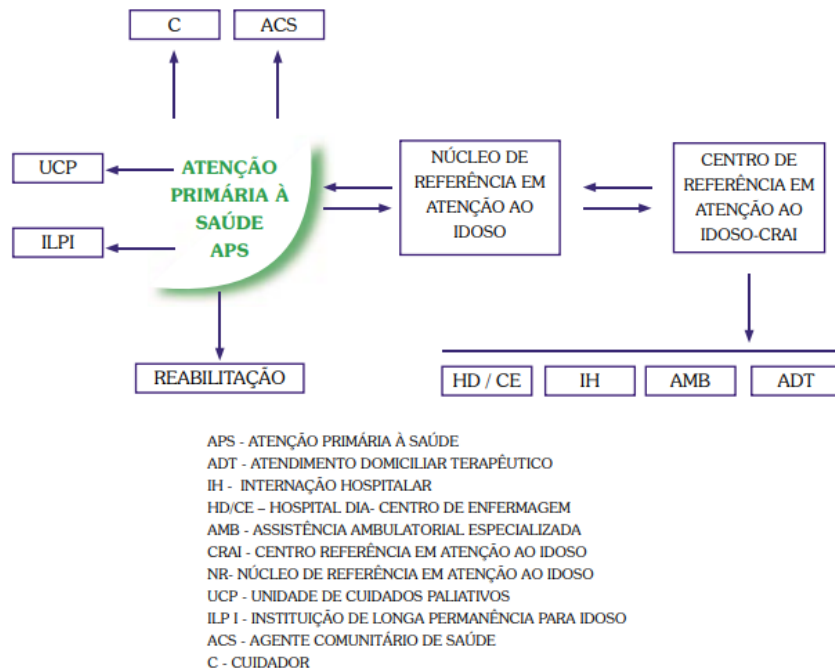
A APS é tida como centro organizador da rede devido às suas particularidades como sua forma de “apropriar, recombinar, reorganizar e reordenar todos os recursos

do sistema para satisfazer as necessidades, demandas e representações da população” (MENDES, 2011, p. 96).

Ela será considerada de qualidade somente quando cumpre três funções essenciais: resolubilidade – deve ser capaz de resolver mais de 85% dos problemas da população; comunicação – deve ter condições de ordenar os fluxos de referência e contra referência dos usuários, insumos e informações entre os diversos pontos da rede; e responsabilização – estabelecimento de relações próximas da realidade da população que atende, além da responsabilização econômica e sanitária em relação a ela (MENDES, 2011).

No atendimento ao idoso, a APS deve articular-se com os demais pontos da RAS se assim se fizer necessário no atendimento às suas demandas de saúde. Além disso, conforme prevê diretriz do estado de Minas Gerais para o atendimento a pessoa idosa, ela deve estabelecer relações com os cuidadores de idosos, Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPI), serviços de cuidados paliativos caso estejam presentes nos municípios (MINAS GERAIS, 2006). Caso haja, os idosos podem ser referenciados também para o núcleo de referência em atenção ao idoso que se articula com o centro de referência em atenção ao idoso, que podem contar com serviços de hospital dia e centro de Enfermagem, internação hospitalar, ambulatórios e atendimento domiciliar terapêutico (Figura 3).

**Figura 3** – Atendimento ao idoso nos pontos de atenção à saúde no estado de Minas Gerais.



Fonte: Minas Gerais, 2006.

Um dos grandes desafios que a APS ainda necessita superar, mesmo após 30 de implantação do SUS como política pública de saúde nacional, é a superação do modelo biomédico curativista ainda arraigado nas práticas de saúde desempenhadas pelas equipes de saúde da família (FRANCO; MERHY, 2007).

O processo de trabalho dos profissionais que integram os serviços da atenção primária devem estar pautados em ações de elevada resolutividade, baixa densidade tecnológica, mas que sejam capazes de interferir no processo de saúde/doença da população, favorecimento de sua autonomia e promoção da qualidade de vida dos usuários. Suas atividades devem ser planejadas conforme as necessidades da população relacionadas aos problemas de saúde vivenciados, ciclos de vida, gênero e indicadores de morbimortalidade (BRASIL, 2010).

Segundo aponta Starfield (2002), a qualidade da assistência se refere no atendimento das necessidades de saúde, existentes ou potenciais, pelos serviços de saúde. Atualmente, a gestão da qualidade têm sido utilizada nas mais diferentes formas e situações, sendo que seus conceitos e estratégias tem passado por diversas transformações, sendo a busca pela qualidade algo que deve ser constante nos

diversos modos de produção de bens e serviços (TRONCHIN; FREITAS; MELLEIRO, 2022).

Cada vez mais a conceituação de qualidade está vinculada como satisfação dos clientes, contemplando a adequação ao uso, bem como a conformidade com as especificações do produto (CARPINETTI, 2016; CARPINETTI; GEROLAMO, 2022). A qualidade é considerada algo que impacta organizações e os consumidores de forma positiva (BURMESTER, 2013).

Quando os usuários não possuem suas necessidades satisfeitas ou as expectativas atendidas, diz-se que a qualidade foi negligenciada (RIBEIRO et al., 2018).

Para a saúde, o termo qualidade é usado em amplo sentido, englobando a satisfação com os serviços de saúde, custos, qualificação profissional, segurança, a aparência das unidades e a adequação dos equipamentos utilizados na prestação dos serviços (STARFIELD, 2002).

As diversas transformações ocorridas a nível mundial, como atual cenário político, a globalização da economia, a crescente difusão de tecnologias e a popularização de acesso dos meios de comunicação têm contribuído para uma mudança no comportamento dos usuários dos serviços de saúde, bem como para um aumento da competitividade na maioria das organizações. Neste contexto, as instituições prestadoras de serviços de saúde, compreendidas como empresas complexas, necessitam adaptar-se a esse novo cenário e tornar-se flexíveis afim de incorporarem estratégias capazes de atender a seus clientes, seja interno ou externo, que são a razão de ser da instituição na busca da garantia de alcance da qualidade dos serviços prestados (TRONCHIN; FREITAS; MELLEIRO, 2022).

O conceito de qualidade, para a saúde, adquiriu um significado particular e diferenciado das demais atividades relacionadas à produção de bens de consumo, já que este ramo de atividade econômica é desenvolvido por grupos profissionais heterogêneos, com formação profissional distinta, dificultando o processo de trabalho em equipe (RIBEIRO et al., 2018). Donabedian (1994) define qualidade para saúde como um conjunto de atributos associado a um nível de excelência profissional, uso eficiente de recursos disponíveis com o mínimo de risco ao usuário com consequente grau de satisfação por parte deste.

Neste sentido, a avaliação dos serviços em saúde, considerada como um processo resultante com o qual as metas e objetivos estão sendo atingidos e de que

forma este processo técnico-administrativo fornece insumos para o processo de tomada de decisões, vem sendo amplamente utilizada como estratégia de mensuração da qualidade da assistência prestada (BRASIL, 2015; TRONCHIN; FREITAS; MELLEIRO, 2022).

A avaliação dos serviços deve ser capaz de subsidiar as tomadas de decisões para promover a eficácia dos programas e a obtenção da eficiência na utilização dos recursos, sendo fundamental para a caracterização do que deve ser considerado um sistema de saúde ideal e acessível à população (BRITO; JESUS; FERNANDES, 2012; PERUZZO et al., 2018). Novaes (2000) destaca a possibilidade da utilização de três dimensões para avaliação de serviços: a investigação avaliativa, avaliação para decisão e avaliação para gestão. Estes três tipos diferem entre si quanto ao objetivo, posição do avaliador, ao objeto avaliado, a metodologia adequada, ao contexto, a utilização da informação e a emprego de juízos de valores empregados.

Independente do modelo de avaliação utilizado, quando se relaciona a temática de avaliação de serviços os estudiosos utilizam o modelo de Avedis Donabedian como referencial teórico base em estudos sobre a gestão da qualidade assistencial (RIBEIRO et al., 2018; TRONCHIN; FREITAS; MELLEIRO, 2022). Donabedian (1992) aponta que quando se trata do processo de avaliação relacionado ao conceito de qualidade aos serviços de saúde, ela não deve ser considerada numa visão abstrata, mas analisada pela avaliação da assistência através de três dimensões: estrutura – relacionada às características estáveis da instituição (área física, recursos humanos, materiais); processo – conjunto de atividades desenvolvidas na produção dos serviços e produtos, nas relações estabelecidas entre profissionais e clientes e resultado – obtenção das características desejáveis dos produtos os serviços, retratando os efeitos da assistência à saúde na saúde do usuário.

A qualidade da assistência pode ser mensurada mediante instrumentos que utilizem os seguintes aspectos: identificação das necessidades e expectativas dos usuários, o estabelecimento de padrões assistenciais, a sistematização para o planejamento e implementação da assistência, auditoria do processo assistencial e de recursos humanos qualificados e comprometidos com o desenvolvimento das ações assistenciais em conformidade com os padrões estabelecidos (TRONCHIN; FREITAS; MELLEIRO, 2022).

Tais ferramentas de avaliação são importantes instrumentos empregados no processo de avaliação das ações dos serviços em saúde cabendo aos profissionais



aprofundarem cada vez mais a reflexão destes aparatos, implementando-os nos diferentes contextos de sua prática profissional (DONABEDIAN, 1992).

Considerando a APS, a avaliação de serviços é de extrema relevância, pois viabiliza o planejamento e possibilita um controle técnico e social dos serviços e programas prestados à sociedade. É necessário avaliar mais do que a efetividade técnica destes serviços, mas também a efetividade psicossocial, a qual seria dada pela satisfação de usuários e profissionais, já que a avaliação sob esta ótica fornece informações pertinentes sobre a qualidade do atendimento e os resultados do tratamento (FRATESCHI; CARDOSO, 2014).

Na atualidade, em decorrência das mudanças do perfil epidemiológico as quais pode-se observar pelo acompanhamento de informações sistematizadas pelos sistemas de saúde, emerge a necessidade de novos indicadores e adequação dos já existentes sobre as condições de saúde da população (SANTOS et al., 2013).

Frente a consolidação da ESF como estratégia adotada para efetivação da APS, emerge a necessidade de avaliar a efetividade da APS por meio de indicadores que colaborem no planejamento e avaliação dos determinantes do processo saúde-doença, dentre os quais tem-se a Internação por Condição Sensível à Atenção Primária - ICSAP (ALFRADIQUE et al, 2009; MAIA et al, 2019).

O termo ICSAP foi desenvolvido por John Billings e Nina Teicholz (1990), nos Estados Unidos em meados da década 1980, com a denominação *Ambulatory Care Sensitive Conditions* – “Condições Sensíveis à Atenção Ambulatorial”. Neste sentido, se comprovou a hipótese de que disparidades nas internações por certas doenças consideradas de fácil prevenção, ou por aquelas que seriam passíveis de diagnóstico e tratamento precoce, de modo a evitar a hospitalização, refletem a inadequação da APS às necessidades de determinadas comunidades.

Conforme este modelo, para alguns problemas de saúde, uma APS oportuna e de boa qualidade, através de ações de prevenção, diagnóstico precoce e tratamento oportuno de problemas de saúde agudos, e acompanhamento e controle dos problemas crônicos, pode evitar a hospitalização ou reduzir sua frequência (MAIA et al, 2019). No Brasil, as ICSAP foram definidas por intermédio da Portaria GM/MS 221 de 17 de abril de 2008, que estabelece a relação de diagnósticos da Classificação Internacional de Doenças (CID-10), organizada em 19 grupos, e define como instrumento de avaliação indireta da APS (ALFRADIQUE et al, 2009; BRASIL, 2008; BRASIL, 2014).

Na análise das ICSAP como indicador de desempenho há de se considerar variáveis relacionadas a população estudada, como a idade. Sendo assim, é recomendado os diferentes ciclos de vida sejam estudados separadamente (ALFRADIQUE et al, 2009). Estudos de ICSAP na população idosa evidenciam a potencialidade de utilização deste indicador (MARQUES et al., 2014; RODRIGUES-BASTOS et al., 2014; SANTOS et al., 2013).

Conforme aponta Maciel, Caldeira e Diniz (2014), o estado de Minas Gerais apresentou redução de 68,87 pontos nas taxas de ICSAP e aumento de 9,87 pontos nas demais taxas de internação por causas não sensíveis no período de 2003 a 2012. Em Curitiba-PR, no período de 2005 a 2007, as ICSAP apresentaram estabilização, maior representatividade para o sexo feminino e faixa etária superior a 65 anos, sendo as causas mais frequentes angina e insuficiência cardíaca (REHEM et al., 2013). Para o município de Guarulhos-SP, as ICSAP apresentaram no período de 2008 a 2012 trajetória crescente, com aumento percentual superior a 20%, com maior frequência na faixa etária superior a 65 anos, para ambos os sexos, sendo as causas mais frequentes a insuficiência cardíaca, doenças cerebrovasculares e angina (MELO; EGRY, 2014).

Observa-se nos dias atuais um rápido envelhecimento da população em todo o mundo, tornando a saúde de idosos uma das prioridades para a saúde pública na contemporaneidade (GARCIA, 2017). Embora a hospitalização seja a única possibilidade terapêutica para alguns idosos, há de se considerar os riscos envolvidos em um processo de hospitalização: imobilidade, incontinências, desnutrição, depressão, desenvolvimento de comorbidades, declínio cognitivo, dentre outros (CARVALHO et al., 2018; COVINO et al., 2019; NUNES et al., 2017).

Considerando que o envelhecimento pode acarretar perfil de morbimortalidade diferentes, reconhecer as causas sensíveis em idosos e o seu impacto pode favorecer o desvelamento das ações empreendidas na APS aos idosos e direcionar o planejamento de ações que possam contribuir para a redução de internações evitáveis nessa população.

Outra forma de avaliar consiste na avaliação dos atributos que caracterizam estes serviços como pertencentes à APS, como por intermédio do instrumento *Primary Care Assessment Tool* (PCATool) desenvolvido por Starfield e colaboradores (2002).

Para o presente estudo, será adotado a perspectiva teórica proposta por Barbara Starfield (2002), segundo a qual a APS consiste no serviço de saúde em que

o usuário comumente tem o primeiro contato de forma a garantir o cumprimento das necessidades de saúde. Também, a APS coordena os cuidados quando há a necessidade de direcionamento a outros níveis de atenção (LAVRAS, 2011; PORTELA, 2017; STARFIELD, 2002).

### 1.3 ATRIBUTOS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA E A INTERSETORIALIDADE EM SAÚDE

A APS pode ser avaliada pela existência de quatro atributos essenciais - acesso de primeiro contato do usuário com o sistema de saúde, longitudinalidade, integralidade e coordenação da atenção – e três atributos derivados – orientação familiar, orientação comunitária e competência cultural (FRACOLLI et al., 2014).

O primeiro contato garante a acessibilidade e utilização dos serviços de saúde, podendo ser definido como porta de entrada dos serviços de saúde, ou seja, quando a população e a equipe identificam aquele serviço como o primeiro recurso a ser buscado quando há uma necessidade ou problema de saúde (OLIVEIRA; PEREIRA, 2013; OPAS, 2011; PINHEIRO; MATTOS, 2006; STARFIELD, 2002).

A longitudinalidade implica a existência de uma fonte contínua de atenção e seu uso ao longo do tempo, independente da presença de problemas relacionados à saúde. O termo continuidade do cuidado é utilizado como sinônimo já que, mesmo que ocorram interrupções na continuidade da atenção, isto não significa que a relação pessoal de longa duração entre os profissionais de saúde e os usuários não exista ou que seja interrompida (OLIVEIRA; PEREIRA, 2013; OPAS, 2011; PINHEIRO; MATTOS, 2006; STARFIELD, 2002).

A integralidade se refere à garantia de oferta de ações de promoção da saúde e prevenção de agravos, atenção nos três níveis de complexidade da assistência, articulação das ações de promoção, proteção e prevenção e abordagem integral do indivíduo e das famílias (OLIVEIRA; PEREIRA, 2013; OPAS, 2011; PINHEIRO; MATTOS, 2006; STARFIELD, 2002).

Já a coordenação do cuidado pode ser definida como a articulação entre os diversos serviços e ações de saúde, de forma que estejam alinhados entre si e voltados ao alcance de interesses comuns, independentemente do local onde sejam prestados, em uma tentativa de oferecer ao usuário um conjunto de serviços e informações que respondam a suas necessidades de forma integrada, por meio de

diferentes pontos da rede de atenção à saúde (OLIVEIRA; PEREIRA, 2013; OPAS, 2011; PINHEIRO; MATTOS, 2006; STARFIELD, 2002).

A adoção da ESF tem contribuído para uma melhoria no acesso dos usuários aos serviços de saúde e uma aproximação das equipes de saúde à realidade vivenciada pela população, corroborando para alcance de resultados positivos. Considerando o impacto que a ESF possui na APS é de suma importância avaliá-la no intuito de compreender suas potencialidades e fragilidades para a gestão em saúde (FRACOLLI et al., 2014).

A intersetorialidade é tida como uma forma articulada de trabalho que pretende superar a fragmentação do conhecimento e das estruturas sociais para produzir efeitos mais significativos na saúde da população. Mais do que um conceito, é uma prática social que vem sendo construída a partir da insatisfação com as respostas do setor saúde perante os problemas complexos da atualidade (SILVA et al., 2015; WARSCHAUER; CARVALHO, 2014).

Conforme aponta Inojosa (2001, p. 104), a intersetorialidade pode ser compreendida como “a articulação de saberes e experiências com vistas ao planejamento, para a realização e avaliação de políticas, programas e projetos, com o objetivo de alcançar resultados sinérgicos em situações complexas”.

Atuar no contexto da saúde pública brasileira é considerada como atividade de elevada complexidade, devido a própria infraestrutura e financiamento do SUS, a situação sócio política e as condições de vulnerabilidades sociais vivenciadas pela população brasileira (ALMEIDA, 2013; GARCIA, 2020). Assim, o fazer no contexto da saúde coletiva implica trabalho interdisciplinar e comunicativo com diversos setores sociais (AVELAR; MALFITANO, 2018).

A insuficiência de investimentos financeiros e iniquidades sociais influenciam na formulação de políticas de saúde equânimes e inclusivas na saúde de populações vulneráveis. Neste contexto, a intersetorialidade é fundamental pois muitas vezes os problemas apresentados por este grupo não são resolvidos de maneira exclusiva pelo setor saúde, sendo necessária uma articulação com outros setores (SANTOS; KIND, 2020).

Para que as demandas de saúde apresentadas pelos usuários sejam atendidas de forma eficaz faz-se necessário o estabelecimento de relações intersetoriais. No contexto da saúde, ela abarca o relacionamento entre a área saúde com outros

setores da sociedade, trabalhando com um mesmo objetivo comum de forma a alcançar melhores resultados (SOUZA; MACHADO, 2018).

Em sentido estrito, a intersetorialidade deve ser compreendida no contexto de uma complexa estratégia política na garantia do acesso à saúde que necessita superar a fragmentação e a desarticulação das ações em saúde empreendidas no contexto municipal (FIORATI et al., 2018). Acrescenta-se aqui, o fato de que a intersetorialidade para estimular o fortalecimento da RAS deve levar em conta também, o trabalho interprofissional nos diversos setores, permitindo o estabelecimento de políticas públicas que tragam reais benefícios para a população assistida (PEDUZZI; AGRELI, 2018; REUTER; SANTOS; RAMOS, 2018).

Frente a todos os desafios que o SUS enfrenta na contemporaneidade notadamente aqueles relacionados ao financiamento e efetivação como sistema público universal, a implantação da lógica do trabalho em rede na perspectiva das RAS é algo complexo e que necessita da articulação entre os diferentes serviços e sujeitos implicados no “fazer saúde” - usuários, profissionais e gestores (SANTOS; KIND, 2020).

Assim, urge a necessidade de construção de políticas públicas com pessoas e setores sociais distintos que se articulem, superando a fragmentação das ações sociais e considerando a realidade local por meio de ações interdisciplinares e governantes que apoiem e incentivem tais ações (CARMO; GUIZARDI, 2017).

Estudo empreendido nos Estados Unidos que analisou o engajamento das diversas organizações sociais nas atividades de saúde pública mostrou que os setores mais envolvidos em ações em parceria com a saúde foram as organizações que fornecem apoio a moradia e alimentação e os setores que menos se articularam foram aqueles ligados ao desenvolvimento econômico, proteção ambiental, direito e justiça (HAMER; MAYS, 2020).

Há de se considerar a intersetorialidade como um processo técnico, administrativo e político que envolve o acordo e a distribuição de poder recursos e capacidades entre os diversos segmentos sociais. Assim, este processo implica não apenas uma visão social ou uma tentativa de implementação de uma política de governança, mas também no desenvolvimento de novas estratégias de gestão e novos acordos institucionais (GALLARDO, 2019)

No que tange ao intersetorialidade ao idoso no contexto brasileiro, estudo realizado na região metropolitana de Belo Horizonte evidenciou avanços significativos

na legislação relacionada à população idosa. Todavia, não existe ponto da RAS específico para o atendimento dessa população. Segundo os autores, os idosos recorriam principalmente aos serviços de APS. Diante da magnitude de demandas acolhidas pela APS, as ações direcionadas a eles apresentava-se de forma pontual e isolada (OLIVEIRA et al., 2017).

O Conselho Nacional dos Direitos da Pessoa Idosa (CNDI), criado em 2012, visa fortalecer a adoção de políticas públicas por meio da articulação intersetorial e da participação dos sujeitos com potencial no trabalho de proteção dos direitos dos idosos (CARMO; GUIZARDI, 2017). Este conselho representa importante espaço de discussão sobre a garantia dos direitos da população idosa e possibilidade de influência e controle de representantes da sociedade civil frente ao Estado, porém observa-se algumas dificuldades como: o envolvimento de determinados órgãos governamentais, problemas no encaminhamento de determinadas ações e entraves entre alguns atores sociais (SOUZA; MACHADO, 2018).

Durante o Congresso da Associação Internacional de Gerontologia e Geriatria no Rio de Janeiro, em 2005, foi apresentada a proposta de “Cidades Amigas dos Idosos” que propôs de forma sustentável o incentivo aos governantes a adotarem medidas que facilitem o processo de inserção social e estímulo ao envelhecimento ativo (OMS, 2008).

Nesta perspectiva, esta nova cidade seria aquela “que estimula o envelhecimento ativo ao otimizar oportunidades para saúde, participação e segurança, para aumentar a qualidade de vida à medida que as pessoas envelhecem” (OMS, 2008, p. 7). Foram elencadas oito áreas da vida urbana que são fundamentais para o pleno desenvolvimento de um envelhecimento ativo e saudável: espaços exteriores e edifícios; transportes; habitação; participação social; respeito e inclusão social; participação cívica e emprego; comunicação e informação; apoio comunitário e serviços de saúde (GRAEFF; GIOIA, 2020).

A perspectiva desta proposta é oferecer um padrão universal de cidades que leve em consideração no seu processo de crescimento urbanístico e social, as questões do envelhecimento (GRAEFF; GIOIA, 2020; OMS, 2008). Para que tais ações sejam realmente empreendidas, são necessárias ações intersetoriais capazes de abranger as diversas dimensões da vida coletiva.

A despeito de que, o setor saúde (e aí a prática de seus profissionais) tem importância na RAS (que em si precisa se comunicar intra-área) e na comunicação

com os outros setores sociais, bem como considerando o papel desenvolvido pela ESF como ponto integrante da RAS na efetivação do SUS, como política pública, e o processo de envelhecimento populacional, faz-se necessário compreender como os trabalhadores em saúde da ESF avaliam os atributos da APS em sua prática e suas relações com a intersetorialidade na saúde para a atenção ao idoso.

## 2 JUSTIFICATIVA

Existem lacunas no cenário de estudos referente aos atributos da APS e práticas intersetoriais (FIORATI et al., 2018). Faz-se necessário a busca das melhores evidências científicas que focalizem a intersectorialidade no cotidiano das práticas profissionais na perspectiva de trabalho das equipes de saúde da família, com destaque a população idosa.

Os trabalhos nacionais sobre a efetividade das ações empreendidas pela APS abarcam apenas a referência de que os cuidados primários em saúde são empreendidas pela ESF, limitando o conhecimento de outros pontos da RAS que potencialmente contemplem atividades direcionadas as características internacionalmente como relacionadas à APS (PORTELA, 2017), sendo escassos os estudos que abordem a avaliação da ESF relacionada às ações intersetoriais, em especial ao idoso (OLIVEIRA et al., 2017).

Outra consideração é que a maioria dos estudos nacionais sobre a avaliação da APS considera a percepção dos idosos sobre os serviços a eles ofertados (ARAÚJO et al., 2014; GARCIA et al., 2020; PERILLO et al., 2020), sendo menos explorados nos estudos as ações empreendidas e direcionadas ao trabalho realizado pelas equipes de saúde (PLACIDELI et al., 2020; PLACIDELLI; CASTANHEIRA, 2017).

Ao ampliar o olhar sobre a atenção integral ao idoso envolvendo trabalhadores de diferentes instituições e setores, a investigação poderá, também, fomentar o fortalecimento das políticas públicas de saúde, que incorporem os atributos da APS e a intersectorialidade. Na prática, os profissionais poderão ampliar o conhecimento sobre estes aspectos, com possibilidade de mudanças nas ações empreendidas no âmbito das equipes de saúde que fazem parte (FURTADO et al., 2018).

A intersectorialidade em saúde têm se mostrado como estratégia potente na construção de novos modelos organizacionais e pode ser entendida como uma articulação de saberes e experiências no planejamento, realização e avaliação de políticas, programas e projetos dirigidos a comunidades e a grupos populacionais específicos, num dado espaço geográfico, com o intuito de atender as suas necessidades e expectativas de forma sinérgica e integral (AVELAR; MALFITANO, 2018; CARMO; GUIZARDI, 2017; FIORATI et al., 2018; OLIVEIRA et al., 2017; REUTER; SANTOS; RAMOS, 2018).



Partindo do pressuposto que, o processo saúde-doença é multifatorial e, portanto, pertinente aos diversos setores governamentais, privados e não governamentais (de diferentes áreas, incluso a saúde), devem compor em suas agendas ações e políticas específicas para garantir a saúde como direito humano e questão de cidadania (AVELAR; MALFITANO, 2018; CARMO; GUIZARDI, 2017).

### **3. OBJETIVOS**

#### **3.1 OBJETIVO GERAL**

Analisar o modo como trabalhadores de equipes Saúde da Família avaliam os atributos da Atenção Primária à Saúde e a Intersectorialidade na Atenção ao Idoso.

#### **3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- 1) Delinear o perfil sócio demográfico e profissional dos trabalhadores de equipes Saúde da Família;
- 2) Avaliar os atributos da Atenção Primária à Saúde na Atenção ao Idoso na perspectiva dos trabalhadores de equipes de Saúde da Família;
- 3) Mapear as instituições que atendem ao público Idoso e são acionadas pelas equipes de Saúde da Família;
- 4) Analisar o perfil das Internações Sensíveis à Atenção Primária em Idosos, no município de Uberaba/MG, segundo faixa etária, grupos de causas e sexo;
- 5) Identificar as barreiras e as potencialidades para o trabalho em rede das instituições que atendem ao segmento Idoso.

## 4. PERCURSO METODOLOGICO

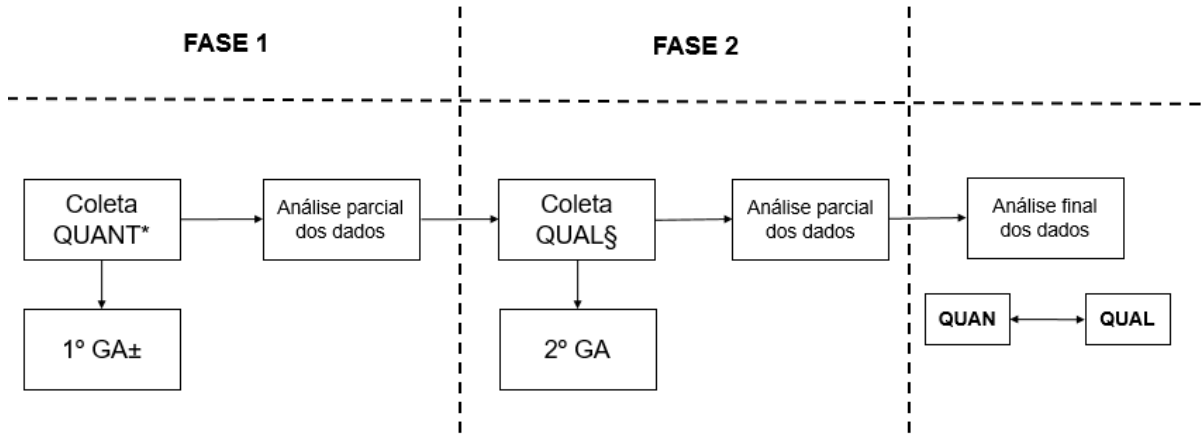
### 4.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo de abordagem por métodos mistos. Esta abordagem representa um conjunto sistemático e crítico de pesquisa que implica na coleta de dados quantitativos e qualitativos, assim como sua integração e discussão conjunta, para realizar inferências das informações coletadas de forma a conseguir um maior entendimento acerca do fenômeno em estudo (CRESWELL, 2007; GARCIA; SANTOS, 2022; SAMPIERI; COLLADO; LUCIO, 2013).

A questão principal da sua utilização consiste no fato de que a interação entre os dados da pesquisa quantitativa e qualitativa possibilitam análises mais complexas e densas (SANTOS et al., 2019). A utilização de estudos com abordagem mista tem sido crescentes na pesquisa em Enfermagem e Saúde. Esse crescimento pode ser justificado pelo fato dos métodos mistos serem alternativa para a investigação de fenômenos complexos (GARCIA; SANTOS, 2022; SANTOS et al., 2017; SANTOS et al., 2020).

Para o presente estudo, foi empreendida a estratégia explanatória sequencial, em que os dados quantitativos são coletados em uma primeira etapa, seguida de coleta e análise dos dados qualitativos desenvolvida sobre os resultados quantitativos iniciais (CRESWELL, 2007; SANTOS et al., 2015). A pesquisa foi empreendida em duas fases: a primeira pautou-se em abordagem quantitativa, com delineamento transversal e analítica, e a segunda em uma abordagem qualitativa exploratória, conforme descritivo na figura apresentada a seguir.

**Figura 4** – Diagrama representativo do desenho do estudo. Uberaba, MG, Brasil, 2022.



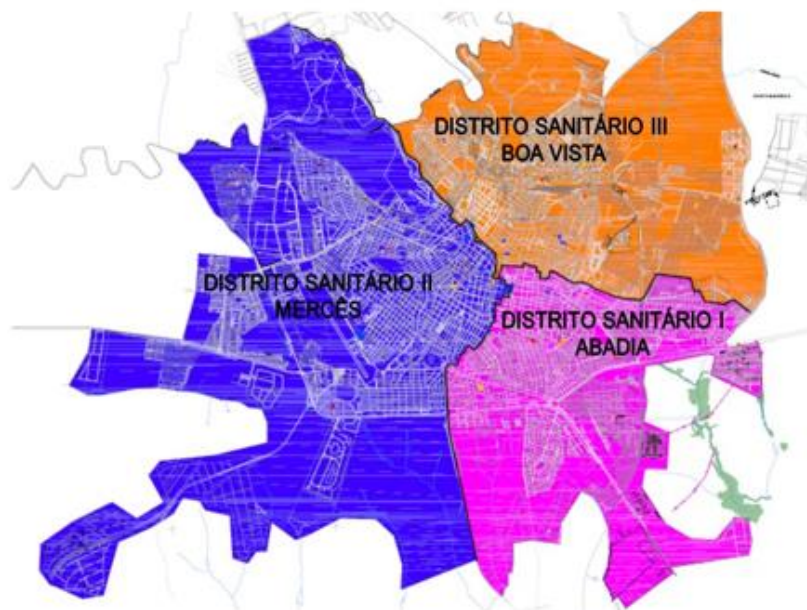
Fonte: Adaptado de Santos e colaboradores (2017).

Nota: \*QUANT: quantitativa; ±GA: grupo amostral; §QUAL: qualitativa.

## 4.2 CENÁRIO DO ESTUDO

O estudo foi realizado no município de Uberaba/MG, que possui 52 equipes de ESF na zona urbana, distribuídas em três distritos sanitários (UBERABA, 2017).

**Figura 5** - Distritos Sanitários de saúde no município de Uberaba.



Fonte: Uberaba, 2017.

Este município é polo da Macrorregião de Saúde do Triângulo Sul, com população estimada em 325.279 habitantes em 2016 (IBGE, 2016). Possui localização estratégica a centros urbanos importantes como Belo Horizonte, São Paulo, Goiânia e Brasília. Economicamente, é forte no setor primário, com maior Produto Interno Bruto - PIB agrícola do estado, reconhecido internacionalmente por criação, desenvolvimento genético e comercialização do gado Zebu. Atrai expressivo contingente populacional, sobretudo nas áreas de saúde e educação, em especial pela presença do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Triângulo Mineiro que é referência regional em atenção de serviços de alta complexidade (GOMES, 2015).

O cenário do estudo foi composto pelos territórios atendidos pelas equipes saúde da família na zona urbana e pelos demais recursos de comunidade voltados ao público idoso. As demais instituições que foram convidadas a participar do estudo foram indicadas pelos trabalhadores das equipes saúde da família tendo em vista as atividades desenvolvidas nos territórios das áreas de abrangência.

#### 4.3 POPULAÇÃO

Os participantes do estudo foram trabalhadores de equipes saúde da família da zona urbana do município de Uberaba-MG (Grupo 1) e de instituições que compõem os recursos de comunidade que atendem ao público idoso (Grupo 2).

O Grupo 1 foi composto por: médicos, enfermeiros, dentistas, atuantes na zona urbana do município de Uberaba-MG. A população do estudo foi composta por uma amostra intencional de todos os profissionais citados anteriormente lotados nas equipes de Saúde da Família. Segundo informações cedidas pelo Departamento de Atenção Básica da Secretaria Municipal de Saúde, existiam 150 profissionais atuantes pertencentes ao grupo de profissões citadas (médicos, enfermeiros, dentistas).

Já o Grupo 2 foi composto por profissionais de instituições que constituem recursos de comunidade cujo recrutamento para participação no estudo ocorreu após o mapeamento das instituições junto aos trabalhadores das ESF (fase 1 do estudo).

Foram utilizados como critérios de inclusão os trabalhadores de equipes saúde da família/recursos de comunidade da zona urbana, independente de sexo, faixa etária, escolaridade, vínculo trabalhista e com no mínimo um mês de atuação na

ESF/recursos de comunidade que atendiam ao público idoso. Foram excluídos os profissionais em afastamento do trabalho em decorrência de adoecimento, licença ou período de férias.

Os trabalhadores das ESF foram recrutados a partir de convite feito nas unidades de saúde que trabalhavam. Já os recursos de comunidades foram aqueles que os profissionais das ESF indicavam como recursos utilizados no cuidado à pessoa idosa (Apêndice A) e aqueles encontrados nas políticas públicas do município (plano municipal de saúde e plano municipal de educação).

#### 4.4 COLETA E ANÁLISE DOS DADOS

A caracterização dos participantes do estudo foi realizada mediante a aplicação de formulário (Apêndice A) de caracterização sócio demográfica, para o atendimento do objetivo 1 “Delinear o perfil sócio demográfico e ocupacional dos trabalhadores de equipes saúde da família participantes do estudo”.

No delineamento do perfil sócio demográfico e profissional dos participantes, as variáveis categóricas foram analisadas por meio de tabelas de frequência relativas e absolutas e as variáveis quantitativas resumidas em medidas de tendência central (média e mediana) e de variabilidade (amplitudes e desvio padrão).

Para o atendimento do objetivo 2 “Avaliar os atributos da Atenção Primária à Saúde na Atenção ao Idoso na perspectiva dos trabalhadores de Equipes de Saúde da Família”, foi empregada análise quantitativa e transversal.

Foram utilizados dois questionários para a coleta dos dados referente a este objetivo, caracterização do perfil sócio demográfico e profissional dos participantes da pesquisa (Apêndice A) e o questionário PCATool - versão para profissionais de uso aberto (Anexo A).

O PCATool - versão para profissionais é um questionário com 111 itens que permite avaliar a qualidade da APS, através da presença e a extensão dos atributos essenciais e derivados, no qual são obtidos escores em cada um das dimensões avaliadas que incluem: acessibilidade (acesso de primeiro contato), longitudinalidade, coordenação (integração de cuidados e sistemas de informações), integralidade (serviços disponíveis e serviços prestados), orientação familiar e orientação comunitária, conforme apresentado no quadro 1. As dimensões do instrumento possuem respostas que seguem uma escala do tipo *Likert*, que atribui escores de 1 a

4, sendo 1 = com certeza não; 2 = provavelmente não; 3 = provavelmente sim, 4= com certeza sim e 9 = não sei/não lembro (BRASIL, 2020; HARZHEIM et al., 2013; PRATES et al., 2017).

Quadro 1 – Atributos, componentes e itens do PCATool – versão profissionais.

Atributo da APS	Componente da APS	Itens
Acesso de primeiro contato	Acessibilidade	A1, A2, A3, A4, A5, A6, A7, A8, A9
Longitudinalidade	Longitudinalidade	B1, B2, B3, B4, B5, B6, B7, B8, B9, B10, B11, B12, B13
Coordenação	Integração de Cuidados	C1, C2, C3, C4, C5, C6
Coordenação	Sistema de Informações	D1, D2, D3, D4, D5, D6, D7, D8
Integralidade	Serviços disponíveis	E1, E2, E3, E4, E5, E6, E7, E8, E9, E10, E11, E12, E13, E14, E15, E16, E17, E18, E19, E20, E21, E22
Integralidade	Serviços prestados	F1, F2, F3, F4, F5, F6, F7, F8, F9, F10, F11, F12, F13, F14, F15, F16, F17, F18
Orientação familiar	Orientação familiar	G1, G2, G3, G4, G5, G6, G7, G8, G9, G10, G11, G12, G13, G14
Orientação comunitária	Orientação Comunitária	H1, H2, H3, H4, H5, H6, H7, H8, H9, H10, H11, H12, H13, H14, H15, H16, H17, H18, H19, H20, H21

Fonte: Brasil, 2020.

Após o preenchimento do questionário, foi calculado um escore para cada atributo da APS, obtido pela média aritmética das respostas dos seus respectivos itens. Após consolidação dos dados, os escores foram transformados em uma escala de 0 a 10, utilizando a seguinte fórmula:

$$Escala = \frac{(Escore\ obtido - 1) \times 10}{3}$$

Para a verificação da qualidade da APS foram calculados o escore essencial, obtido pela média aritmética dos escores dos atributos essenciais e o escore geral, calculado por meio da média aritmética dos escores dos atributos essenciais e derivados (BRASIL, 2020; PRATES et al., 2017). Os escores que obtiveram valores  $\geq 6,6$  são definidos como alto escore para a qualidade dos serviços, enquanto que valores  $<6,6$  foram considerados escores baixos para a qualidade (BRASIL, 2020).

Para a análise dos resultados dos dados obtidos com o PCATool - versão para profissionais, os escores em seus respectivos atributos foram analisados

empregando-se medidas de tendência central (media e mediana) e variabilidade (amplitude e desvio padrão) (CALLEGARI-JACQUES, 2003; SILVA et al., 2018).

Foi avaliada, também, a relação entre os Atributos da APS com o escore geral e essencial. Na análise bivariada a influência de variáveis quantitativas foi analisada pelo coeficiente de correlação produto-momento de Pearson. Neste trabalho, foi considerado um nível de significância  $\alpha = 0,05$ .

A coleta dos dados referentes aos dois primeiros objetivos foi realizada por meio da distribuição de questionário autoaplicável online – via plataforma formulário do Google® e impresso - os quais foram encaminhados pelo Departamento de Atenção Básica da SMS por meio dos gerentes das unidades de saúde das equipes de Saúde da Família. Foi realizada orientação aos gerentes quanto aos objetivos da pesquisa e forma de preenchimento dos dados. Foi disponibilizado aos gerentes e participantes do estudo contato com o pesquisador por meio de contato telefônico e rede social de comunicação através da plataforma Whatsapp®, caso houvesse alguma dúvida durante o preenchimento dos questionários. As coletas aconteceram no período entre maio de 2021 a julho de 2022.

Para o alcance do objetivo 3 “Mapear as instituições que atendem ao público Idoso e são acionadas pelas equipes de Saúde da Família” foi empreendida uma análise documental dos planos municipais de Saúde e de Educação de Uberaba.

Na análise foram mapeadas quais instituições (saúde ou não) referidas pelas políticas municipais como responsáveis pela oferta de serviços direcionadas à população idosa. Trata-se, assim, de análise documental das políticas municipais de saúde como, por exemplo, saúde, assistência social, idoso, segurança alimentar e vigilância nutricional. Para o levantamento e seleção das políticas foi utilizado o site da Prefeitura Municipal de Uberaba, em decorrência do caráter público destas informações. Além disso, os participantes indicaram, no formulário de caracterização sociodemográfica, quais instituições acionam para a atenção ao idoso.

A análise dos planos municipais (saúde e educação) foram guiadas pela análise documental como proposta por Cellard (2008). Especial atenção foi dada ao modo como a atenção ao idoso é descrita nos referidos documentos.

Para o objetivo 4 “Analisar o perfil das Internações Sensíveis à Atenção Primária em Idosos, no município de Uberaba/MG, segundo faixa etária, grupos de causa e sexo” foi empreendida análise das internações por meio da utilização do Sistema de Informação Hospitalar (SIH) do Departamento de Informática do SUS.



Os dados das internações e da população foram coletados do SIH e IBGE, disponibilizados no site do Departamento de Informática do SUS ([www.datasus.gov.br](http://www.datasus.gov.br)). O SIH é fonte de informações das internações realizadas no âmbito do setor público brasileiro e rede privada conveniada, sendo que suas informações são baseadas na Autorização de Internação Hospitalar – AIH, que é o documento preenchido no momento da internação para posterior ressarcimento pelo SUS, que contém informações de caracterização sociodemográfica do paciente, diagnósticos e procedimentos realizados. A extração dos dados ocorreu nos meses de fevereiro e março de 2019 por estudante previamente capacitado e com experiência prévia em coleta de dados em banco de dados de sistemas de informação em saúde.

As condições sensíveis foram selecionados por base nos diagnósticos presentes na lista brasileira de ICSAP, e presentes na CID-10, sendo eles: : doenças preveníveis por imunização e condições sensíveis (A33-A37, A95, B16, B05-B06, B26, G00.0, A17.0, A19, A15-A16, A18, A17.1-A17.9, I00-I02, A51-A53, B50-B54 e B77); gastroenterites infecciosas e complicações (E86 e A00-A09); anemia (D50); deficiências nutricionais (E40-E46 e E50-E64); infecções de ouvido, nariz e garganta (H66, J00-J03, J06 e J31); pneumonias bacterianas ( J13-J14, J15.3-J15.4, J15.8-J15.9 e J18.1); asma ( J45-J46); doenças das vias aéreas inferiores ( J20, J21, J40-J44 e J47); hipertensão (I10-I11); angina (I20); insuficiência cardíaca (I50 e J81); doenças cerebrovasculares (I63-I67, I69 e G45-G46); diabetes mellitus (E10-E14); epilepsias (G40-G41); infecção nos rins e trato urinário (N10-N12, N30, N34 e N39.0); infecção da pele e tecido subcutâneo (A46, L01-L04 e L08); doença inflamatória dos órgãos pélvicos femininos (N70-N73 e N75-N76); úlcera gastrintestinal (K25-K28, K92.0, K92.1 e K92.2), notificados em ambos os sexos (BRASIL, 2008). O grupo doenças relacionadas ao pré-natal e parto (O23, A50 e P35.0) não foi considerado neste estudo por não fazerem parte dos eventos acometidos à população idosa.

Para melhor compreensão das internações, a faixa etária foi subdividida em grupos: 60 a 69 anos; 70 a 79 anos e 80 anos ou mais. Os anos foram agrupados nos seguintes biênios: 2009-2010; 2011-2012; 2013-2014; 2015-2016 e 2017-2018. O período temporal adotado se deu em decorrência da disponibilidade de atualização dos dados disponíveis no SIH.

Para cálculo das taxas de ICSAP, os dados foram tabulados no programa TabWin® - versão 4.1.1, e foram selecionados tendo como referencial o Caderno de

Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores publicado pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2014). As tabelas nacionais e arquivos de definição foram baixados do DATASUS e armazenados para extração dos dados utilizados na pesquisa.

Os dados foram coletados nos meses de fevereiro e março de 2019 pelo pesquisador.

O banco de dados primário extraído do TABWIN foi composto por todas as internações de idosos residentes em Uberaba no período do estudo (n=61.888). Deste banco as internações sensíveis foram selecionadas baseadas nos códigos da CID 10 em conformidade com a lista de ICSAP.

Foi empreendida análise quanto a proporção de hospitalizações por condições sensíveis no total, sendo calculada com base no total de ICSAP, dividido pelo total de hospitalizações segundo a faixa etária e ano de ocorrência, multiplicando por 100, assim como a taxa de ICSAP (por 1.000 habitantes). O cálculo da taxa de internação foi feito pela divisão do número de ICSAP pela população estimada pelo IBGE para 2016. Para as demais análises foram analisadas as causas de ICSAP por faixa etária e sexo, sendo empreendidas análises descritivas quanto a frequência e percentual das causas conforme as variáveis em estudo.

Conforme previsto pela resolução 510/2016 do Conselho Nacional de Pesquisa, como os dados utilizados são de domínio público não houve a necessidade de avaliação deste objetivo por parte do Comitê de Ética em Pesquisa envolvendo seres humanos.

A concretização do objetivo 5 “Identificar as barreiras para o trabalho em rede das instituições que atendem ao segmento Idoso” ocorreu com o emprego da técnica de Grupo Focal (GF).

A técnica do GF é ancorada na metodologia qualitativa. Nos grupos focais trata-se da valorização da percepção dos sujeitos sobre a temática estudada. Tal técnica é bastante utilizada nos processos de coleta de dados coletivos, pois propicia espaço de diálogo entre diferentes sujeitos sobre o tema de interesse (GATTI, 2005).

De acordo com Flick (2009, p. 188), “A marca que define os grupos focais é o uso explícito da interação do grupo para a produção de dados (...)”. Assim, diferente do posicionamento individual como ocorre nas entrevistas, no grupo focal é a interação e a socialização dos posicionamentos dos diferentes participantes o foco da análise. Barbour (2009) assinala a crescente incorporação de GF na pesquisa com serviços de saúde e nas ciências sociais, sua acessibilidade e flexibilidade, ao mesmo

tempo em que requer habilidades do moderador para potencializar o diálogo e interação entre os participantes. Trata-se de garantir a interação entre os participantes do grupo e não isoladamente de cada participante com o moderador.

Leny Trad, assim como Barbour (2009), discutem a importância da definição do perfil dos participantes do GF.

[que] devem apresentar certas características em comum que estão associadas à temática central em estudo. O grupo deve ser, portanto, homogêneo em termos de características que interfiram radicalmente na percepção do assunto em foco. [...] [recomenda-se] que os participantes sejam selecionados dentro de um grupo de indivíduos que convivam com o assunto a ser discutido e que tenham profundo conhecimento dos fatores que afetam os dados mais pertinentes (TRAD, 2009, p. 783).

Foram utilizados dois questionários para a coleta dos dados referente a este objetivo, caracterização do perfil sócio demográfico e profissional dos participantes da pesquisa (Apêndice B) e o roteiro norteador para condução dos grupos focais (Apêndice C).

Nas sessões de GF há um moderador que promove a participação de todos, evita a dispersão dos objetivos e a monopolização da fala; e um relator com o papel de registrar todos os detalhes da experiência do grupo focal. A moderação foi realizada por integrante da equipe de pesquisa com formação em Ciências Sociais e experiência com o uso da técnica. A observação e o registro das sessões foram realizadas pelo pesquisador, devidamente sensibilizado e habilitado para tal finalidade. A realização do grupo focal aconteceu em março de 2022.

As sessões de GF foram áudio-gravadas e transcritas na íntegra e ocorreram de forma virtual com a utilização da plataforma *Google Meet*, com condições de privacidade e sigilo quanto às informações. Teve a duração aproximada de uma hora e quarenta minutos, em horário previamente acordados entre os participantes. O grupo focal iniciou após o participante assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), que foi enviado a seu WhatsApp®. Depois de ter lido, se esclarecido e aceito o convite, o participante assinou o mesmo de forma eletrônica através da plataforma online. Salienta-se que todos os participantes foram orientados sobre os objetivos do estudo, a metodologia que seria utilizada, receberam a garantia de que não seriam identificados e do sigilo das informações, além de serem notificados quanto à liberdade de se recusarem ou saírem a qualquer tempo desse estudo. Logo após a transcrição do grupo focal a gravação foi eliminada.

No tratamento dos dados obtidos com as sessões dos grupos focais foi aplicada a análise temática que “consiste em descobrir os núcleos de sentido que compõem uma comunicação, cuja presença ou frequência signifiquem alguma coisa para o objeto analítico visado.” (MINAYO, 2010, p. 316).

A análise temática é conduzida em três momentos: 1) pré-análise dos dados obtidos (leitura flutuante, constituição do corpus; formulação e reformulação de hipóteses e objetivos); 2) exploração do material no qual se busca definir as categorias; 3) tratamento dos resultados obtidos e interpretação (MINAYO, 2010).

As categorias temáticas emergiram no processo de tratamento de dados. Na interpretação dos dados foi estabelecido diálogo com o referencial teórico estabelecendo as mediações necessárias à compreensão ampliada dos objetivos geral e específicos. Importante salientar que os parâmetros para discussão e debate dos atributos da Atenção Primária e Intersetorialidade foram aqueles adotados nas políticas de saúde vigentes.

Para garantia do anonimato dos participantes, foram utilizadas siglas que representavam a instituição/serviço ao qual estavam vinculados acrescidos de um número para diferenciação das falas dos participantes de uma mesma instituição: CMDI – para os participantes do Conselho Municipal de Direito da Pessoa Idosa (CMDI) e C – para a participante do Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS).

#### 4.5 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

O presente projeto foi submetido à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa -CEP com seres humanos da UFTM (CAAE: 29253020.3.0000.5154) e foi aprovado sob o protocolo de nº 3.914.497 (Anexo B). A pesquisa foi autorizada pela SMS de Uberaba (Anexo C).

Todos os participantes que concordaram em participar do estudo receberam explicações sobre os objetivos da pesquisa, destino dos dados coletados e contribuições dos resultados obtidos. Foram orientados também dos possíveis riscos e das estratégias que foram utilizadas para a sua prevenção.

Após anuência os participantes fizeram a leitura e assinatura do TCLE (Apêndice D e E), após terem recebido informações sobre a previsão do tempo de

duração da entrevista/participação do GF e respeito a liberdade de retirada do consentimento e/ou desistência em participar da pesquisa a qualquer momento.

Os dados serão mantidos sob a guarda do pesquisador responsável, sendo garantido o sigilo e confidencialidade dos participantes.

O presente projeto pauta-se nas recomendações das resoluções 466/12 e 510/16 que regulamenta a pesquisa na área da saúde envolvendo seres humanos.

## 5. RESULTADOS

### 5.1 PERFIL SÓCIODEMOGRÁFICO E PROFISIONAL DOS TRABALHADORES DE EQUIPES SAÚDE DA FAMÍLIA

Considerando os profissionais de equipes de saúde da família, dos 150 profissionais atuantes no momento da coleta dos dados, participaram 76 profissionais (50,7%).

Quanto ao perfil sócio demográfico dos participantes, 88,2% eram do sexo feminino, com média de idade de 41,1anos ( $\pm$  9,6 anos), mínimo de 29 e máximo de 64 anos, maioria morando com esposo(a)ou companheiro(a) (64,5%), cor da pele branca (68,4%), de religião católica (47,4%) e espírita (36,8%), conforme apresentado na tabela 1.

Tabela 1 - Caracterização sociodemográfica dos profissionais participantes do estudo. Uberaba/MG, 2022.

<b>Aspectos sociodemográficos</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<i>Sexo</i>		
Feminino	67	88,2
Masculino	9	11,8
<i>Estado Civil</i>		
Solteiro(a)	22	28,9
Mora com esposo(a) ou companheiro(a)	49	64,5
Separado(a), desquitado(a) ou divorciado (a)	5	6,6
<i>Cor autodeclarada</i>		
Branca	52	68,4
Preta	3	3,9
Parda	21	27,6
<i>Religião</i>		
Católico(a)	36	47,4
Evangélico(a)	5	6,6
Espírita	28	36,8
Candomblé/Umbanda	4	5,3
Outras	1	1,3

Fonte: dados da pesquisa, 2022.

Com relação aos aspectos profissionais, a maioria dos participantes eram Enfermeiros (47,4%) e Dentistas (25,0%), com especialização (89,5%), sendo as especializações em Saúde da Família (44,7%) e Saúde Pública (14,5%) as mais frequentes. O tempo médio de formação destes profissionais foi de 15,3 anos e o tempo em que os profissionais estavam trabalhando na ESF foi de 4,2 anos em média. Pouco mais da metade (57,9%) nunca trabalhou em APS sem estar inserido em ESF, cumprindo carga horária semanal de 40 horas (92,1%), conforme apresentado na tabela 2.

Tabela 2 - Caracterização profissional dos participantes do estudo. Uberaba/MG, 2022.

<b>Aspectos profissionais</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<i>Categoria Profissional</i>		
Enfermeiro(a)	36	47,4
Médico(a)	10	13,2
Dentista	19	25,0
Outros	11	14,5
<i>Especialização</i>		
Sim	68	89,5
Não	8	10,5
<i>Tipo de especialização</i>		
Residência Médica	3	3,9
Residência Uni ou Multiprofissional	1	1,3
Saúde Pública	11	14,5
Saúde da Família	34	44,7
Outras relacionadas à APS	3	3,9
Outras não relacionadas à APS	10	13,2
Mestrado	7	9,2
Doutorado	1	1,3
<i>Trabalhou na APS sem estar inserido em ESF</i>		
Sim	32	42,1
Não	44	57,9
<i>Carga horária semanal</i>		
40 horas	70	92,1
30 horas	3	3,9
20 horas	3	3,9

Fonte: dados da pesquisa, 2022.

Em relação as atividades de educação permanente e formação realizadas no últimos 12 meses, a grande maioria informou que realizou, sendo o maior percentual as atividades promovidas pela SMS (84,2%).

Cerca de 73,0% consideraram serem extremamente ou muito importantes para o aperfeiçoamento profissional e, 59,2% consideraram serem extremamente ou muito importantes das atividades ofertadas pela ESF.

A participação em cursos e eventos no último ano foi referida por 86,8%, com percepção de terem sido extremamente ou muito importantes para o aperfeiçoamento profissional por 76,3%, conforme apresentado na tabela 3.

Tabela 3 - Participação em iniciativas de educação permanente, formação, cursos e eventos no último ano. Uberaba/MG, 2022.

<b>Iniciativas de capacitação profissional</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<i>Educação permanente/formação/treinamento oferecidas pela SMS</i>		
Sim	64	84,2
Não	12	15,8
<i>Educação permanente/formação/treinamento oferecidas pela ESF</i>		
Sim	52	68,4
Não	24	31,6
<i>Cursos e eventos</i>		
Sim	66	86,8
Não	10	13,2
<i>Contribuição das iniciativas propostas pela SMS*</i>		
Extremamente importante	12	15,8
Muito importante	44	57,9
Pouco importante	5	6,6
Indiferente	4	3,9
<i>Contribuição das iniciativas propostas pela ESF*</i>		
Extremamente importante	11	14,5
Muito importante	34	44,7
Pouco importante	6	7,9
Indiferente	1	1,3
<i>Contribuição dos cursos e eventos*</i>		
Extremamente importante	17	22,4
Muito importante	41	53,9
Pouco importante	4	5,3
Indiferente	4	5,3

Fonte: dados da pesquisa, 2022.

Nota: \* o percentual calculado levou em consideração a quantidade de respostas afirmativas na realização das atividades no último ano.



## 5.2 ATRIBUTOS DA APS NA ATENÇÃO AO IDOSO NA PERSPECTIVA DOS TRABALHADORES DE EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA

A partir da avaliação dos itens que compõem o instrumento PCATool – versão profissionais foi possível identificar que apenas os atributos Integração dos Cuidados ( $6,6 \pm 1,5$ ), Serviços disponíveis ( $6,7 \pm 1,4$ ), Serviços prestados ( $6,9 \pm 2,2$ ) e Orientação comunitária ( $7,1 \pm 1,3$ ) foram considerados altas para a qualidade dos serviços com relação aos princípios da APS.

Tabela 4 – Atributos da APS na percepção dos trabalhadores da APS. Uberaba/MG, 2022.

<b>Atributos da APS</b>	<b>Média</b>	<b>Desvio Padrão</b>
Acessibilidade	4,1	1,1
Longitudinalidade	6,2	1,0
Integração dos cuidados	6,6	1,5
Sistemas de Informação	5,9	1,6
Serviços disponíveis	6,7	1,4
Serviços prestados	6,9	2,2
Orientação familiar	6,5	2,0
Orientação comunitária	7,1	1,3
Escore Essencial	6,1	1,0
Escore Geral	6,2	1,0

Fonte: dados da pesquisa, 2022.

Na tabela 5 são apresentadas os resultados da análise de correlação entre os atributos da APS e os escores essencial e geral da APS. Todas foram estatisticamente significativas, sendo encontradas correlações fracas entre o atributo acessibilidade e os escores essencial ( $r=0,33$ ) e geral ( $r=0,29$ ), correlações moderadas entre o atributo Integração dos cuidados e os escores essencial ( $r=0,57$ ) e geral ( $r=0,52$ ) e atributo orientação comunitária e o escore essencial ( $r=0,59$ ). Todas as demais apresentaram correlações fortes.

Tabela 5 – Análise das correlações entre os atributos da APS e os escores essencial e geral de qualidade da APS. Uberaba/MG, 2022.

Atributo	Escore Essencial		Escore Geral	
	r	p	r	p
Acessibilidade	0,33	0,004	0,29	0,012
Longitudinalidade	0,66	<0,001	0,61	<0,001
Integração dos cuidados	0,57	<0,001	0,52	<0,001
Sistemas de Informação	0,80	<0,001	0,75	<0,001
Serviços disponíveis	0,68	<0,001	0,69	<0,001
Serviços prestados	0,76	<0,001	0,80	<0,001
Orientação familiar	0,66	<0,001	0,78	<0,001
Orientação comunitária	0,59	<0,001	0,67	<0,001

Fonte: dados da pesquisa, 2022.

### 5.3 MAPEAMENTO DAS INSTITUIÇÕES QUE ATENDEM AO PÚBLICO IDOSO E SÃO ACIONADAS PELAS ESF

Para a identificação das instituições/recursos de comunidade que as equipes de Saúde da Família e outros pontos da RAS municipal podem acionar no caso de referenciamento do idoso ao atendimento de demandas que a APS não consegue resolver foi empreendida análise dos documentos legais das políticas públicas municipais: o Plano Municipal de Saúde (2018-2021) e o Plano Decenal Municipal de Educação: 2015-2024, além da percepção dos próprios trabalhadores da ESF.

Com relação ao Plano Municipal de Saúde (2018-2021), o documento realiza uma apresentação da consolidação da política de saúde do município de Uberaba, além de apresentar a rede de serviços de saúde e a análise situacional de saúde do município. Por meio deste documento, é possível compreender como se dá, por meio da política pública de saúde municipal, a atenção à saúde da população idosa.

Ele apresenta uma caracterização do perfil demográfico da população, em que evidencia-se que o município segue tendência mundial de envelhecimento populacional, com impactos para os serviços de saúde:

Uberaba possui, segundo estimativa do IBGE para 2012, 38.202 idosos – mais de 60 anos (Tabela 2); em 2007 eram 33.493 pessoas com mais de 60 anos, sugerindo que Uberaba acompanha uma tendência mundial de significativo aumento da população idosa. Uma importante consequência desse aumento é que esses indivíduos provavelmente apresentarão um

maior número de doenças e/ou condições que requerem mais serviços sociais e assistenciais por mais tempo. Referente ao percentual de idosos residentes com outro parente - Figura 8, verifica-se que no sexo masculino esse percentual se manteve e no sexo feminino houve uma queda (UBERABA, 2017, p. 32).

É apresentado também uma caracterização do perfil de saúde da população idosa, com destaque para internações de doenças do aparelho respiratório, circulatório e fratura do fêmur. Com relação às causas de mortalidade, as doenças do aparelho circulatório são mais prevalentes, acrescidas das neoplasias:

Quanto à idade dos internados, as doenças do aparelho respiratório foram mais frequentes em crianças de até 4 anos, seguida pelo grupo com 65 e mais anos de idade. As doenças do aparelho circulatório foram predominantes entre pessoas de 50 a 79 anos (UBERABA, 2017, p. 67).

Observou-se no período analisado incremento significativo na incidência de internações de idosos por fratura de fêmur, podendo ser interpretado como aumento na incidência de acidentes com fraturas nessa faixa etária ou à implementação dos serviços de regulação na área de urgência e nos processos de regulação e auditoria hospitalar, com melhora do acesso aos serviços que realizam tais internações. Independente da interpretação conferida há necessidade de implantação de efetivas ações preventivas junto à população idosa e comunidade, de forma a reduzir acidentes e traumas nessa faixa etária (UBERABA, 2017, p. 72).

As principais causas de mortalidade no período de 2011 a 2016\* foram Doenças do Aparelho Circulatório, Neoplasias, Doenças do Aparelho Respiratório e Causas externas de morbidade e mortalidade, conforme observamos na Figura abaixo. Desagregando os óbitos por capítulo e faixa etária no ano de 2015 (Tabela 18) observa-se um maior número de óbitos de idosos por Doenças do Aparelho Circulatório e Neoplasias (UBERABA, 2017, p. 74).

Com relação aos determinantes e condicionantes de saúde o plano de saúde enfatiza a taxa de analfabetismo entre os idosos:

A taxa de analfabetos em Uberaba é de 4,22% considerando alunos acima de 15 anos, sendo que a maioria de analfabetos encontra-se na faixa etária acima de 60 anos, de acordo com o censo do IBGE de 2010 (UBERABA, 2017, p. 108).

São apresentados alguns indicadores de saúde que são acompanhados, os quais são apresentados no quadro a seguir.

Quadro 2. Indicadores de saúde acompanhados apresentados no Plano Municipal de Saúde (2018-2021).

Indicador	Unidade de medida	Índice de referência	Fórmula de cálculo
Cobertura vacinal contra gripe (Influenza) em idosos	%	85,86	Número de maiores de 60 anos de idade vacinados contra gripe por (dividido) número de maiores de 60 anos de idade, multiplicado por 100.
Razão de exames citopatológicos do colo do útero em mulheres de 25 a 64 anos e a população da mesma faixa etária	Razão	0,37	Número de exames citopatológicos do colo do útero em mulheres na faixa etária de 25 a 64 anos, em determinado município e ano dividido pela população feminina na faixa etária de 25 a 64 anos, no mesmo local e ano dividido por 3.
Razão de exames de mamografia de rastreamento realizados em mulheres de 50 a 69 anos e população da mesma faixa etária	Razão	0,33	Número de mamografias para rastreamento realizadas em mulheres residentes na faixa etária de 50 a 69 anos em determinado local e ano dividido pela população feminina na mesma faixa etária no mesmo local e ano dividido por 2.
Taxa de mortalidade prematura (30 a 70 anos) por DCNT (doenças do aparelho circulatório, câncer, diabetes e doenças respiratórias crônicas)	1/100.000	325,68	Numerador: Número de óbitos (de 30 a 69 anos) por DCNT registrados nos códigos CID-10 – I00-I99; C00-C97; J30-J98; E10-E14 – em determinado ano e local. Denominador: População residente (de 30 a 69 anos), em determinado ano e local. Fator de multiplicação: 100.000 * Para o cálculo de indicador considerar a faixa etária de 30 a 69 anos.

Fonte: adaptado de Uberaba, 2017, p. 373-381.

Os resultados apresentados não foram alcançados/não atingiram a faixa de variação recomendada para os seguintes indicadores: “Razão de exames citopatológicos do colo do útero em mulheres de 25 a 64 anos e a população da mesma faixa etária” - Meta 2016: 0,47. Resultado 2016: 0,37 (UBERABA, 2017, p. 55); “Razão de exames de mamografia de rastreamento realizados em mulheres de 50 a 69 anos e população da mesma faixa etária” - Meta 2016: 0,46. Resultado 2016: 0,33 (UBERABA, 2017, p. 55); “Taxa de internação por tipo de leito geral por 1.000 habitantes, no ano de 2015, Uberaba/MG. Clínica - 60 anos e mais. 2015: 52,7. Faixa de variação recomendada por tipo de leito: Mínima - 72,4 Máxima - 116,8 (UBERABA, 2017, p. 94).

Com relação ao acompanhamento dos indicadores relacionados à prevenção do câncer do colo uterino, o documento faz uma reflexão sobre a importância do acompanhamento regular, já que a depender do estágio que a lesão se encontra irá

definir a conduta clínica e piores perspectivas de evolução do tratamento. Os casos mais complicados são mais prevalentes nas mulheres em idade fértil e idosas:

O exame citopatológico realiza uma classificação inicial entre lesões de baixo e de alto grau que irá definir a conduta clínica. [...] O rastreamento realizado no Brasil é de tipo oportunístico, ou seja, é realizado quando a mulher procura o serviço de saúde. Verifica-se nos dados compilados da tabela abaixo que o maior índice de Lesão de alto grau foi encontrado na faixa etária de 25 a 34 anos e em mulheres acima de 64 anos. Referente ao Carcinoma epidermoide invasor evidencia-se na faixa etária acima de 64 anos (UBERABA, 2017, p. 83).

O resultado do indicador “Taxa de internação por tipo de leito geral por 1.000 habitantes, no ano de 2015, Uberaba/MG. Cirurgia - 60 anos e mais” ficou dentro do esperado (44,2), sendo a faixa de variação recomendada por tipo de leito mínima de 44,0 e máxima de 72,6 (UBERABA, 2017, p. 94).

O número de acompanhamento realizados pela Vigilância Alimentar e Nutricional aumentaram de 2001 a 2016 para a população idosa - 2011: 2.024; 2012: 2.322; 2013: 2.093; 2014: 2.430; 2015: 4.501; 2016: 6.120 (UBERABA, 2017, p. 125). Considerando os serviços de saúde do Município de Uberaba/MG, o documento apresenta os serviços que compõem a RAS municipal. Na perspectiva de atenção à saúde da população idosa, o plano enfatiza:

A Atenção à Saúde do Idoso em Uberaba é realizada pelas equipes da Estratégia Saúde da Família, através de atividades de promoção da saúde com ações descentralizadas através de grupos de socialização, atividades físicas e hiperdia em todas as Unidades de Saúde da Atenção Primária, além de atendimento curativo e reabilitação (UBERABA, 2017, p. 125).

Assim, é notória a relevância que dos serviços de Atenção Primária (representados pelas equipes de Saúde da Família) possuem no atendimento à população idosa de Uberaba considerando as ações e serviços oferecidos pelo SUS, com destaque para as ações prioritárias oferecidas pelo programa Saúde da Família (Promoção da Saúde e HiperDia), além as ações curativas e de reabilitação ofertadas por outros pontos da rede de atenção.

Os seguintes serviços fazem menção ao atendimento à população idosa em sua descrição no Plano de saúde:

O CAIS [Centro de Atenção Integrada de Saúde] funciona como núcleo de apoio a Atenção Básica e o atendimentos são feitos mediante agendamento prévio com ações voltadas principalmente para a atenção à saúde da criança

e do idoso. Seu horário de funcionamento é das 7:00 às 22:00 horas (UBERABA, 2017, p. 144).

[Serviço de Atenção Domiciliar de Uberaba - Programa Melhor em Casa] O serviço de nutrição é composto pelo atendimento a usuários em uso de dietas especiais por sondas e a pacientes desnutridos ou com alguma deficiência nutricional, desde crianças a idosos (UBERABA, 2017, p. 155).

[Centro de Atenção Integral à Saúde da Mulher - CAISM - Serviço de Atenção à Mulher Idosa] Atendimento realizado em grupo direcionado a mulheres idosas e em processo de envelhecimento que buscam por atividades de promoção da saúde. [...] ações de promoção à saúde e criando condições para que sejam promovidas a autonomia, a integração e a participação dos idosos na sociedade, conforme previsto em lei. O enfoque do trabalho está voltado para a saúde e não para a doença, enfatizando os aspectos preventivos como fatores de promoção à saúde (UBERABA, 2017, p. 206).

[Unidade Especializada em Reabilitação (UER)] Os pacientes de Urgência são atendidos como prioridade, assim também os pacientes da Melhor Idade (acima de 60 anos) (UBERABA, 2017, p. 211).

Há de se destacar que existem outros pontos da rede de atenção à saúde que eventualmente atendem ao público idoso, porém não foram citados no plano ou, quando citados, não fizeram menção ao atendimento ao público idoso: Consultório na Rua (UBERABA, 2017, p. 151), Unidades Regionais de Saúde - URS Boa Vista e São Cristóvão (UBERABA, 2017, p. 171), Centros de Atenção Psicossocial – CAPS (UBERABA, 2017, p. 214), Centro de Testagem e Aconselhamento – CTA (UBERABA, 2017, p. 288), Farmácia Popular e farmácias dispensadoras de medicamentos (UBERABA, 2017, p. 227), Unidades de Pronto Atendimento - UPA Parque do Mirante e São Benedito (UBERABA, 2017, p. 240), Unidade de Atendimento ao Idoso (UAI) e as ILPI's.

Com relação aos recursos humanos especializados no atendimento da especialidade relacionada a população idosa (geriatria/gerontologia), apenas no ano de 2016 é listado um profissional médico geriatra em atendimento para o SUS (UBERABA, 2017, p. 98).

Com relação as ações realizadas que contemplam os idosos destaca-se as ações de atividade física:

As ações de atividades físicas de 2005 a 2015 eram desenvolvidas através do Projeto Ginástica Orientada pelas secretarias de Educação, Saúde e Esporte, apresentavam como objetivo promover a saúde da população de hipertensos, diabéticos e idosos, preferencialmente, para mostrar a importância da Atividade Física nos aspectos físico, mental e social. Eram desenvolvidas ações de atividades físicas nas praças e espaços públicos da cidade, duas vezes por semana com duração de 60 minutos, ministradas por

profissionais de Educação Física e com a colaboração das equipes do Programa Saúde da Família, nos seguintes locais: Clube LIONS, Parque das Américas, Complexo Zé do Tiro, Praça do Quartel, CEMEA Abadia, CRAS da Vila Paulista, ABCZ- Dentro do Parque de exposição, CRAS do Morumbi, Quadra de Esporte do bairro São Cristóvão, Associação Morada do Sol (UBERABA, 2017, p. 129-130).

Estas ações, segundo o plano de saúde fazem parte do Plano de Ação Municipal para a Promoção da Saúde:

O município de Uberaba apresentou seu Plano de Ação Municipal para Promoção da Saúde em 20 de junho de 2016 com os seguintes projetos: Realizar ações de práticas corporais e/ou atividades físicas para a população: são desenvolvidas ações de atividades físicas nas praças e na Unidade de Atenção ao Idoso – UAI; de duas a cinco vezes por semana, ministradas por profissionais de Educação Física em parceria com a Fundação Municipal de Esporte e Lazer - FUNEL e com a colaboração das equipes dos Núcleos de Apoio a Saúde da Família - NASF e da Estratégia Saúde da Família – ESF (UBERABA, 2017, p. 130-131).

Ainda, o plano de saúde traz as metas a serem cumpridas no exercício do Plano Municipal de Saúde de 2018 a 2021 que foram definidas na VIII e IX Conferência Municipal de Saúde de Uberaba, com a temática “Saúde Pública de qualidade para cuidar bem das pessoas – Direito do cidadão Uberabense”.

As metas aprovadas na conferência relacionadas ao idoso foram: “Criar um serviço ou uma unidade básica de saúde na área de abrangência da Estratégia Saúde da Família (ESF) no Bairro Abadia II, considerando o alto número de idosos” (UBERABA, 2017, p. 349) e “Garantir e aprimorar as redes de Atenção no acolhimento e cuidado em saúde, considerando sua situação de vulnerabilidade em seus ciclos de vida (criança, adolescente, jovem, adulto e idoso)” (UBERABA, 2017, p. 349). Percebe-se que são metas gerais que não estabelecem critérios específicos de acompanhamento ou execução das mesmas.

Com relação ao Plano Decenal Municipal de Educação: 2015-2024, o documento traz uma análise situacional e a proposição de metas e estratégias a serem cumpridas no período de dez anos com relação a política pública educacional do município de Uberaba/MG.

O público idoso é mencionado apenas ao se tratar da questão do analfabetismo. Esta situação é evidenciada na meta 9:

elevar a taxa de alfabetização da população com 15 (quinze) anos ou mais para 70% (setenta por cento), até 2017; e até o final da vigência deste PDME,

erradicar o analfabetismo absoluto e reduzir em 80% (oitenta por cento) a taxa de analfabetismo funcional (UBERABA, 2015, p. 46).

Importante ressaltar que o Plano Municipal de Saúde traz o analfabetismo na população idosa como determinante e condicionante de saúde, porém o Plano de Educação não traz ações concretas para sua efetivação, como pode ser descrito na estratégia 9.15 listada a seguir:

considerar, nas políticas públicas destinadas a jovens e adultos, as necessidades dos idosos, com vistas à promoção de políticas de erradicação do analfabetismo, ao acesso a tecnologias educacionais e a atividades recreativas, culturais e esportivas (UBERABA, 2015, p. 46).

Um aspecto relevante a ser destacado é perspectiva que da estratégia 16 da meta de aumento da alfabetização e erradicação do analfabetismo é a premissa de ser levada em consideração as experiências de vida e a inclusão de temáticas relacionados ao envelhecimento populacional nos currículos escolares “implementar programas de valorização dos conhecimentos e de experiência dos idosos e incluir os temas do envelhecimento nos currículos das escolas” (UBERABA, 2015, p. 46).

Considerando a perspectiva dos profissionais atuantes nas equipes de ESF quanto quais instituições/serviço/recursos de comunidade que eles acionam caso as suas necessidades não possam ser atendidas, sendo os mais indicados o Centro de Referência em Assistência Social – CRAS (14,0%), as Unidades de Pronto Atendimento – UPAS (10,9%), a Atenção Especializada (9,3%), a UAI (7,8%), os Centros de Atenção Psicossociais – CAP’s (7,8%) e a Policlínica Getúlio Vargas – Odontologia (7,0%), conforme tabela 6.



Tabela 6 – Principais instituições/serviços/recursos de comunidade acionados pelas equipes da Estratégia Saúde da Família. Uberaba/MG, 2022.

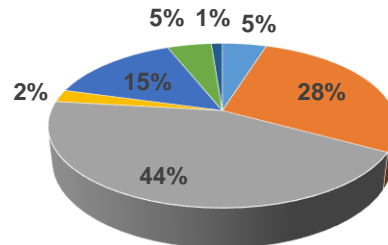
Instituição/Serviço/Recurso Comunitário <sup>§</sup>	N	%
Centro de Referência em Assistência Social - CRAS	18	14,0
Unidade de Pronto Atendimento - UPA	14	10,9
Atenção Especializada	12	9,3
Unidade de Atendimento Integrado do Idoso - UAI	10	7,8
Centro de Atenção Psicossocial – CAP's	10	7,8
Policlínica Getúlio Vargas - Odontologia	9	7,0
Centro Municipal de Hipertensão e Diabetes - CEMDHI	7	5,4
Centro de Referência Especializado em Assistência Social - CREAS	7	5,4
Núcleo de Apoio à Saúde da Família - NASF	7	5,4
Centro de Especialidades Odontológicas	4	3,1
Centro de Atenção Integrada em Saúde - CAIS	4	3,1
Unidade Especializada em Reabilitação - UER	4	3,1
Serviço de Atendimento Móvel - SAMU	3	2,3
Fundação de Esporte e Lazer - FUNEL	3	2,3
Departamento de Atenção Especializada - DAE	2	1,6
Hospital Mário Palmério	2	1,6
Instituições de Longa Permanência	2	1,6
Conselho Municipal do Idoso	2	1,6
Secretaria de Desenvolvimento Social	2	1,6
Centro de Atendimento Integral à Saúde da Mulher - CAISM	2	1,6
Hospital de Clínicas da UFTM	2	1,6
Saúde em Casa	1	0,8
Centro de Atendimento à COVID	1	0,8
Igrejas	1	0,8

Fonte: dados da pesquisa, 2022.

Nota: <sup>§</sup> para esta variável os participantes poderiam listar mais uma opção.

A grande maioria dos participantes (72,0%) referiu tomar conhecimento destas instituições por meio de orientações/diretrizes da SMS e o próprio conhecimento pessoal. As fontes de informações menos frequentes foram orientações/diretrizes do governo municipal (2,0%), indicação dos usuários dos serviços (5,0%) e diagnóstico de comunidade elaborado pela ESF (5,0%), conforme apresentado a seguir.

Figura 6 – Principais fontes de conhecimento da existência de instituições/recursos de comunidades acionados pelas equipes da Estratégia Saúde da Família.



- Diagnóstico de Comunidade elaborado pela equipe de saúde da família
- Conhecimento pessoal
- Orientações/Diretrizes da Secretaria Municipal de Saúde
- Orientações/Diretrizes dos órgãos do governo municipal
- Divulgação da própria instituição/recursos de comunidade
- Indicação de usuários dos serviços
- Outras formas

Fonte: dados da pesquisa, 2022.

#### 5.4 PERFIL DAS INTERNAÇÕES SENSÍVEIS À ATENÇÃO PRIMÁRIA EM IDOSOS<sup>1</sup>

No período entre 2009 a 2018 houveram um total de 61.888 internações para a população idosa em Uberaba. Deste total, 20,4% eram internações sensíveis à Atenção Primária (n=12.607). Considerando a distribuição das ICSAP ao longo dos biênios estudados evidencia-se uma redução do percentual de internações sensíveis do biênio 2009/2010 a 2015/2016 e incremento em 2017/2018 para todas as faixas etárias. Também tem destaque o fato de que na medida que a idade avança as ICSAP aumentam, independente do biênio (Tabela 7).

<sup>1</sup> Os resultados deste objetivo já se encontram publicados na revista Bioscience Journal, volume 37 de 2021 (GARCIA et al., 2021).

Tabela 7 – Proporção das internações da população idosa segundo condições sensíveis e não sensíveis, por biênio e faixa etária, Uberaba/MG, 2009 a 2018.

Causa	2009-2010	2011-2012	2013-2014	2015-2016	2017-2018	Total
	%	%	%	%	%	%
<b>60  -69 anos</b>						
Não sensíveis	76,8	81,0	84,7	85,4	83,3	82,5
Sensíveis	23,2	19,0	15,3	14,6	16,7	17,5
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
<b>70  -79 anos</b>						
Não sensíveis	70,9	78,3	81,4	82,6	77,9	78,3
Sensíveis	29,1	21,7	18,6	17,4	22,1	21,7
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
<b>80 anos ou mais</b>						
Não sensíveis	65,5	73,8	78,8	80,6	74,9	74,9
Sensíveis	34,5	26,2	21,2	19,4	25,1	25,1
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Fonte: DATASUS. SIH do SUS, 2019.

Ao se considerar os grupos de faixa etária, as taxas de ICSAP foram maiores para os grupos de idosos mais longevos, com maiores taxas para os idosos com 80 anos no período analisado. Destaca-se também que no decorrer dos anos as taxas aumentaram, exceto no biênio 2011/2012 para 2013/2014 que praticamente permaneceram estável para a faixa etária 70 a 79 anos (Tabela 8).

Tabela 8 – Taxas (por 1.000 habitantes) das ICSAP da população idosa segundo faixa etária, por biênio, Uberaba/MG, 2009 a 2018.

Faixa etária	2009 - 2010	2011 - 2012	2013 - 2014	2015 - 2016	2017 - 2018
60  - 69 anos	234	249	270	296	343
70  - 79 anos	326	338	337	373	410
80 anos ou mais	408	367	406	450	496

Fonte: DATASUS. SIH do SUS, 2019.

Dentre os grupos de causas de ICSAP identificou-se que os agravos relacionados ao aparelho cardiovascular foram os mais prevalentes para todos os

grupos de faixa etária, representando cerca de 64,0% do total das hospitalizações sensíveis (Tabela 9).

Internações por Angina, Insuficiência cardíaca e Doenças Cerebrovasculares foram mais prevalentes em ordem decrescente para os grupos 60 a 69 anos e 70 a 79 anos. Já o grupo de octogenários (80 anos ou mais) a Insuficiência Cardíaca foi mais prevalente (22,0%), seguida das Doenças Cerebrovasculares (21,2%) e as Pneumonias bacterianas o terceiro grupo (16,1%), sendo a Angina a quarta causa mais prevalente (11,8%) para este grupo, conforme apresentado na tabela 9.

Tabela 9 – Número e proporção de internações por condições sensíveis, segundo os grupos de sensíveis e faixa etária, Uberaba/MG, 2009 a 2018.

Grupos de Causa	60 a 69 anos		70 a 79 anos		80 anos ou mais		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Angina	1458	28,8	1067	22,9	341	11,8	2866	22,7
Insuficiência Cardíaca	1041	20,6	976	21,0	637	22,0	2654	21,1
Doenças cerebrovasculares	951	18,8	967	20,8	613	21,2	2531	20,1
Pneumonias bacterianas	280	5,5	385	8,3	467	16,1	1132	9,0
Doenças pulmonares	311	6,2	395	8,5	200	6,9	906	7,2
Infecção no rim e trato urinário	229	4,5	268	5,8	294	10,2	791	6,3
Úlcera gastrintestinal	185	3,7	145	3,1	106	3,7	436	3,5
Diabetes mellitus	244	4,8	106	2,3	51	1,8	401	3,2
Infecção de pele	121	2,4	85	1,8	53	1,8	259	2,1
Deficiências nutricionais	45	0,9	118	2,5	28	1,0	191	1,5
Epilepsias	54	1,1	38	0,8	18	0,6	110	0,9
Doenças preveníveis por imunização	36	0,7	24	0,5	22	0,8	82	0,7
Hipertensão	41	0,8	29	0,6	17	0,6	87	0,7
Gastrenterites infecciosas	22	0,4	26	0,6	23	0,8	71	0,6
Asma	20	0,4	13	0,3	9	0,3	42	0,3
Doença infl. em órgãos pélvicos femininos	12	0,2	6	0,1	6	0,2	24	0,2
Anemia	3	0,1	5	0,1	5	0,2	13	0,1
Infecção de ouvido, nariz e garganta	3	0,1	5	0,1	3	0,1	11	0,1
<b>Total</b>	<b>5056</b>	<b>100</b>	<b>4658</b>	<b>100</b>	<b>2893</b>	<b>100</b>	<b>12607</b>	<b>100</b>

Fonte: DATASUS. SIH do SUS, 2019.

Com relação ao sexo dos idosos hospitalizados por causas sensíveis, houve pequena prevalência maior para o sexo masculino (51,5 %). Considerando grupos de causa por sexo, novamente as causas relacionados ao aparelho cardiovascular (angina, insuficiência cardíaca e doenças cerebrovasculares) foram mais prevalentes

para ambos os sexos (61,9 % para o sexo feminino e 65,7 % para o sexo masculino), sendo a angina a causa mais prevalente para os homens e a terceira para as mulheres (Tabela 10).

Tabela 10 – Número e proporção de internações por condições sensíveis, segundo os grupos de sensíveis e faixa etária, Uberaba/MG, 2009 a 2018.

Grupos de Causa	Feminino		Masculino		Total	
	N	%	N	%	N	%
Angina	1194	19,5	1672	25,8	2866	22,7
Insuficiência Cardíaca	1355	22,2	1299	20,0	2654	21,1
Doenças cerebrovasculares	1237	20,2	1294	19,9	2531	20,1
Pneumonias bacterianas	582	9,5	550	8,5	1132	9,0
Doenças pulmonares	446	7,3	460	7,1	906	7,2
Infecção no rim e trato urinário	405	6,6	386	5,9	791	6,3
Úlcera gastrintestinal	184	3,0	252	3,9	436	3,5
Diabetes mellitus	195	3,2	206	3,2	401	3,2
Infecção de pele	150	2,5	109	1,7	259	2,1
Deficiências nutricionais	156	2,6	35	0,5	191	1,5
Epilepsias	38	0,6	72	1,1	110	0,9
Doenças preveníveis por imunização	29	0,5	53	0,8	82	0,7
Hipertensão	45	0,7	42	0,6	87	0,7
Gastrenterites infecciosas	37	0,6	34	0,5	71	0,6
Asma	27	0,4	15	0,2	42	0,3
Doença infl. em órgãos pélvicos femininos	24	0,4	0	0,0	24	0,2
Anemia	6	0,1	7	0,1	13	0,1
Infecção de ouvido, nariz e garganta	5	0,1	6	0,1	11	0,1
<b>Total</b>	<b>6115</b>	<b>100,0</b>	<b>6492</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>

Fonte: DATASUS. SIH do SUS, 2019.

## 5.5 BARREIRAS E AS POTENCIALIDADES PARA O TRABALHO EM REDE DAS INSTITUIÇÕES QUE ATENDEM AO SEGMENTO IDOSO

Para esta etapa da pesquisa, participaram sete representantes de instituições/serviços que atendem a pessoa idosa, a saber o CREAS e do CMDI. O perfil sociodemográfico está apresentado no quadro a seguir.

Quadro 3 - Perfil sociodemográfico dos participantes da etapa qualitativa do estudo.

Sujeito	Entidade que representa	Sexo	Idade	Estado Civil	Escolaridade
C1	Psicóloga do CREAS	Feminino	34	Casada	Especialização
CMDI1	Presidente do CMDI	Feminino	58	Casada	Especialização
CMDI2	Representante dos profissionais que atuam junto aos idosos (AC)	Feminino	40	Casada	Especialização
CMDI3	Usuário da Unidade de Atenção ao Idoso	Masculino	70	Viúvo	Fundamental incompleto
CMDI4	Usuária da Unidade de Atenção ao Idoso	Feminino	73	Casada	Fundamental incompleto
CMDI5	Instituição de Longa Permanência para Idosos - Filantrópicas	Masculino	68	Casado	Médio completo
CMDI6	Instituição de Longa Permanência para Idosos - Filantrópicas	Feminino	43	Casada	Médio completo

Fonte: elaborado pelo autor, 2022.

A partir da análise dos dados das entrevistas por meio da análise de conteúdo temática, emergiram seis categorias: *Funcionamento da instituição e o atendimento às necessidades do idoso; Reconhecimento de outros serviços/programas que também atendam ao idoso no município; Parcerias com outras instituições/programa de atendimento ao idoso; Percepções da atuação integrada/rede no atendimento ao idoso; Impactos e desafios impostos pela pandemia do COVID-19 e Desafios para melhoria do atendimento e atuação integrada/rede na atenção ao idoso.*

### 5.5.1 Funcionamento da instituição e o atendimento às necessidades do idoso

Esta categoria traz uma descrição de como a instituição/conselho atua no atendimento às necessidades dos idosos. Observa-se que as instituições

participantes atendem demandas específicas da população idosa: o CREAS atende o idoso quando seus direitos fundamentais foram violados e o CMDI atende à população idosa institucionalizada. Ressalta-se que o núcleo de atendimento da participante do CREAS e também o CMDI não atendem a população idosa exclusivamente, mas também outros grupos como portadores de necessidades especiais e transtornos mentais (no caso do CREAS):

*“O CREAS trabalha atendendo a população idosa com direitos violados, trabalha também atendendo crianças e adolescentes com direitos violados, e também atende adolescentes cumprindo medidas socioeducativas e respectivamente seus núcleos familiares né, porque nós não trabalhamos apenas com o indivíduo, a gente trabalha com os núcleos familiares né, o indivíduo está inserido em uma família, e não adianta fazer um atendimento simplesmente para um idoso, para o adolescente, então nosso trabalho sempre tem esse olhar de tentar trabalhar essa pessoa inserida em uma família, em um contexto”. (C1)*

*“O conselho do idoso ainda tem muito para se alcançar, nós ficamos muito focados na questão de ILPI mesmo, de votar, visitar e descrever instituições e muitas das vezes a gente sabe que o conselho, mais do que isso, poderia alcançar mais coisas, participar mais de programas que não sejam relacionados ao idoso institucionalizado, que acaba que a gente fica muito limitado. [...] Eu me lembro que quando eu participei do conselho nos primeiros anos da implantação, nós íamos nos lugares onde os idosos estavam, íamos na UAI e levávamos os nossos profissionais conselheiros que são dentistas, advogados, para falar sobre direito, de saúde bucal, a gente ia onde o idoso estava. Hoje em dia infelizmente foi se perdendo isso, a gente precisa lutar para ter mais ações voltadas para esses idosos, independente de onde eles estejam, dentro ou fora da instituição”. (CMDI1)*

Ademais, esta categoria apresenta também as principais necessidades que levam ao atendimento dos idosos pelos serviços. Conforme pode ser evidenciado na fala seguinte, a situação do rompimento dos laços familiares é bastante recorrente como uma necessidade dos idosos, além dos casos de maior vulnerabilidade por conta de uso de substâncias psicoativas por parte dos parentes:

*“São vários tipos de demandas. Têm sido muito frequente pessoas idosas que residem sozinhas, que não tem vínculos familiares, por exemplo, uma idosa que está na UPA, têm vínculos rompidos e não está em condições de autocuidado, então as pessoas buscam o CREAS. A gente atende também idosos em situação de risco em função de filhos que fazem uso de substâncias psicoativas”. (C1)*

### 5.5.2 Parcerias estabelecidas com as equipes de Saúde da Família

Esta categoria traz a percepção que os participantes têm com relação às parcerias e o vínculo estabelecidas pelas equipes de Saúde da Família. Percebe-se que a depender da equipe de referência, o vínculo de faz presente ou não, o que denota que cada equipe de ESF traz suas particularidades e uma forma de atendimento específicas que atendam as demandas e condições de sua área adstrita.

Outro aspecto importante é que a emergência da pandemia do COVID-19 acabou por impedir as visitas das equipes de Saúde da Família. Outros participantes afirmaram que tal situação aconteceu em seus territórios antes mesmo da pandemia:

*“Não tem uma ação global, vamos dizer assim, nós fazíamos antes da pandemia reuniões marcadas nas agendas dos profissionais mensalmente que participam pessoas da atenção básica, saúde mental, dos CAP’s, essas reuniões aconteciam mensalmente onde nós discutíamos situações para conversar como é que tá aquela pessoa, o que cada serviço diante de suas possibilidades e competência poderia fazer para aquele atendimento realmente ser efetivo, então essas reuniões sempre aconteciam e, diante disso, por exemplo, a pessoa que estava responsável pela atenção básica, que estava presente na reunião, então se tem uma pessoa idosa que mora no Tutunas, qual que é a unidade básica de saúde de referência, é tal, então qual é a equipe de saúde de referência, então a gente conseguia manter um contato com essa equipe, discutir essas situação com essa equipe e fazer um acompanhamento se necessário”. (C1)*

*“Existia uma equipe de saúde da família que nos atendia, que visitava uma vez ao mês e que realmente depois da pandemia parou”. (CMDI5)*

*“Estou praticamente a um ano na instituição só, mas eu percebi que não é por causa da pandemia, mas a equipe de saúde da família não aparece lá, não teve nenhuma visita”. (CMDI2)*

*“[..]nós temos a UBS [suprimido o nome para garantia do anonimato] que nos dá todo o suporte, caso o idoso não esteja bem a gente leva ele lá e o médico atende sem agendamento, a gente está bem assistido com o município”. (CMDI6)*

*“[...] a estratégia saúde da família sempre funcionou muito bem, desde que a gente iniciou aqui há 18 anos sempre foram presentes, mesmo na pandemia eles continuaram nos dando apoio, nós levando idoso lá e o médico vindo aqui”. (CMDI1)*



### 5.5.3 Parcerias com outras instituições/programa de atendimento ao idoso

Esta categoria traz as parcerias estabelecidas com outros serviços que não sejam as equipes de Saúde da Família. Além de outros serviços que compõem a RAS do município para os casos de urgência/emergência foram elencadas outras instituições que oferecem atividades para os idosos, como a Fundação de Esportes e Lazer - FUNEL, UAI e o SESC:

*“Além das ILPI particulares e filantrópicas temos a UAI, a UATI que também faz o trabalho com os idosos, a universidade aberta da UNIUBE, da UFTM, temos um centro dia que já está inscrito no conselho, casa de Maria que tem a pretensão de ser um centro dia mas que hoje desempenha atividades assim como a UAI”. (CMDI1)*

*“A FUNEL também trabalha com o idoso. A UNIUBE está com o projeto também das comadres, que eles estão levando coisas em casa para a pessoa fazer bordado, desenhos [...]. Temos o SESC também”. (CMDI3)*

*“[...] temos aqui um convênio com o SOS na nossa instituição que nós pagamos mensalmente, o atendimento emergencial, sofreu um princípio de infarto, baixou a saturação ou levou uma queda a gente aciona a UTI móvel que vem e faz o primeiro atendimento e se precisar de encaminhamento já encaminha para o UPA ou o hospital se for o caso de uma emergência maior”. (CMDI5)*

*“Uma questão de urgência e emergência a gente chama a Ubervidas e encaminha para a UPA. [...] através do instituto Sabin, eu consegui fazer os exames de todo mundo”. (CMDI2)*

*“Eu tenho o UAI que era minha segunda casa, mas a UAI é tudo”. (CMDI3)*

*“Quando eu entrei na UAI há 19 anos atrás, tinha médico, enfermeira, tudo o que você precisava tinha lá”. (CMDI4)*

### 5.5.4 Percepções da atuação integrada/rede no atendimento ao idoso

Essa categoria refere-se a forma como os participantes veem o estabelecimento de relacionamentos/parcerias entre as diversas instituições no atendimento a pessoa idosa. É possível perceber que os participantes reconhecem a potencialidade da atuação em rede para a efetivação do atendimento à população idosa:

*“Somos a porta de entrada para essas necessidades, mas nós sozinhos não conseguimos contemplar os atendimentos necessários, porque são situações muito complexas, então a gente precisa do apoio da rede, apoio da saúde, sempre andar de braços dados com a saúde, com a atenção básica”. (C1)*

Apesar de reconhecerem a potencialidade das ações intersetoriais, alguns participantes reconhecem a fragilidade deste princípio nos serviços que oferecem atendimento aos idosos, reafirmando ser uma questão mais voltada para um reconhecimento pessoal dos profissionais que se envolvem com os serviços do que um direcionamento institucional:

*“Infelizmente não, não temos ainda e a gente precisa muito para alcançar essa atuação integrada, precisa de boa vontade, informação para esses setores saberem dessa importância que é trabalhar de forma integrada, que vai facilitar a vida do idoso e quando a gente fala do idoso, mas vai beneficiar também a pessoa deficiente, gestante de quem precisa de informação”. (CMD11)*

*“Talvez esteja mais ligado a uma dimensão das pessoas que estão envolvidas do que uma coordenação maior, por exemplo, na atenção básica à saúde temos uma pessoa de referência que nos dá um suporte muito grande, mas percebo uma pessoa ali, não é uma política pública. Percebo que nas políticas públicas, falta-se capacitar as pessoas para isso, pensar sobre isso em equipe, porque como te disse, claro que no dia-a-dia as pessoas vão demandar isso mas a disponibilidade interna das pessoas são o estopim pra isso girar, e não uma provocação de cima, uma diretriz, uma provocação da política pública para que a gente aja neste sentido”. (C1)*

Uma importante ação destacada, fruto de uma parceria entre o CREAS e outros segmentos que atendem aos idosos é o programa “Voz da experiência”, que dentre outras perspectivas visa e estabelecer um fluxo de atendimento municipal e melhorar o atendimento aos idosos. Tais ações, além de disponibilizar informação para todas as instituições os locais que prestam atendimento ao idoso, poderá também fomentar um melhor reconhecimento das atividades que cada serviço oferece:

*“Faz mais ou menos dois anos, antes da pandemia que nós começamos, um projeto que a gente desenvolveu aqui na equipe do idoso, a voz da experiência, nós estávamos nos reunindo uma vez por mês nas ILPI's, contando com a participação dos dirigentes e técnicos das instituições, pessoal de diversas áreas, policiais, UPA's, diversas áreas da rede que atendem pessoas idosos, e isso gera muita potência nesses encontros, porque pensar na polícia, porque no caso de violência a primeira pessoa a ser chamada para o atendimento é a polícia militar, e se esse militar não estiver preparado para esse atendimento, que vai ser a primeira pessoa que vai estar ali, é muito importante isso, é até mesmo para*

*cada um saber do seu papel nessa rede, por exemplo às vezes ligam aqui, olha fulano está batendo no idoso aqui, entendeu, mas não é meu papel ir lá e separar, o povo acha que tudo é CREAS”. (C1)*

*“Temos o vozes da experiência, que é um trabalho em rede que estamos fazendo para definir a rede de atendimento da pessoa idosa, essa rede já está feita e agora vamos apresentar, o CREAS está à frente desse grupo. A voz da experiência é um grupo de pessoas, fazemos reunião mensalmente e agora essa rede foi feita, como vai ser essa rede da pessoa idosa, o que também é um pedido da promotoria do idoso que se forme essa rede. Tem participação da UFTM, as ILPI, tem saúde, tem vários participantes”. (CMDI1)*

### **5.5.5 Impactos e desafios impostos pela pandemia do COVID-19**

Esta categoria destaca os impactos e as dificuldades impostas pela pandemia do COVID-19 iniciada em 2020. Neste contexto, o foco da atenção à saúde nacional se deu a este novo agravamento. Embora os idosos tenham sido contemplados nas ações empreendidas, outras demandas de saúde deste grupo ficaram negligenciadas. Outro aspecto de destaque é que inúmeras ações que já estavam acontecendo, que envolviam diversas instituições foram paralisadas e ainda não haviam sido retomadas à época da pesquisa:

*“[...] se eu for no postinho perto da minha casa, eu não consigo mais passar com a médica que me atendia, pois só atende pessoas com COVID. Eu preciso pegar uma receita, deixo a receita lá vinte dias depois que vão me dar a receita, eu não faço exame, não faço nada”. (CMDI3)*

*“Antes da pandemia nós tínhamos uma reunião mensal que depois passou a ser a cada dois meses entre as instituições [ILPI] e a secretaria de saúde, mas com a mudança de gestão e com a pandemia deixaram de existir. Eu já solicitei essa reunião com a assistência social novamente, mas ainda não tive retorno. As demandas eram todas anotadas e eles tentavam nos dar o feedback, eram reuniões que surgiram com resultados bons”. (CMDI1)*

*“Atualmente a gente está com maiores dificuldades por conta que todos estão muito sobrecarregados com essa pandemia, principalmente o pessoal da saúde. Então desde que começou a pandemia a gente não conseguiu se reunir, foi até proposto reuniões de forma online, mas infelizmente a carga está pesada para todo mundo, então a gente não conseguiu”. (C1)*

### 5.5.6 Desafios para melhoria do atendimento e atuação integrada/rede na atenção ao idoso

Esta categoria traz alguns desafios a serem superados para uma melhoria da atenção voltada a população idosa do município de Uberaba. Questões relacionadas a insuficiência de profissionais frente a grande demanda dos serviços foi apontada com um aspecto dificultador, além da falta de compromisso de alguns profissionais:

*“[...] falta de servidores, no núcleo do idoso por exemplo, tem questões de saúde específicas que são muito recorrentes, frequentes, por exemplo neurologista, alguns atendimentos de saúde, em todos setores há uma defasagem que já vem há muito tempo, seja na saúde e na assistência social o que dificulta um pouco, o que sobrecarrega as equipes e sobra menos tempo para uma educação permanente, uma capacitação e acho que são coisas importantes. Percebo também que essa questão de vamos no reunir, vamos ter isso no cotidiano, marcar nas agendas é muito importante, e isto não é visto assim por todos, por falta de tempo e outras questões do dia-a-dia”. (C1)*

*“A saúde participa muito pouco das reuniões. Fica muito difícil, se a saúde não estiver envolvida pouco se consegue, muita coisa se esbarra na equipe da saúde, principalmente nos bairros dos idosos, para eles terem acesso a informação e atendimento. As pessoas não tem muito interesse quando se trata de idoso, são mesmo as mesas pessoas ali lutando e falando, querendo mais e buscando mais, então quando se fala em idoso, eu nunca participei das reuniões de criança e adolescente, mas o que se ouve falar é que ficam lotadas de pessoas, é atuante a reunião da rede da criança e do idoso, as pessoas não tem muita vontade de falar sobre isso, não questionam, não se preocupam muito, sempre vê as mesmas pessoas falando de idoso”. (CMDI1)*

Outro aspecto de destaque refere-se a alguns departamentos específicos dos serviços aos quais poderiam estar mais próximos para o enfrentamento das dificuldades cotidianas, como a vigilância sanitária que regulamenta as ILPI's no que se refere à concessão do alvará sanitário.

*“Uma dificuldade que a gente tem, sabe que é necessário, mas não tem uma padronização da vigilância sanitária para a ILPI, para cada instituição pede uma coisa, não existe uma padronização das exigências. A gente percebe nitidamente essa questão, fica muito solto. Estamos parcialmente interditados, a gente tem muita dificuldade. Existem dois desafios hoje, desinterditar para acolher, pois temos vagas e só acolhe o público feminino e a questão do alvará sanitário que todas as instituições devem ter um banheiro em cada quarto, e a gente não conseguiu por isso, pois precisa de investimento para adequação do prédio”. (CMDI2)*

*“A gente sabe hoje que todas as instituições não tem condições de se fazer tudo aquilo que pede na legislação, tinha que se haver uma maneira de abrir um precedente, caso não ofereça risco iminente ao idoso, deveria ser olhado o todo. A gente não consegue este diálogo com a vigilância e com o secretário de saúde que poderia nos ouvir e passar para a vigilância. [...] Nem toda instituição particular tem um banheiro em cada quarto e possui o alvará sanitário”. (CMDI1)*

Outro desafio relatado pelos participantes está diretamente relacionado à área da saúde. Uma questão refere-se a mobilização de toda a rede de atenção de cuidados primários estarem voltadas para o atendimento ao COVID, a necessidade de um atestado médico para realização das atividades de lazer e a insuficiência da rede em fornecer este documento e a falta de profissionais capacitados e especialistas para o atendimento do público idoso.

*“Se a UAI abrisse hoje nenhum idoso conseguiria ir, pois não tem atestado de saúde, porque quem dá atestado é só o postinho ou tem que pagar ou procurar um médico pra te dar atestado, não tenho dinheiro, não dá. O postinho não atende mais, não tá atendendo há um ano e meio”. (CMDI3)*

*“A questão do atestado é a pior coisa que tem, inclusive em uma gestão dizia que qualquer postinho dá, e não é. Eles precisam fazer uma avaliação da gente, fazer um checkup, ai no postinho tem um cardiologista e não tem um fisioterapeuta um ortopedista e não adianta. Essa é a maior dificuldade de muitos idosos não conseguir o atestado para poder participar”. (CMDI4)*

*“A questão da saúde do idoso institucionalizado, hoje a gente tem uma médica que vai que é gastro, e quem tem uma visão maior da saúde do idoso é o geriatra, e o que vai é voluntário. Até propus para ele fazer um projeto e ele atender as ILPI's, pois essa visão geral seria do geriatra, pois dependendo do que eu conversei com a doutora ela fala que não é a especialidade dela e que não pode fazer”. (CMDI2)*

## 6 DISCUSSÃO

Na análise do perfil sociodemográfico dos participantes profissionais das equipes de Saúde da Família, os achados mostraram predominância de profissionais do sexo feminino, o que vai de encontro a outros estudos (BISPO et al., 2020; ENSSLIN, 2020; PENSO et al., 2017; SANTOS et al., 2017) que corroboram a feminização das profissões da saúde. Culturalmente as atividades de cuidado prestado aos enfermos estão associadas a uma tarefa socialmente delegada a mulher (MATOS, TOASSI; OLIVEIRA, 2013). Outro fator relacionado a este processo diz respeito às conquistas que as mulheres conseguiram nos últimos anos, como melhoria do acesso à escolarização, diminuição da taxa de fecundidade e melhores oportunidades de ingresso ao mercado de trabalho, sendo a área da saúde uma delas (GESSNER et al., 2013; TRINDADE; LAUTERT, 2010).

A média de idade encontrada para os profissionais da ESF foi de 41,1 anos, o que corrobora achados de outros estudos (BISPO et al., 2020; ENSSLIN, 2020; PENSO et al., 2017). Diferente deste contexto, outro estudo identificou um perfil de profissionais mais jovens trabalhando na ESF (COSTA et al., 2013), talvez pelo fato de serem formados recentemente e também devido a política de incentivo realizada pela parceria do Ministério da Saúde e Educação para formação em serviço na consolidação para o trabalho no SUS, como os Programas Pró-Saúde e o Pet GraduaSUS (FERREIRA; SOUZA, QUERINO, 2019; GONÇALVES et al., 2019).

A maioria dos participantes eram profissionais enfermeiros, o que corrobora aos achados já apresentados que considera a Enfermagem o maior contingente de profissionais da área da saúde (PRETO et al., 2015; SOUZA et al., 2021), com destaque para a sua relevância na inserção das equipes de Saúde da Família, expressando uma força política e social importante na construção das práticas cuidadoras e fundamental para efetivação dos princípios e diretrizes do SUS (CAÇADOR et al., 2015).

Com relação a titulação dos mesmos, os achados desta pesquisa estão em conformidade com outros estudos que demonstram ser um tendência o processo de busca de qualificações por meio dos programas de pós graduação *lato* e *stricto* sensu (BISPO et al., 2020; ENSSLIN, 2020; PENSO et al., 2017; SANTOS et al., 2017). Há de se destacar que, para além das motivações pessoais que levam tais profissionais a buscarem tal aperfeiçoamento, para os profissionais concursados existe o Plano de

Carreira, Cargos e Salários – PCCS que é considerado um instrumento de ordenação do trabalho, devendo ser incorporado em cada nível de gestão do SUS (VIEIRA et al., 2017).

Considerando o tempo de formação dos profissionais, os resultados encontrados se aproximam dos achados do estudo de Castro e colaboradores (2012), em que o tempo médio de formação dos profissionais da ESF foi cerca de 11 anos.

Já em relação a carga horária dos profissionais, grande maioria dos profissionais atuam nas equipes cumprindo jornada semana de 40 horas, conforme preconizado pela PNAB (BRASIL, 2017). Há de se considerar que apesar de prestar atendimentos às equipes de Saúde da Família, alguns profissionais participantes deste estudo não compõem a equipe preconizada pela PNAB, haja vista às particularidades do município, como a inserção de alguns profissionais médicos, com especializações direcionadas a outras áreas que não saúde da família e comunidade, como ginecologia e obstetrícia, pediatria, de forma a garantir maior resolução dos problemas de saúde e aumento no número de atendimentos e procedimentos, da atenção especializada (UBERABA, 2017).

Considerando as ações de educação permanente/formação em serviço a maioria dos participantes referiu terem participado no último ano, sendo maior o percentual das ações empreendidas pela SMS do que as do próprio serviço. O fato das ações de educação permanente terem sido disparadas mais pelo nível central da gestão em saúde do que o próprio serviço vai em desacordo a própria Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (ALVES et al., 2022; BRASIL, 2009), porém há de se considerar o contexto sanitário do país durante o período da coleta desta pesquisa, em que grande parte das ações das equipes de ESF estavam voltadas para a detecção e monitoramento dos novos casos de COVID e também na campanha de vacinação (SILVA; CORRÊA; UEHARA, 2020).

Com relação ao impacto que as ações de educação permanente/formação em serviço tiveram na prática profissional, a maioria considerou muito importante, tanto para as ações propostas pela SMS quanto para as empreendidas pela equipe. Estudo empreendido no mesmo cenário que o da presente pesquisa identificou que a maioria dos profissionais da ESF reconhecem a importância destas ações, relatam não terem expertise na área de atenção à saúde dos idosos e que gostariam de participar de atividades de Educação Permanente, principalmente aquelas voltadas para as

patologias específicas da senescência e acerca dos aspectos didáticos, com ênfase para ações de Educação em Saúde (ALVES et al., 2022).

Considerando a avaliação dos atributos da APS na perspectiva dos trabalhadores das equipes de Saúde da Família, os atributos Acessibilidade, Longitudinalidade, Sistemas de Informação e Orientação Familiar apresentaram avaliações baixas ( $< 6,6$ ) considerando a presença e extensão dos atributos que avaliam a qualidade da APS.

A Acessibilidade foi o atributo que apresentou menor média de orientação à APS ( $4,1 \pm 1,1$ ), corroborando resultados de outros estudos (BATISTA et al., 2016; MASOCHINI; FARIAS; SOUSA, 2022; SANTOS et al., 2017).

Esse baixo resultado implica em dificuldades que os usuários podem apresentar no que se refere ao acesso aos serviços da ESF, além de falhas no processo de acolhimento às suas demandas e no estreitamento de relações entre profissional e usuário (BISPO et al., 2020). O acesso aos serviços ainda é um desafio a ser superado pela APS (BARROS; RAMOS; SILVA, 2022), sendo extremamente importante superá-lo, haja vista que é preciso considerá-lo à extensão dos demais atributos (MARINHO et al., 2015; MARTINS et al., 2016).

Alguns itens que compõe o atributo Acesso relacionam a disponibilidade dos serviços além do horário comercial, em feriados e finais de semana e disponibilidade de algum profissional, fora do horário de trabalho, em atender o usuário por meio das redes sociais de comunicação. Apesar de já existirem alguns serviços com funcionamento estendido para além do horário comercial – inclusive no município cenário deste estudo (UBERABA, 2017), a impossibilidade de acesso às equipes de Saúde da Família ainda é um entrave ao modelo de APS brasileira, considerando que grande parte da população não possui acesso aos serviços privados de saúde (MITRE et al., 2012; NUNES et al., 2016; TESSER; NORMAN, 2014).

Estudo realizado por Bispo e colaboradores (2020) que avaliou o acesso de primeiro contato na perspectiva dos profissionais da APS em Juazeiro do Norte também identificou baixo escore a este atributo (3,3), principalmente ao fato dos serviços não funcionarem aos finais de semana e feriados e além do horário comercial, e recusa por parte dos profissionais usarem suas redes sociais e recursos de comunicação pessoais como ferramenta de comunicação com os usuários.

Já com relação ao atributo Longitudinalidade, obteve-se média alta com ( $6,2 \pm 1,0$ ) de orientação à APS, resultado este semelhante a outros cenários (LIMA et al.,



2016; MARINHO et al, 2015; MASOCHINI; FARIAS; SOUSA, 2022; SANTOS et al., 2017). Elevada orientação deste atributo é de extrema relevância para a caracterização dos serviços como de cuidados primários, pois remete a uma característica de aproximação dos profissionais à realidade de vida dos usuários e sua família, permitindo uma maior compreensão dos problemas vividos, além de reduzir a necessidade de encaminhamentos para os pontos da RAS especializados (FREEDY; RICKERT, 2021; MASOCHINI; FARIAS; SOUSA, 2022).

Assim, a Longitudinalidade pressupõe maiores vínculos dos usuários com os profissionais de saúde e, conseqüentemente com os serviços de APS, garantindo o acompanhamento por um longo período durante o desenvolvimento das várias etapas de vida dos usuários (LIMA et al., 2016).

A Coordenação dos Cuidados representa o atributo que se relaciona no estabelecimento de relações que impliquem no acompanhamento dos fluxos assistenciais entre os diversos pontos da RAS, sendo considerado um atributo fundamental, já que no modelo das RAS a APS é tida como centro coordenador e organizador de toda a rede, garantindo assim a integralidade e qualidade da atenção (ALMEIDA et al., 2018).

No instrumento utilizado, a Coordenação dos Cuidados é avaliada por meio das questões relacionadas a Integração dos Cuidados e as questões referentes aos Sistemas de Informação. Os sistemas de informações apresentou score abaixo do recomendado para qualidade da APS ( $5,9 \pm 1,6$ ), e relacionam a questões referente aos resultados de exames que os usuários fazem em outros serviços, possibilidade de acesso às informações contidas nos prontuários de saúde e uso sistematizado de fluxogramas, protocolos e rotinas que garantam a qualidade da informação registrada.

É garantido por lei que os usuários dos serviços públicos de saúde tenham acesso ao prontuário de atendimento (BRASIL, 2007), porém muitas vezes este direito é negado ao usuário com a justificativa que o mesmo não teria conhecimento suficiente para compreensão das informações contidas (HONDA et al., 2020), o que denota uma atitude preconceito. Outro aspecto relacionado demonstra a insatisfação dos profissionais das equipes de Saúde da família com relação a quantidade de funções administrativas e burocráticas que acabam por tomar grande parte do tempo que poderia ser direcionado ao atendimento da população (SOEIRO et al., 2017; PORTELA, 2017).

Os atributos Integralidade – Serviços Disponíveis e Serviços Prestados apresentaram média adequada de orientação às APS ( $6,7 \pm 1,4$ ;  $6,9 \pm 2,2$  respectivamente), em conformidade aos achados de outros estudos (LIMA et al., 2016; MARINHO et al., 2015; PENSO et al., 2017; SILVA et al., 2014). Masochini e colaboradores (2022), ao avaliar a satisfação com a APS de idosos na cidade de Sinop/MT identificou elevado grau de orientação para o atributo integralidade, porém avaliariam como insuficientes as ações empreendidas sobre drogas lícitas e ilícitas, acidentes domésticos, de armas de fogo, substâncias intoxicantes e de prevenção de queimaduras.

O princípio da integralidade pressupõe a criação de estratégias que possibilitem o fluxo de atendimento junto aos demais serviços da RAS, garantindo assim que os usuários tenham acesso a todos os serviços que a rede tem a oferecer em conformidade com suas necessidades (TOLAZZI; GRENDENE; VINHOLES, 2022). Uma boa orientação deste atributo reflete que as ações de promoção, prevenção e reabilitação, assim como os serviços prestados pela APS são considerados satisfatórios para o atendimento das necessidades da população atendida (BATISTA et al., 2016; SANTOS et al., 2017; SILVA et al., 2014).

O atributo Orientação Familiar reflete a perspectiva das equipes de Saúde da Família com relação a importância da família e suas relações entre seus membros como o centro de atenção nas ações empreendidas, suggestionando interações significativas entre os profissionais de saúde com as famílias sob seus cuidados, propiciando uma melhor compreensão dos diagnósticos e da estrutura familiar. Os achados deste atributo quase atenderam o valor necessário para ser considerado adequado à APS ( $6,5 \pm 2,0$ ), diferente de outros cenários, cujo escore foram considerado elevados (BATISTA et al., 2016; LIMA et al., 2016; SANTOS et al., 2017).

Talvez a diferença nos valores encontrados para o cenário deste estudo possam estar relacionados às características da própria RAS do município, que inclui profissionais da rede que atuam fora do contexto de equipes de Saúde da Família além do fato das recentes mudanças de composição dos profissionais que foram convocados por recente concurso público realizado para suprir a defasagem de profissionais (UBERABA, 2017).

Já o atributo Orientação Comunitária apresentou o maior escore na avaliação da qualidade da APS ( $7,1 \pm 1,3$ ), o que representa que as equipes da ESF do município estudado compreendem bem as necessidades de saúde da população atendida,

resultados estes em conformidade a outros estudos (CHOMATAS et al., 2013; LIMA et al., 2016; SANTOS et al., 2017).

Na análise dos escores Essencial e Geral, os valores encontrados estão abaixo do referencial adotado para a qualidade da APS ( $6,1 \pm 1,0$  e  $6,2 \pm 1,0$  respectivamente), apesar de apresentarem alguns atributos que alcançaram conformidade com a qualidade da APS.

Importante destacar os achados do estudo de Peres (2018), que realizou a mesma avaliação no município de Uberaba, apresentado resultados inferiores para os escores Essencial (5,6) e Geral (5,9). Por sua vez, os dados coletados em 2018 refletem uma gestão administrativa municipal diferente da atual e uma RAS reformulada que inclusive contava com novos profissionais de saúde convocados por meio de recente concurso público (UBERABA, 2017).

Considerando os resultados referentes ao mapeamento das instituições que atendem ao público idoso é importante destacar a forte presença dos outros serviços que compõem a RAS e rede de instituições que estão sob a responsabilidade da Secretaria de Desenvolvimento Social. As equipes da ESF reconhecem mais os serviços instituídos/coordenados por instituições de reconhecimento social no município do que aqueles equipamentos sociais presentes no próprio território, como pode ser percebido que o único serviço não atrelado ao poder público municipal foram as igrejas, referido apenas por um participante.

Tal situação merece ser compreendida mediante análise da composição dos participantes do estudo, haja vista que os profissionais das equipes cujo trabalho está diretamente implicado dentro do território das equipes de Saúde da Família, não compuseram a população do estudo, considerando que os instrumento usado para a avaliação da APS não é validado para os Agentes Comunitários de Saúde. Estudo de Souza e colaboradores (2013) reforçam esta questão, em que a Enfermagem e Coordenadores referiram mais as instituições formais relacionadas à saúde ou ao ensino de cursos na área da saúde como recursos e os Agentes Comunitários têm a maior percepção dos recursos existentes no território.

No que se refere as ICSAP em idosos verificou-se uma proporção de 20,4% de internações sensíveis, com declínio da proporção de ICSAP no total de internações entre 2009 a 2016, evidenciando um pequeno crescimento no biênio 2017/2018. Estudo que avaliou as ICSAP nos municípios da metade sul do Rio Grande do Sul entre 2000 a 2010 encontrou proporção de condições sensíveis em idosos de 43,99%,

resultados mais expressivos do que os encontrados no presente estudo (SANTOS et al., 2013).

Estudo realizado por Rodrigues-Bastos e colaboradores (2014) que buscou analisar as ICSAP no estado de Minas Gerais em 2000 e 2010 identificou redução destas internação com queda de 20,75/10<sup>3</sup> habitantes.

A grande maioria dos estudos partem da hipótese de redução das ICSAP em decorrência do incremento de cobertura populacional da ESF, fato este contraditório ao cenário deste estudo, ao considerar uma redução de 2,38 na cobertura de ESF, o que corrobora aos achados de estudo que avaliou o risco de avaliação falaciosa em Itaboraí/RS, que identificou redução de ICSAP devido ao fechamento de um hospital terciário e não melhora na cobertura da ESF, o que denota a necessidade de avaliação de outros fatores ao se considerar a efetividade das ações dos serviços primários (BOTELHO; PORTELA, 2017).

Ainda que para este estudo não tenha considerado a análise da evolução temporal das internações por análise de tendência e outros fatores, a redução da proporção por análise descritiva é um importante resultado que pode estar relacionado às ações empreendidas pela ESF relacionadas a promoção e prevenção dos agravos sensíveis.

Considerando os diagnósticos das internações sensíveis, aponta-se que os três grupos de causas mais prevalentes no cenário e população deste estudo convergem com outros achados de estudos realizados no Brasil (FERREIRA et al., 2014; MARQUES et al., 2014; RODRIGUES-BASTOS et al., 2013; SANTOS et al., 2013).

As causas mais representativas de ICSAP encontradas neste estudo - angina, insuficiência cardíaca e doenças cerebrovasculares – representaram cerca de 64,0% do total de internações sensíveis, o que denota que as ações empreendidas pela ESF no que se refere aos agravos relacionados às Doenças do Aparelho Circulatório necessitam de reavaliação considerando a elevada prevalência. Estudo realizado em municípios goianos sobre hospitalizações por condições cardiovasculares sensíveis identificou prevalência de 17,2% (BATISTA et al., 2012), resultado bastante inferior se comparado ao encontrado neste estudo e considerando ser um único município.

A angina é caracterizada pelo desconforto ou dor localizada na região do coração, acompanhada da sensação de pressão, aperto e queimação acima do tórax, podendo irradiar para outras partes do corpo, em decorrência da diminuição da irrigação sanguínea do coração, sendo um dos agravos que abrange o grupo da

Síndrome Coronariana Aguda (HINKLE; CHEEVER, 2022). Estudo que avaliou o perfil de pacientes internados com síndromes coronarianas agudas identificou 48,3% das internações com diagnóstico de angina (SILVA et al., 2016).

Outro agravo importante destacado como uma das principais causas de hospitalizações neste estudo foi a Insuficiência Cardíaca, considerada uma das etapas finais na maioria das patologias cardíacas caracterizando pela incapacidade cardiovascular em garantir a oxigenação e nutrição dos tecidos (HINKLE; CHEEVER, 2022). Neste estudo, ela foi mais expressiva nos idosos octogenários e sexo feminino. Resultados discrepantes foram encontrados em estudo que analisou o perfil clínico do idoso com insuficiência cardíaca em um hospital de urgência da cidade de Teresina, sendo mais prevalente para o sexo masculino e faixa etária 60 a 79 anos (NASCIMENTO et al., 2016).

Com relação a variável idade, percebe-se que quanto mais longevas as faixas etárias maior foi a proporção de ICSAP, com maior representatividade para os idosos octogenários. Estudo que avaliou qualidade de vida e fatores associados em idosos octogenários em município do interior mineiro encontrou elevado número de morbidades autoreferidas e piores escores de qualidade de vida nos domínios físico e relações sociais em idosos residentes na área urbana (TAVARES et al., 2015). Há de se destacar fenômenos como a urbanização, crescimento econômico e as diversas problemáticas advindas do mundo contemporâneo possam influenciar o estado de saúde de idosos da comunidade, sendo necessário considerar tais aspectos em políticas públicas de saúde voltadas a este grupo etário (VERAS, 2019).

Ao analisar a variável sexo, identificou diferença de 3% a mais na prevalência para os homens. Resultados semelhantes foram encontrados em estudo que avaliou as ICSAP em idosos residentes no estado do Rio de Janeiro entre 2000 a 2010 (MARQUES et al., 2014).

No entanto, as ICSAP para o sexo feminino de idosas da metade sul do país entre 2000 a 2010 (SANTOS et al., 2013) e no município de Ademar/SP entre 2006 a 2008 (REHEM; CIOSAK; EGRY, 2012) foram mais representativas. Resultados semelhantes foram encontrados em Guarulhos/SP entre 2008 a 2012 onde faixa etária de 60 a 69 anos apresentou maior incidência de ICSAP, com incremento para o sexo feminino (MELO; EGRY, 2014).

Ao analisar a população de indivíduos coreanos sobre a utilização de cuidados primários em saúde, hospitalizações e multimorbidades foi identificado maiores

chances de hospitalizações em indivíduos que não possuíam acompanhamentos regulares de médicos de cuidados primários em saúde (CHUNG et al., 2016). Outro estudo realizado com idosos do município de Bagé/RS em 2008 sobre a influência de fatores sobre a hospitalização evidenciou associação de aumento de internações com multimorbidades, sendo mais evidentes em idosos moradores em regiões com cobertura da ESF e que possuíam planos privados de saúde (NUNES et al., 2017).

Estudo de coorte realizado na Toscana, Itália, sobre a implementação de cuidados primários baseados em cuidados crônicos evidenciou maiores chances de acompanhamento médico e menores riscos de óbito por complicações quando eram acompanhados em nível primário em modelos de atenção à saúde baseados em cuidados crônicos (BALLO et al., 2018).

Já outro estudo que visou compreender a avaliação do nível primário de usuários hospitalizados por ICSAP acompanhados por nível primário com ESF implementada evidenciou que o nível primário quando possui ESF implantada mostrou-se mais qualificado para garantir a longitudinalidade, foco na estrutura familiar e orientação para comunidade do que serviços de saúde sem equipes de ESF (SÁ et al., 2016). Tal resultado denota a importância que um modelo de saúde pautado na APS, com enfoque na ESF, possui na garantia de efetividade de suas ações, satisfação dos usuários e diminuição dos agravos evitáveis por condições sensíveis.

No que se refere aos aspectos relacionados as barreiras e potencialidades do trabalho em rede das instituições que atendem ao segmento idoso, o CREAS é um órgão vinculado aos serviços de Assistência Social, compondo um dos diversos serviços da Assistência Social dentro da proteção especial no âmbito do Sistema Único de Assistência Social (SUAS), que desenvolvem um trabalho voltado para os indivíduos e famílias que possuíram seus direitos violados (BRASIL, 2004). Entre outras propostas, busca o fortalecimento dos vínculos das famílias, combate as situações de negligência e preconceito, garantia dos direitos sociais previstos pelos Constituição Brasileira de 1988, assegurando a integridade física, mental e social dos indivíduos, prevenção das situações de abandono e institucionalização, além de fortalecimento de vínculos familiares e aumento da capacidade protetiva familiar (ROHOR; PINTO; FERGUETTI, 2017).

Um grande desafio do CREAS na atualidade (representando um dos achados desta pesquisa), refere-se a falta de particularidade do atendimento às demandas de determinados grupos. É possível perceber que, além dos idosos, o núcleo de

atendimento do CREAS participante desta pesquisa também atua na atenção dos direitos violados das pessoas com necessidades especiais. Estudo tem apontado como desafios do trabalhos dos CREAS a falta de recursos humanos, a crescente demanda dos usuários pelo serviço e a perspectiva de judicialização dos casos, em que o poder público demanda ações efetivas para o CREAS, porém a rede municipal e estadual não está adequada para atender as demandas da população, principalmente relacionadas a população idosa (GOMES; SANT'ANNA; MELLO, 2019 – CARDOSO, 2021).

Outra instância que atua na proteção e efetivação dos direitos das pessoa idosa são os CMDI. Estes conselhos municipais são regulamentados pelo CNDI, no sentido de garantia do fortalecimento das políticas públicas para a população idosa por meio da articulação intersetorial e da participação social dos atores relevantes para a proteção social aos idosos (SOUZA; MACHADO, 2018).

Aqui percebe-se a mesma dificuldade apontada pelo CREAS na implementação de ações direcionadas ao público idoso. Embora o CNDI traga em seu escopo de atuação o foco na atenção ao idoso, na prática a operacionalização dos conselhos municipais acabam por abarcar outros segmentos como o das pessoas portadoras de deficiências, conforme relatado pelos participantes, e na atualidade o foco de atuação para a questão do idoso institucionalizado (SOUZA; MACHADO, 2018; TIER; FONTANA; SOARES, 2004).

Ao avaliar a representação de idosos sobre quem deveria lhes prestar cuidado na velhice, identificou que deveriam ser os próprios filhos, haja vista que eles foram cuidados pelos seus pais, sendo importante para eles que tal situação se inverta (ARAÚJO; CASTRO; SANTOS, 2018). Porém, nem sempre esta realidade é possível. Estudo tem apontado que, mesmo considerando que a melhor alternativa seria que os idosos vivessem junto aos seus familiares, muitas dificuldades se apresentam, como questões financeiras, despreparo técnico e emocional para lidarem com a multigeracionalidade domiciliar dentre outras (BRITO et al., 2022).

Ao considerar as relações estabelecidas entres os recursos de comunidade e as equipes da ESF, percebe-se uma heterogeneidade na relação estabelecida. Grande maioria dos participantes relataram dificuldades relacionadas ao atendimento oferecido pelas equipes da APS tanto em relação ao CREAS quanto em relação a algumas ILPI's. Estudo realizado com quatro ILPI's de Salvador/BA identificou ausência de cobertura das instituições pelas equipes de ESF do território (ALVES et

al., 2017). Tal situação não está em conformidade com as recomendações sanitárias de funcionamento das ILPI's que recomendam que tais instituições tenham um plano de Atenção à Saúde dos idosos, porém o que se evidencia na prática são instituições que não atendem a este requisito, mas que possuem o alvará sanitário para o funcionamento (BRASIL, 2005).

Devido a questões sanitárias impostas pela pandemia do COVID-19 na contemporaneidade, há um agravamento das dificuldades do estabelecimento de um trabalho em rede junto às equipes de Saúde da Família. Os serviços de APS, na atual fase da pandemia estão mais sobrecarregados com os atendimentos de COVID do que os serviços de alta complexidade no início da pandemia, considerando que expressiva parcela da população brasileira encontra-se vacinada, com o desenvolvimento de um curso clínico da doença mais moderado (SOUSA et al., 2020).

Com relação as parcerias estabelecidas com outras instituições que não fossem relacionadas as equipes de Saúde da Família, as ILPI's reforçaram as parcerias estabelecidas com os serviços especializados em saúde pertencentes a outros pontos da RAS, sejam públicas ou privadas, e os idosos reforçaram a importância das instituições que oferecem atividades recreativas e de lazer. Estudo realizado por Almeida e colaboradores (2005), revela a importância dessas instituições, já que grande parte dos idosos entrevistados procuram estes serviços para a realização de atividades físicas, de recreação e lazer. Estudo refere que a mobilização dos idosos em atividades que permitam a socialização tem funcionado como fator de proteção para o desenvolvimento de sintomas de ansiedade e depressão (GARCIA et al., 2017).

A existência de espaços coletivos para a socialização dos idosos, como centros de convivência, tem sido apontados como estratégias eficazes no estímulo a adoção de um processo de envelhecimento ativo, além de permitir uma maior potencialidade de criação de redes de suporte entre os idosos, além de contribuir para a diminuição dos problemas de relacionamentos por conta das diferenças de idade, além de contribuir para uma menor sobrecarga dos cuidadores e familiares destes idosos (DERHUN et al., 2019).

Sobre a percepção dos participantes sobre atuação integrada/rede no atendimento ao idoso, foi unânime ao destacarem a fragilidade da atuação em rede no município, apesar de reconhecerem a importância dessas ações na garantia do atendimento às necessidades dos idosos. Avelar e Malfitano (2018) ao avaliar a



estratégia de articulação entre os serviços das políticas de assistência social, educação e saúde como possível instrumento de suporte social, identificaram que grande parte das relações estabelecidas se dão com as instituições da área da saúde.

Uma importante questão que surge refere-se ao cuidado que se deve ao empreender tais parcerias, haja vista que serão os profissionais da linha de frente destes serviços os responsáveis pela sua efetivação. Pode-se inferir que tal questão indique uma política apenas discursiva, visto que há diretrizes legais em torno da defesa da estratégia das redes, mas que as condições ofertadas para sua efetivação são pequenas (MONNERAT; SOUZA, 2009).

## 7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo possibilitou compreender de que forma os serviços que compõe a rede de APS estão relacionadas aos atributos que caracterizam este tipo de serviços. Além do mais, permitiu compreender quais são as instituições/recursos de comunidade mais acionados pelas equipes de Saúde da Família. Foi também possível compreender as principais barreiras e potencialidades estabelecidas pelas instituições que também atendem a população idosa.

Considerando à orientação das equipes de Saúde à Família no que se refere à qualidade e princípios da APS, os atributos Integração dos Cuidados, Serviços Disponíveis, Serviços Prestados e Orientação Comunitária apresentaram escores satisfatórios de qualidade de orientação à APS. O atributo Acesso de primeiro contato – acessibilidade foi o que obteve a menor média.

Os escores essencial e geral também apresentaram médias abaixo do ponto de corte, sugerindo fraca orientação para a APS e, conseqüentemente, baixa qualidade desse nível de atenção.

Com relação às instituições que são acionadas pelas equipes de Saúde da Família, destacam-se serviços especializados de outros pontos da RAS, com pouca representatividade dos recursos comunitários próprios do território de abrangência das equipes. Foram consideradas como principais fontes de informação dos serviços utilizados as diretrizes da SMS e o conhecimento pessoal dos participantes.

Na avaliação das ICSAP, evidenciou-se que a proporção de internações sensíveis diminuíram no período entre 2009 a 2016, sendo mais expressivos os grupos de causas relacionados ao sistema cardiovascular (Insuficiência cardíaca, Angina e Doenças cerebrovasculares), idosos de faixa etária de 80 anos ou mais e sexo masculino.

Na avaliação das principais barreiras e potencialidade para o trabalho em rede das instituições que atendem ao público idoso, os participantes relataram a importância da atuação em rede dos diversos segmentos que atendem ao público idoso, porém destacam a falta de proximidade da saúde, com destaque para as equipes de Saúde da Famílias, junto as outras instituições/segmentos que atendem aos idosos. Foi destacado também os impactos no atendimento às demandas de saúde da população idosa frente ao contexto da pandemia de COVID. Apontaram dificuldades de estabelecimento de relações junto ao Centro de Referência em

Assistência Social - CRAS e padronização das exigências por parte da vigilância sanitária para emissão do alvará sanitário de funcionamento das ILPI's.

Apresentam-se como aspectos limitantes deste estudo a dificuldade no recrutamento dos participantes, em decorrência das condições sanitárias impostas pela pandemia do COVID-19, que acarretou em resistência na participação, seja pelo medo do contágio e até mesmo pela sobrecarga de atividades por parte dos profissionais de saúde. Além disso, esta pesquisa direciona-se a um contexto de um município específico do interior mineiro, que possui particularidades em relação a sua RAS, portanto os achados deste estudo devem ser interpretados levando em consideração tais aspectos.

Apesar disso, os resultados encontrados são fundamentais como contribuição para a importância da intersetorialidade na elaboração e implementação de políticas públicas, notadamente naquelas voltadas para o público idoso, assim como pode auxiliar os profissionais e gestores na readequação dos serviços no que refere a maior presença e a extensão dos atributos da APS.

No que diz respeito ao papel do enfermeiro na APS, acredita-se que diminuir a burocratização dos processos e envolvê-lo mais em atividades de assistência direta aos pacientes resultará na maior aproximação desse profissional com a população. E em relação ao vínculo das equipes de saúde com as identidades comunitárias, acredita-se que envolver líderes religiosos, comunitários e presidente do bairro ajudará no fortalecimento do vínculo do serviço com a população, compreendendo melhor as identidades culturais que permeiam entre os indivíduos, facilitando a criação de estratégias para a melhora da assistência à saúde.

Espera-se que este estudo contribua para a reflexão sobre a importância da expansão da ESF como modelo de atenção à saúde para o atendimento integral e de qualidade da saúde e, principalmente, sobre o papel do enfermeiro na APS.

## REFERÊNCIAS

- ABREU, D. M. F.; SANTOS, E. M.; CARDOSO, G. C. P.; ARTMANN, E. Usos e influências de uma avaliação: translação de conhecimento? **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 41, n. esp., p. 302-316, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-11042017s22>. Acesso em: 21 nov. 2020.
- ALFRADIQUE, M. E.; BONOLO, P. F.; DOURADO, I.; LIMA-COSTA, M. F.; MACINKO, J.; MENDONÇA, C. S. et al. Internações por condições sensíveis à atenção primária: a construção da lista brasileira como ferramenta para medir o desempenho do sistema de saúde (Projeto ICSAP – Brasil). **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 6, p. 1337-49, 2009. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2009000600016>. Acesso em: 10 nov. 2022.
- ALMEIDA, P. F.; MARIN, J.; CASOTTI, E. Estratégias para a consolidação da coordenação do cuidado pela atenção básica. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 2, p. 373-398, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00064>. Acesso em: 15 jun. 2022.
- ALMEIDA, N. D. A saúde no Brasil, impasses e desafios enfrentados pelo Sistema Único de Saúde: SUS. **Revista Psicologia e Saúde**, Campo Grande, v. 5, n. 1, p. 01-09, 2013. Disponível em: <https://www.pssa.ucdb.br/pssa/article/view/210>. Acesso em: 16 dez. 2020.
- ARAÚJO, L. U. A.; GAMA, Z. A. S.; NASCIMENTO, F. L. A.; OLIVEIRA, H. F. V.; AZEVEDO, W. M.; ALMEIDA JÚNIOR, H. J. B. Avaliação da qualidade da atenção primária à saúde sob a perspectiva do idoso. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 8, p. 3521-3532, 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232014198.21862013>. Acesso em: 15 dez. 2020.
- ARRUDA, C.; LOPES, S. G. R.; KOERICH, M. H. A. L.; WINCK, D. R.; MEIRELLES, B. H. S.; MELLO, A. L. S. F. Redes de atenção à saúde sob a luz da teoria da complexidade. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 1, p. 169-173, 2015. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5935/1414-8145.20150023>. Acesso em: 16 dez. 2020.
- AVELAR, M. R.; MALFITANO, A. P. S. Entre o suporte e o controle: a articulação intersetorial de redes de serviços. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 10, p. 3201-3210, 2018. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-812320182310.13872018>. Acesso em: 14 dez. 2020.
- BARBOUR, R. **Grupos focais**. Porto Alegre: Artmed, 2009.
- BARRETO, J. O. M.; NERY, I. S.; COSTA, M. S. C. Estratégia Saúde da Família e internações hospitalares em menores de 5 anos no Piauí, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 3, p. 515-26, 2012. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2012000300012>. Acesso em 23 set. 2019.
- BILLINGS, J.; TEICHOLZ, N. Uninsured patients in District of Columbia hospitals. **Health Affairs**, Millwood, v. 9, n. 4, p. 158-65, 1990.

BOUSQUAT, A.; GIOVANELLA, L.; CAMPOS, E.M. S.; ALMEIDA, P. F.; MARTINS, C. L.; MOTA, P. H. S. et al. Atenção primária à saúde e coordenação do cuidado nas regiões de saúde: perspectiva de gestores e usuários. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 4, p. 1141-1154, 2017, Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232017224.28632016>. Acesso em: 12 dez. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Projeto Promoção da Saúde. **As cartas da promoção da saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. Série B. Textos Básicos em Saúde.

BRASIL. Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. **Diário Oficial da União (DOU)**, Brasília, 03 de outubro de 2003. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Leis/2003/L10.741.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/2003/L10.741.htm). Acesso em: 14 dez. 2020.

BRASIL. Resolução da Diretoria Colegiada - RDC/ANVISA Nº 283, de 26 de setembro de 2005. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

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

BRASIL. Ministério da Saúde. **Carta dos direitos dos usuários da saúde**. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

BRASIL. Portaria nº 221/SAS, de 17 de abril de 2008. Lista Brasileira de Internações Sensíveis à Atenção Primária. Brasília: Secretaria de Atenção à Saúde, 2018. **DOU**: seção 1, Brasília, DF, p. 70, 2008. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2008/prt0221\\_17\\_04\\_2008.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2008/prt0221_17_04_2008.html). Acesso em: 16 dez. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação em Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL. **Portaria nº 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, 2010. Disponível em: [http://conselho.saude.gov.br/ultimas\\_noticias/2011/img/07\\_jan\\_portaria4279\\_301210.pdf](http://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2011/img/07_jan_portaria4279_301210.pdf). Acesso em: 22 ago. 2020.

BRASIL. **Caderno de diretrizes, objetivos, metas e indicadores**: 2013-2015. 2. ed. Brasília: Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, Departamento de Articulação Interfederativa, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas. **PNAAS**: Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

BRASIL. Portaria nº 2.436 de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **DOU**, Brasília, DF, 2017. Disponível em:

[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436\\_22\\_09\\_2017.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html).

Acesso em: 16 dez. 2020.

BRASIL. **Manual do Instrumento de Avaliação da Atenção Primária à Saúde:**

**PCATool-Brasil – 2020**. Brasília: Ministério da Saúde, 2020. Disponível em:

[https://www.ufrgs.br/telessaunders/documentos/20200506\\_Pcatool\\_versao\\_Final.pdf](https://www.ufrgs.br/telessaunders/documentos/20200506_Pcatool_versao_Final.pdf). pdf. Acesso em: 14 nov. 2020.

BOITRAGO, S. C. O. S.; SOUZA, A. S. O.; CUNHA, P. O.; VIEIRA, M. A.; CALEDEIRA, A. P.; CARNEIRO, J. A. et al. Mortality in communitydwelling elderly: coefficient and associated factors. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 74, Supl. 2, e20200612, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0612>. Acesso em: 15 jun. 2022.

BRITO, T. A.; JESUS, C. S.; FERNANDES, M. H. Fatores associados à satisfação dos usuários em serviços de fisioterapia. **Revista Baiana de Saúde Pública**, Salvador, v. 36, n. 2, p. 514-26, 2012. Disponível em:

[http://inseer.ibict.br/rbsp/index.php/rbsp/article/viewFile/473/pdf\\_139](http://inseer.ibict.br/rbsp/index.php/rbsp/article/viewFile/473/pdf_139). Acesso em: 05 set. 2016.

BURMESTER, H. **Gestão da Qualidade Hospitalar**. São Paulo: Saraiva, 2013.

BUSS, P. M. Uma introdução ao conceito de promoção da Saúde: *In*: CZERESNIA, D.; FREITAS, C. M. (org.). **Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências**. 2. ed. rev. e ampl. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2014. Cap. 1. p. 19-41.

CALLEGARI-JACQUES, S. M. **Bioestatística: princípios e aplicações**. Porto Alegre: Artmed, 2003.

CAMARGO, F. C.; NAKAMURA, B.; CIABOTTI, H. E.; ALMEIDA, J. M. Abordagem familiar: experiência de formação multiprofissional pela integração ensino-serviço na Estratégia Saúde da Família. *In*: SABOGA-NUNES, L.; MARTINS, R. A. S.; FARINELLI, M. R.; JULIÃO, C. H. **O papel da literacia para a saúde e educação para a saúde na promoção da saúde**. Curitiba: CRV, 2019. Cap. 9. p. 79-92.

CARMO, M. E.; GUIZARDI, F. L. Desafios da intersetorialidade nas políticas públicas de saúde e assistência social: uma revisão do estado da arte. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 4, p. 1265-1286, 2017. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312017000400021>. Acesso em: 14 dez. 2020.

CARPINETTI, L. C. R. **Gestão da qualidade: conceitos e técnicas**. 3. ed. São Paulo: Atlas, 2016.

CARPINETTI, L. C. R.; GEROLAMO, M. C. **Gestão da qualidade ISO 9001:2015: requisitos e integração com a ISO 14001:2015**. São Paulo: Atlas, 2022.

CARREIRA, L.; RODRIGUES, R. A. P. Dificuldades dos familiares de idosos portadores de doenças crônicas no acesso à Unidade Básica de Saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 63, n. 6, p. 933-9, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v63n6/10.pdf>. Acesso em: 05 set. 2019.

CARVALHO, V. L. Perfil das instituições de longa permanência para idosos situadas em uma capital do Nordeste. **Cadernos de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 2, p. 184-91, 2014.

CARVALHO, T. C.; VALLE, A. P.; JACINTO, A. F.; MAYORAL, V. F. S.; VILLAS BOAS, P. J. F. Impacto da hospitalização na funcionalidade de idosos: estudo de coorte. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 2, p. 136-44, 2018. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1981-22562018021.170143>. Acesso em: 10 nov. 2022.

CHAVES, L. A.; MALTA, D. C.; JORGE, A. O.; REIS, I. A.; TOFOLI, G. B.; MACHADO, L. F. S. et al. Programa Nacional de Avaliação dos Serviços de Saúde (PNASS) 2015-2016: uma análise sobre os hospitais no Brasil. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, n. 24, E210002, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-549720210002>. Acesso em: 13 mar. 2023.

CELLARD, A. Análise documental. *In*: POUPART, J. et al. (org.). **A pesquisa qualitativa**: enfoques epistemológicos e metodológicos. Petrópolis, RJ: Vozes, 2008.

CRESWELL, J. W. **Projeto de pesquisa**: métodos qualitativo, quantitativo e misto. Porto Alegre: Artmed, 2007.

CROSSETTI, M. G. O.; GÓES, M. G. O. Translação do conhecimento: um desafio para prática de enfermagem. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 38, n. 2, e74266, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2017.02.74266>. Acesso em: 17 dez. 2020.

COVINO, M.; PETRUZZIELLO, C.; ONDER, G.; MIGNECO, A.; SIMEONI, B.; FRANCESCHI, F. et al. A 12-year retrospective analysis of differences between elderly and oldest old patients referred to the emergency department of a large tertiary hospital. **Maturitas**, [S.l.], v. 120, p. 7-11, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.maturitas.2018.11.011>. Acesso em: 23 mai. 2022.

DONABEDIAN, A. Evaluación de la calidad de la atención médica. *In*: WHITE, K. L.; FRANK, J. (Orgs.). **Investigaciones sobre servicios de salud**: uma antologia. Washington, DC, OPAS, 1992. p. 382-404.

DONABEDIAN, A. **A gestão da qualidade total na perspectiva dos serviços de saúde**. Rio de Janeiro: Qualitymark, 1994.

FIORATTI, R. C.; SOUZA, L. B.; CÂNDIDO, F. C. A.; SILVA, L. N. F.; FINZETO, L. C.; ALVES, L. S. et al. Iniquidades sociais e intersetorialidade: desafio à atenção primária à saúde. **Revista de Enfermagem da UFPE**, Recife, v. 12, n. 6, p. 1705-16,

2018. Disponível em: <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v12i6a230523p1705-1716-2018>. Acesso em: 20 dez. 2020.

FLICK, U. **Introdução à pesquisa qualitativa**. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2009.

FRACOLLI, L. A.; GOMES, M. F. P.; NABÃO, F. R. Z.; SANTOS, M. S.; CAPPELLINI, V. K.; ALMEIDA, A. C. C. Instrumentos de avaliação da Atenção Primária à saúde: revisão de literatura e metassíntese. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 12, p.4851-60, 2014. Disponível em: [http://www.scielo.br/pdf/csc/v19n12/pt\\_1413-8123-csc-19-12-04851.pdf](http://www.scielo.br/pdf/csc/v19n12/pt_1413-8123-csc-19-12-04851.pdf). Acesso em: 20 out. 2019.

FRANCO, T. B.; MERRY, E. E. Programa de Saúde da Família (PSF): contradições de um programa destinado à mudança do modelo tecnoassistencial. *In*: MERHY, E. E.; MAGALHÃES JUNIOR, H. M.; RIMOLI, J.; FRANCO, T. B. (org.). **O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano**. 4 ed. São Paulo: Hucitec, 2007. Cap. 3. p. 55-124.

FRATESCHI, M. S.; CARDOSO, C. L. Saúde Mental na Atenção Primária à Saúde: avaliação sob a ótica dos usuários. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 2, p. 545-65, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/physis/v24n2/0103-7331-physis-24-02-00545.pdf>. Acesso em: 05 set 2016.

FREEDY, J. R.; RICKERT, J. L. Relationships, continuity, and meaningful practice: A 2020 vision for primary care. **The International Journal of Psychiatry in Medicine**, [S.l.], v. 56, n. 1, 2021.

FREIRE, C.; ARAÚJO, D. P. **Política nacional de saúde: contextualização, programas e estratégias públicas**. São Paulo: Érica, 2015.

FREITAS, E. V.; PY, L. (ed.). **Tratado de geriatria e gerontologia**. 4. ed. Rio de Janeiro (RJ): Guanabara Koogan, 2017.

FURTADO, J. P.; CAMPOS, G. W. S.; ODA, W. Y.; ONOCKO-CAMPOS, R. Planejamento e Avaliação em Saúde: entre antagonismo e colaboração. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 34, n. 7, e00087917, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00087917>. Acesso em: 14 dez. 2020.

GALLARDO, M. D. P. S. Intersectorality, key to address Social Health Inequalities (Editorial). **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 27, e3124, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1518-8345.0000-3124>

GARCIA, L. A. A. Reflexões sobre o processo de migração frente ao envelhecimento populacional. **Revista Família, Ciclos de Vida e Saúde no Contexto Social**, Uberaba, v.5, n.3, p.361, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.18554/refacs.v5i3.2408>. Acesso em: 23 out. 2019.

GARCIA, L. A. A. Vulnerabilidades em Saúde. *In*: CAMARGO, F. C.; GARCIA, L. A. (Orgs.). **Residência multiprofissional em saúde: relato de experiência sobre**



diagnóstico situacional em saúde na atenção primária. Uberaba/MG: Eduftm, 2020. p. 61-63.

GARCIA, L. A. A. Intersetorialidade e Políticas Públicas de Saúde ao Idoso. **Rev. Fam., Ciclos Vida Saúde Contexto Soc.**, Uberaba, v. 11, n. 1, e6831, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.18554/refacs.v11i1.6831>. Acesso em: 15 jul. 2023.

GARCIA, L. A. A.; NARDELLI, G. G.; OLIVEIRA, A. F. M.; CASABURI, L. E.; CAMARGO, F. C.; SANTOS, Á. S. Satisfaction of octogenarians with Primary Health Care services. **Revista brasileira de geriatria e gerontologia**, Rio de Janeiro, v. 23, e190235, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1981-22562020023.190235>. Acesso em: 12 ago. 2020.

GARCIA, L. A. A.; SANTOS, Á. S. A utilização da abordagem por Métodos Mistos de pesquisa na Saúde. **Revista Família, Ciclos de Vida e Saúde no Contexto Social**, Uberaba, v. 10, n. 3, p. 419-20, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.18554/refacs.v10i3.6450>. Acesso em: 23 dez. 2022.

GARCIA, L. A. A.; SILVA, K. C.; OLIVEIRA, A. F. M.; SANTOS, D. F.; SILVA, R. R.; NARDELLI, G. G.; SANTOS, Á. S. Hospitalization of elderly people for conditions sensitive to primary health care in a city in the Triângulo Mineiro. **Bioscience Journal**, Uberlândia, v. 37, e37041, 2021. Disponível em: <https://seer.ufu.br/index.php/biosciencejournal/article/view/48250>. Acesso em: 17 jun. 2022.

GATTI, B. A. **Grupo focal na pesquisa em Ciências Sociais e Humanas**. Brasília: Liber Livro, 2005.

GOMES, M. T. S. Dinâmica econômica e cidades médias: uma análise sobre a cidade de Uberaba na região Triângulo Mineiro. **GEOUSP Espaço e Tempo (Online)**, São Paulo, v. 19, n. 3, p. 516-534, 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.11606/issn.2179-0892.geousp.2015.81733>. Acesso em: 23 out. 2019.

GRAEFF, B.; GIOIA, R. Cidade amiga do idoso como cidade educativa: reflexões a partir da noção de educação permanente de Paulo Freire. **Revista de Estudos Culturais**, São Paulo, v. 1, n. 5, p. 102-115, 2020. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/revistaec/article/view/170634>. Acesso em: 16 dez. 2020.

HAMER, M. K.; MAYS, G. P. Public Health Systems and Social Services: breadth and Depth of Cross-Sector Collaboration. **American Journal of Public Health**, Washington, v. 110, supl. 2, S232-S234, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.2105/AJPH.2020.305694>. Acesso em: 14 dez. 2020.

HARZHEIM, E; OLIVEIRA, M. M. C.; AGOSTINHO, M. R.; HAUSER, L.; STEIN, A. T.; GONÇALVES, M. R. et al. Validação do instrumento de avaliação da atenção primária à saúde: PCATool-Brasil adultos. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 29, p. 274-284, 2013. Disponível em: [https://doi.org/10.5712/rbmfc8\(29\)829](https://doi.org/10.5712/rbmfc8(29)829). Acesso em: 15 dez. 2020.

HINKLE, J. L.; CHEEVER, K. H. Funções Cardiovascular e Circulatória. *In*: HINKLE, J. L.; CHEEVER, K. H. **Tratado de enfermagem médico-cirúrgica**. 14. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2022.

HORTA, N. C.; PEREIRA, S. A. Processo de trabalho em Saúde e Enfermagem. *In*: SOUZA, M. C. M. R.; HORTA, N. C. **Enfermagem em saúde coletiva: teoria e prática**. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2018. Cap. 5. p. 47-70.

IBGE. **Projeção da População do Brasil por Sexo e Idade 2000-2060**. Revisão 2013. Rio de Janeiro; 2015. Disponível em: [http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/projecao\\_da\\_populacao/2013/default\\_tab.shtm](http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/projecao_da_populacao/2013/default_tab.shtm). Acesso em: 05 set. 2019.

IBGE. **Cidades**. Revisão 2016; 2016. Disponível em: <http://www.cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun=317010&search=minas-gerais|uberaba|infograficos:-informacoes-completas>. Acesso em: 25 Out. 2018.

IBGE. Síntese de Indicadores Sociais. **Uma análise das condições de vida da população brasileira**. 2020. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101760.pdf>. Acesso em: 14 jun. 2022.

IBGE. Brasil em síntese. **Esperanças de vida ao nascer**. 2022. Disponível em: <https://brasilemsintese.ibge.gov.br/populacao/esperancas-de-vida-ao-nascer.html>. Acesso em: 17 jun. 2022.

INOJOSA, R. M. Sinergia em políticas e serviços públicos: desenvolvimento social com intersectorialidade. **Cadernos FUNDAP**, São Paulo, v. 22, p. 102-110, 2001.

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. 867-874, 2011. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902011000400005>. Acesso em: 14 dez. 2020.

MACIEL, A. G.; CALDEIRA, A. P.; DINIZ, F. J. L. S. Impacto da Estratégia Saúde da Família sobre o perfil de morbidade hospitalar em Minas Gerais. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 38, n. esp., p.319-30, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v38nspe/0103-1104-sdeb-38-spe-0319.pdf>. Acesso em: 05 set. 2019.

MAFRA, S. C. T. A tarefa do cuidar e as expectativas sociais diante de um envelhecimento demográfico: a importância de ressignificar o papel da família. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 2, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbgg/v14n2/v14n2a15.pdf>. Acesso em: 05 set. 2019.

MAIA, L. G.; SILVA, L. A.; GUIMARÃES, R. A.; PELAZZA, B. B.; PEREIRA, A. C. S.; REZENDE, W. L. et al. Hospitalizations due to primary care sensitive conditions: an ecological study. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 53, p. 2, 2019.

Disponível em: <http://dx.doi.org/10.11606/S1518-8787.2019053000403>. Acesso em: 10 nov. 2022.

MARQUES, A. P.; MONTILLA, D. E. R.; ALMEIDA, W. S.; ANDRADE, C. L. T. Internações de idosos por condições sensíveis à atenção primária à saúde. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 48, n. 5, p. 817-26, 2014. Disponível em: [http://www.scielo.br/pdf/rsp/v48n5/pt\\_0034-8910-rsp-48-5-0817.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rsp/v48n5/pt_0034-8910-rsp-48-5-0817.pdf). Acesso em: 24 out. 2019.

MARZIALE, M. H. P. Acesso Universal à Saúde e Cobertura Universal de Saúde: contribuições da Enfermagem (Editorial). **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 24, e2667, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1518-8345.0000.2667>. Acesso em: 16 dez. 2020.

MEDEIROS, S. G.; MORAIS, F. R. R. Organização dos Serviços na atenção à saúde da idosa: percepção de usuárias. **Interface: comunicação, saúde, educação**, Botucatu, v. 19, n. 52, p. 109-19, 2015. Disponível em: <http://www.scielo.org/pdf/icse/v19n52/1807-5762-icse-19-52-0109.pdf>. Acesso em: 08 set. 2019.

MELO, M. D.; EGRY, E.Y. Determinantes sociais das Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária em Guarulhos, São Paulo. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 48, n. esp., p. 133-40, 2014. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-623420140000600019>. Acesso em: 10. nov. 2022.

MENDES, E. V. **As Redes de Atenção à Saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011. Disponível em: <https://apsredes.org/as-redes-de-atencao-a-saude-eugenio-vilaca-mendes/>. Acesso em: 22 ago. 2020.

MERHY, E. E.; MAGALHÃES JUNIOR, H. M.; RIMOLI, J.; FRANCO, T. B. (org.). **O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano**. 4 ed. São Paulo: Hucitec, 2007.

MINAS GERAIS. **Atenção à saúde do idoso**. Belo Horizonte, 2006. Disponível em: <http://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/LinhaGuiaSaudeIdoso.pdf>. Acesso em: 04 Jun. 2022.

MINAYO, M. C. S. **O Desafio do Conhecimento: pesquisa qualitativa em Saúde**. 12. ed. São Paulo: Hucitec, 2010.

NOVAES, H. M. D. Avaliação de programas, serviços e tecnologias em saúde. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 34, n. 5, p. 547-59, 2000. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v34n5/3227.pdf>. Acesso em: 08 set. 2016.

NUNES, B. P.; SOARES, M. U.; WACHS, L. S.; VOLZ, P.M.; SAES, M. O.; DURO, S. M. S. et al. Hospitalização em idosos: associação com multimorbidade, atenção básica e plano de saúde. **Revista de Saúde Pública**, v. 51, 43, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1518-8787.2017051006646>. Acesso em: 17 jun. 2022.

NUNES, B. P.; FLORES, T. R.; GARCIA, L. P.; CHIAVEGATTO FILHO, A. D. P.; THUMÉ, E.; FACCHINI, L. A. Tendência temporal da falta de acesso aos serviços de

saúde no Brasil, 1998-2013. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 25, n. 4, p. 777-87, 2016. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5123/S1679-49742016000400011>. Acesso em: 17 dez. 2022.

OELKE, N. D.; LIMA, M. A. D. S.; ACOSTA, A. M. Translação do conhecimento: traduzindo pesquisa para uso na prática e na formulação de políticas. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 36, n. 3, p. 113-117, 2015. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2015.03.55036>. Acesso em: 23 set. 2020.

OLIVEIRA, T. R. P. R.; MATIOLLI, C. D. P.; BARCELOS, B. J.; HORTA, N. C.; LACERDA, T. T. B. Promoção da saúde e intersectorialidade na rede de atenção ao idoso. **Geriatrics, Gerontology and Aging**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 4, p. 182-8, 2017. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5327/Z2447-211520171700006>. Acesso em: 14 dez. 2020.

OLIVEIRA, M. A. C.; PEREIRA, I. C. Atributos essenciais da Atenção Primária e a Estratégia Saúde da Família. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 66, n. esp., p. 158-164, 2013. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0034-71672013000700020>. Acesso em: 14 dez. 2020.

OLIVEIRA, T. L.; SANTOS, C. M.; MIRANDA, L. P.; NERY, M. L. F.; CALDEIRA, A. P. Fatores associados ao custo das internações hospitalares por doenças sensíveis à Atenção Primária no Sistema Único de Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 10, p. 4541-4552, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-812320212610.10862021>. Acesso em: 17 jun. 2022.

OMS. **Guia Global: Cidade Amiga do Idoso**. 2008. Disponível em <https://www.who.int/ageing/GuiaAFCPortuguese.pdf>. Acesso em: 16 de set. 2019.

OMS. **Health financing for universal coverage**. What is universal health coverage? Genebra: WHO, 2014. Disponível em: [http://www.who.int/health\\_financing/strategy/dimensions/en/](http://www.who.int/health_financing/strategy/dimensions/en/). Acesso em: 07 set. 2020.

OPAS. **A atenção à saúde coordenada pela APS**: construindo as redes de atenção no SUS: contribuições para o debate. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde, 2011. Disponível em: <http://www.telessaude.mt.gov.br/Arquivo/Download/2056>. Acesso em: 23 out. 2019.

PAIM, J. S. Sujeitos da antítese e os desafios da práxis da Reforma Sanitária Brasileira. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 41, n. esp. 3, p.255-264, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-11042017S319>. Acesso em: 17 jun. 2022.

PAPALÉO NETTO, M.; PONTE, J. R. Envelhecimento: desafio na transição do século. *In*: PAPALÉO NETTO, M. (Ed). **Gerontologia**. São Paulo, Rio de Janeiro, Belo Horizonte: Atheneu, 1996. p. 3-12.

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. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232011000600031>. Acesso em: 22 out. 2019.

PEDUZZI, M.; AGRELI, H. F. Teamwork and collaborative practice in Primary Health Care. **Interface**, Botucatu, v. 22, Supl. 2, p. 1525-34, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1807-57622017.0827>. Acesso em: 14 dez. 2020.

PEREIRA, M. G. **Epidemiologia: Teoria e Prática**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2023. *E-book*. Disponível em: <https://integrada.minhabiblioteca.com.br/#/books/9788527736077/>. Acesso em: 18 jul. 2023.

PEREIRA-LLANO, P. M.; SANTOS, F.; RODRIGUES, M. C. T.; LEMÕES, M. A. M.; LANGE, C.; SANTOS, S. S. C. A família no cuidado ao idoso após o acidente por quedas. **Revista de Pesquisa: cuidado é fundamental**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 3, p. 4717-24, 2016. Disponível em: [http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/viewFile/2973/pdf\\_1](http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/viewFile/2973/pdf_1). Acesso em: 08 set. 2019.

PERILLO, R. D.; BERNAL, R. T. I.; POÇAS, K. C.; DUARTE, E. C.; MALTA, D. C. Avaliação da Atenção Primária à Saúde na ótica dos usuários: reflexões sobre o uso do *Primary Care Assessment Tool*-Brasil versão reduzida nos inquéritos telefônicos. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, Rio de Janeiro, v. 23, E200013.supl.1, 2020. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1980-549720200013.supl.1>. Acesso em: 15 dez. 2020.

PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (org.). **Gestão em Redes: práticas de avaliação, formação e participação na saúde**. Rio de Janeiro: CEPESC, 2006.

PLACIDELI, N.; CASTANHEIRA, E. R. L. Atenção à saúde da pessoa idosa e ao envelhecimento em uma Rede de Serviços de Atenção Primária. **Revista Kairós Gerontologia**, São Paulo, v. 20, n. 2, p. 247-269, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.23925/2176-901X.2017v20i2p247-269>. Acesso em: 15 dez. 2020.

PLACIDELI, N.; CASTANHEIRA, E. R. L.; DIAS, A.; SILVA, P. A.; CARRAPATO, J. L. F.; SANINE, P. R. et al. Avaliação da atenção integral ao idoso em serviços de atenção primária. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 54, 06, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2020054001370>. Acesso em: 15 dez. 2020.

PORTELA, G. Z. Atenção Primária à Saúde: um ensaio sobre conceitos aplicados aos estudos nacionais. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 2, p. 255-276, 2017. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312017000200005>. Acesso em: 14 dez. 2020.

PRATES, M. L.; MACHADO, J. C.; SILVA, L. S.; AVELAR, P. S.; PRATES, L. L. MENDONÇA, E. T. et al. Desempenho da Atenção Primária à Saúde segundo o instrumento PCATool: uma revisão sistemática. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de

Janeiro, v. 22, n. 6, p. 1881-1893, 2017. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232017226.14282016>. Acesso em: 14 nov. 2020.

QUADROS, K. A. N.; CAMPOS, C. R.; SOARES, T. E.; SILVA, F. M. R. Perfil epidemiológico de idosos portadores de HIV/AIDS atendidos no serviço de assistência especializada. **Revista de Enfermagem do Centro Oeste Mineiro**, Divinópolis, v. 6, n. 2, p. 2140-46, 2016. Disponível em: <http://www.seer.ufsj.edu.br/index.php/recom/article/view/869/1097>. Acesso em: 08 set. 2019.

REHEM, T. C. M. S. B.; OLIVEIRA, M. R. F.; AMARAL, T. C. L.; CIOSAK, S. I.; EGRY, E. Y. Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária em uma metrópole brasileira. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 47, n. 4, p. 884-90, 2013. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-623420130000400016>. Acesso em: 23 out. 2019.

REUTER, C. L. O.; SANTOS, V. C. F.; RAMOS, A. R. O exercício da interprofissionalidade e da intersetorialidade como arte de cuidar: inovações e desafios. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 4, e20170441, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2017-0441>. Acesso em: 14 dez. 2020.

RIBEIRO, H. C. T. C.; MONTENEGRO, L. C.; MATA, L. R. F.; MARCHON, S. G. Qualidade e segurança no cuidado na Atenção Primária à Saúde. *In*: SOUZA, M. C. M. R.; HORTA, N. C. **Enfermagem em saúde coletiva: teoria e prática**. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2018. Cap. 10. p. 123-142.

RODRIGUES-BASTOS, R. M.; CAMPOS, E. M. S.; RIBEIRO, L. C.; BASTOS FILHO, M. G.; BUSTAMANTE-TEIXEIRA, M. T. Internações por condições sensíveis à atenção primária, Minas Gerais, 2000 a 2010. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 48, n. 6, p. 958-67, 2014. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-8910.2014048005232>. Acesso em: 10. nov. 2022.

ROUQUAYROL, M. Z.; GURGEL, M. **Epidemiologia & Saúde**. 8. ed. Rio de Janeiro: Medbook, 2018. E-book. Disponível em: <https://integrada.minhabiblioteca.com.br/#/books/9786557830000/>. Acesso em: 18 jul. 2023.

SAMPIERI, R. H.; COLLADO, C.F.; BAPTISTA LUCIO, M.P. Os processos mistos de pesquisa. *In*: SAMPIERI, R. H.; COLLADO, C. F.; BAPTISTA LUCIO, M. P. **Metodologia de pesquisa**. 5. ed. Porto Alegre: Penso, 2013. p. 547-604.

SANTOS, J. L. G.; ERDMANN, A. L. Governança da prática profissional do enfermeiro no ambiente hospitalar: pesquisa de métodos mistos. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 23, n. 6, p. 1024-32, 2015. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0104-1169.0482.2645>

SANTOS, J. L. G.; ERDMANN, A. L.; MEIRELLES, B. H. S.; LANZONI, G. M. M.; CUNHA, V. P.; ROSS, R. Integração entre dados quantitativos e qualitativos em uma pesquisa de métodos mistos. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 26,

n. 3, e1590016, 2017. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072017001590016>. Acesso em: 14 dez. 2020.

SANTOS, J. L. G.; ESCALANTE BARRIOS, E. L.; CREAMER, E. G.; ONWUEGBUZIE, A. J. Pesquisa de métodos mistos na América Latina: iniciativas e oportunidades de expansão. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 29, e20200101, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2020-0001-0001>. Acesso em: 14 dez. 2020.

SANTOS, J. L. G.; FABRIZIO, G. C.; PEITER, C. C.; MATTIA, D.; PERIN, D.; LORENZINI, E. Caracterização das pesquisas de métodos mistos em enfermagem publicadas no Journal of Mixed Methods Research. **Revista de Enfermagem da UFSM**, Santa Maria, v. 9, n. esp., 1-16, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.5902/2179769241298>.

SANTOS, V.C.F.; KALSING, A.; RUIZ, E. N. F.; ROESE, A.; GERHARDT, T. E. Perfil das internações por doenças crônicas não-transmissíveis sensíveis à atenção primária em idosos da metade sul do RS. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 34, n. 3, p. 124-31, 2013. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1983-14472013000300016>. Acesso em: 10 nov. 2022.

SANTOS, L. A.; KIND, L. Integralidade, intersetorialidade e cuidado em saúde: caminhos para se enfrentar o suicídio. Integralidade, intersetorialidade e cuidado em saúde: caminhos para se enfrentar o suicídio. **Interface**, Botucatu, v. 24, e190116, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/Interface.190116>. Acesso em: 14 dez. 2020.

SANTOS, V. C. F.; RUIZ, E. N. F.; ROESE, A.; KALSING, A.; GERHARDT, T. E. Internações por condições sensíveis a atenção primária (ICSAP): discutindo limites à utilização deste indicador na avaliação da Atenção Básica em Saúde. **Revista Eletrônica de Comunicação, Informação e Inovação em Saúde**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 2, 2013. Disponível em: <https://www.reciis.icict.fiocruz.br/index.php/reciis/article/view/467>. Acesso em: 18 jun. 2022.

SILVA, E. M.; SILVA, E. M.; GONÇALVES, V. MUROLO, A. C. **Estatística**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2018.

SILVA, R. M. M.; VIERA, C. S.; TOSO, B. R. G. O.; SILVA-SOBRINHO, R. A. A integralidade na assistência à saúde da criança na visão dos cuidadores. **Saúde e Debate**, Rio de Janeiro, v. 39, n. 106, p. 718-29, 2015. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0103-1104201510600030013>. Acesso em: 23 out. 2019.

SOLHA, R. K. T. **Saúde Coletiva para iniciantes**: políticas e práticas profissionais. 2. ed. São Paulo: Érica, 2014.

SOUZA, M. C. M. R.; HORTA, N. C. **Enfermagem em saúde coletiva**: teoria e prática. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2018.

SOUZA, M. S.; MACHADO, C. V. Governança, intersetorialidade e participação social na política pública: o Conselho Nacional dos Direitos da Pessoa Idosa. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 10, p. 3189-3200, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-812320182310.14112018>. Acesso em: 14 dez. 2020.

STARFIELD, B. **Atenção Primária**: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/0253.pdf>. Acesso em: 13 mar. 2019.

STOPA, S. R.; MALTA, D. C.; MONTEIRO, C. N.; SZWARCOWALD, C. L.; GOLDBAUM, M.; CESAR, C. L. G. Use of and access to health services in Brazil, 2013 National Health Survey. **Revista de Saúde Pública**, v. 51, São Paulo, supl.1, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/s1518-8787.2017051000074>. Acesso em: 17 jun. 2022.

TAVARES, D. M. S.; OLIVEIRA, N. G. N.; MARCHIORI, G. F.; MARMO, F. A. D.; JESUS, D. A. Acesso e utilização dos serviços de saúde entre idosos comunitários. **Cogitare Enfermagem**, Paraná, v. 26, e74568, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.5380/ce.v26i0.74528>. Acesso em: 17 jun. 2022.

TRAD, L. A. B. Grupos focais: conceitos, procedimentos e reflexões baseadas em experiências com o uso da técnica em pesquisas de saúde. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 777-796, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v20n5/37.pdf>. Acesso em: 10 ago. 2017.

TRONCHIN, D. M. R.; FREITAS, G. F.; MELLEIRO, M. M. Avaliação de Serviços, Qualidade e Segurança do Paciente no Setor Saúde. In: KURCGANT, P. et al (Coord.). **Gerenciamento em Enfermagem**. 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2022. Cap. 6. p. 59-73.

UBERABA. Secretaria Municipal de Saúde. **Plano Municipal de Saúde 2014-2017**. Uberaba, 2017. Disponível em: [http://www.uberaba.mg.gov.br/portal/acervo/saude/arquivos/plano\\_municipal\\_saude.pdf](http://www.uberaba.mg.gov.br/portal/acervo/saude/arquivos/plano_municipal_saude.pdf). Acesso em: 23 out. 2019.

VERAS, R. O modelo assistencial contemporâneo e inovador para os idosos. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 1, e200061, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1981-22562020023.200061>. Acesso em: 15 dez. 2020.

VERAS, R.; CORDEIRO, R. A contemporary care model for older adults should seek coordinated care, greater quality and the reduction of costs. **International Journal of Family & Community Medicine**, Bangalore, v. 3, n. 5, p. 210–214, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.15406/ijfcm.2019.03.00159>

WARSCHAUER, M.; CARVALHO, Y. M. O conceito “Intersetorialidade”: contribuições ao debate a partir do Programa Lazer e Saúde da Prefeitura de Santo



André/SP. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 23, n. 1, p. 191-203, 2014. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902014000100015>. Acesso em: 23 out. 2019.

## APÊNDICES

### APÊNDICE A - Caracterização sociodemográfica e ocupacional dos trabalhadores de Equipe de Saúde da Família

Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_. Distrito Sanitário: 1 ( ); 2 ( ); 3 ( ). Nome da equipe:

Nome do profissional (será garantido o anonimato na divulgação dos resultados da pesquisa):

E-mail para contato: \_\_\_\_\_

1) Tipo de Unidade de Saúde que trabalha:

1-Unidade Básica de saúde ( ); 2-Unidade de Saúde da Família ( ); 3-Unidade Matricial de saúde ( )

2) Horário de funcionamento da equipe/unidade:

\_\_\_\_\_.

3) Data de criação da equipe de Saúde da Família:

\_\_\_\_\_.

4) Tipo de construção da unidade de saúde:

1-Adaptada para funcionar como instituição de saúde ( ); 2-Construída para sediar instituição de saúde ( )

5) Com relação à estrutura física da unidade:

5.1) Possui rampa de acesso: 1 ( ) Sim; 2 ( ) Não.

5.2) Possui banheiro adaptado para cadeirantes, deficientes e idosos: 1 ( ) Sim; 2 ( ) Não.

6) Profissional entrevistado é lotado(a): 1-ESF ( ); 2-Rede municipal ( ).

#### Dados Sociodemográficos

7) Sexo: 1-Feminino ( ); 2-Masculino ( ).

8) Idade: \_\_\_\_\_ anos completos.

9) Estado Civil:

1-( ) Solteiro(a); 2-( ) Mora com esposo (a) ou companheiro(a); 3-( ) Viúvo(a);

4-( ) Separado(a), desquitado(a) ou divorciado(a); 99-( ) Ignorado.

10) Cor autodeclarada: 1-( ) Branca; 2-( ) Preta; 3-( ) Parda; 4-( ) Amarela; 5-( ) Indígena; 99-( ) Ignorado.

11) Religião: 1-( ) Católica; 2-( ) Evangélica; 3-( ) Espírita; 4-( ) Candomblé/Umbanda; 5-( ) Outra: \_\_\_\_\_; 99-( ) Ignorado.

12) Escolaridade:

1- ( ) Ensino Fundamental Incompleto (até 8ª série/9º ano);

- 2- ( ) Ensino Fundamental Completo (até 8ª série/9º ano);
- 3- ( ) Ensino Médio ou Técnico Incompleto;
- 4- ( ) Ensino Médio ou Técnico Completo;
- 5- ( ) Ensino Superior;
- 6- ( ) Especialização;
- 7- ( ) Mestrado;
- 8- ( ) Doutorado.

13) Caso possua curso técnico, qual o ano de conclusão deste curso: \_\_\_\_\_.

14) Caso possua curso de graduação, qual o ano de conclusão deste curso: \_\_\_\_\_.

#### Dados Ocupacionais

15) Qual a sua profissão:

1-Enfermeiro(a) ( ); 2-Médico(a) ( ); 3-Dentista; 4-Outro:  
\_\_\_\_\_.

16) Possui especialização? 1-Sim ( ); 2-Não ( ).

17) Qual especialização você possui? (Responder caso o profissional responda “sim” na pergunta anterior)

- 1 ( ) – Residência ou prova de título em medicina da Família;
- 2 ( ) – Residência ou prova de título em clínica médica;
- 3 ( ) – Residência ou prova de título em pediatria;
- 4 ( ) – Residência ou prova de título em ginecologia-obstetrícia;
- 5 ( ) – Residência ou prova de título em medicina social;
- 6 ( ) – Residência uniprofissional e/ou multiprofissional;
- 7 ( ) – Especialização em saúde pública;
- 8 ( ) – Especialização em saúde da família;
- 9 ( ) – Outras especializações direcionadas à Atenção Básica;
- 10 ( ) – Outras especializações não direcionadas à Atenção Básica;
- 11 ( ) – Mestrado;
- 12 ( ) – Doutorado.

18) Há quanto tempo você atua em equipe de Saúde da Família?  
\_\_\_\_\_ anos/meses

19) Você já trabalhou na Atenção Básica sem estar inserido em ESF? 1-Sim ( ); 2-Não ( ).

20) Qual a sua carga horária de trabalho semanal nesta unidade/equipe? 1-40h ( ); 2-30h ( ); 3-20h ( ).

21) Qual é o número médio de consultas/semana que você atende?\_\_\_\_\_(Favor estimar)

22) No último ano, você participou de atividades de educação permanente/formação/treinamento oferecidas pela secretaria municipal de saúde/governo municipal? 1-Sim ( ); 2-Não ( ).

23) No último ano, você participou de atividades de educação permanente/formação/treinamento realizadas por sua equipe de saúde da família?  
1-Sim ( ); 2-Não ( ).

24) Em sua avaliação, você considera que as iniciativas de educação permanente/formação/treinamento ofertadas pela secretaria municipal de saúde/governo municipal contribuíram para o seu aperfeiçoamento profissional (responder caso o entrevistado declarar que realizou educação permanente/formação/treinamento)?  
1-Extremamente ( ); 2-Muito ( ); 3-Pouco ( ); 4-Neutro ( ); 5-Nada ( ).

25) Em sua avaliação, você considera que as iniciativas de educação permanente/formação/treinamento ofertadas pela equipe de saúde da Família contribuíram para o seu aperfeiçoamento profissional (responder caso o entrevistado declarar que realizou educação permanente/formação/treinamento)?  
1-Extremamente ( ); 2-Muito ( ); 3-Pouco ( ); 4-Neutro ( ); 5-Nada ( ).

26) Você participou de alguma capacitação em serviço, cursos ou eventos nos últimos 12 meses?  
1-Sim ( ); 2-Não ( ).

27) Você considera que a capacitação em serviço, cursos ou eventos que participou contribuíram para o seu aperfeiçoamento profissional (responder caso o entrevistado tenha participado)?  
1-Extremamente ( ); 2-Muito ( ); 3-Pouco ( ); 4-Neutro ( ); 5-Nada ( ).

28) Ao atender a população idosa, caso a sua necessidade não possa ser atendida pelos serviços da ESF, quais outras instituições/serviços/recursos de comunidade você geralmente aciona ou sabe que poderia acionar? Indique quais instituições/recursos de comunidade e quais serviços oferecem.

---



---



---



---



---



---



---



---

29) Como você tomou conhecimento da existência dessas instituições/recursos de comunidade?

- 1-( ) Diagnóstico de Comunidade elaborado pela equipe de saúde da família;
- 2-( ) Conhecimento pessoal;
- 3-( ) Orientações/Diretrizes da Secretaria Municipal de Saúde;
- 4-( ) Orientações/Diretrizes dos órgãos do governo Municipal;
- 5-( ) Divulgação da própria instituição/recursos de comunidade;
- 6-( ) Indicação de usuários dos serviços;
- 7-( ) Outras formas/meios: \_\_\_\_\_.

APÊNDICE B - Caracterização sociodemográfica e ocupacional dos trabalhadores dos recursos de comunidade das equipes de saúde da família

INFORMAÇÕES DE IDENTIFICAÇÃO DO INSTRUMENTO DE COLETA

Data da entrevista: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_. Distrito Sanitário: 1 ( ); 2 ( ); 3 ( ).

1) Qual o serviço desempenha sua atividade:

\_\_\_\_\_

DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS

2) Sexo: 1-Feminino ( ); 2-Masculino ( ).

3) Idade: \_\_\_\_ anos completos.

4) Estado Civil:

1-( ) Solteiro(a); 2-( ) Mora com esposo (a) ou companheiro(a); 3-( ) Viúvo(a); 4-( ) Viúvo(a);

5-( ) Separado(a), desquitado(a) ou divorciado(a); 99-( ) Ignorado.

5) Raça: 1-( ) Branca; 2-( ) Preta; 3-( ) Parda; 4-( ) Amarela; 5-( ) Indígena; 99-( ) Ignorado.

6) Religião: 1-( ) Católica; 2-( ) Evangélica; 3-( ) Espírita; 4-( ) Outra; 99-( ) Ignorado.

DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS

7) Qual a sua profissão:

\_\_\_\_\_

8) Ano de formação acadêmica: \_\_\_\_\_.

9) Possui especialização? 1-Sim ( ); 2-Não ( ).

10) Qual especialização você possui?

\_\_\_\_\_

11) Há quanto tempo você atua neste serviço? \_\_\_\_\_ anos/meses

12) Qual a sua carga horária de trabalho semanal neste serviços?  
\_\_\_\_\_ hs.

13) Qual é o número médio de atendimentos/semana que você atende? \_\_\_\_ (Favor estimar)

14) Você recebeu treinamento da instituição para atuar nesta unidade? 1-Sim ( ); 2-Não ( ).

15) Você acredita que o treinamento dado pela instituição contribuiu para o seu aperfeiçoamento profissional (responder caso o entrevistado declarar que recebeu treinamento)? 1-Extremamente ( ); 2-Muito ( ); 3-Pouco ( ); 4-Neutro ( ); 5-Nada ( ).

16) Você participou de alguma capacitação em serviço, cursos ou eventos nos últimos 12 meses?  
1-Sim ( ); 2-Não ( ).

17) Você acredita que a capacitação em serviço, cursos ou eventos que participou contribuíram para o seu aperfeiçoamento profissional (responder caso o entrevistado tenha participado)?  
1-Extremamente ( ); 2-Muito ( ); 3-Pouco ( ); 4-Neutro ( ); 5-Nada ( ).

18) Você possui alguma formação/especialização relacionada à saúde da população idosa?  
1-Sim ( ); 2-Não ( ).

19) Você considera preparado para prestar algum tipo de serviço a um usuário idoso?  
1-Sim ( ); 2-Não ( ).

20) O seu serviço pode contar com o apoio das equipes da Estratégia Saúde da Família?  
1-Sim ( ); 2-Não ( ).

## APÊNDICE C - Roteiro para condução do grupo focal com os profissionais de instituições que atendem ao público idoso

- Acolhimento
- Apresentação da Pesquisa
- Esclarecimentos quanto às responsabilidades éticas de todos os participantes no sigilo das informações compartilhadas e na garantia do anonimato.
- Solicitação de autorização para áudio gravação do encontro.

### Questões norteadoras:

- 1) Em relação ao público atendido nas instituições nas quais atuam: quais são suas necessidades?
- 2) Quais dessas necessidades são atendidas pelas instituições nas quais atuam?
- 3) A instituição na qual atuam realiza atividades/ações em parceria com as equipes saúde da família voltadas ao público idoso? Se sim, quais são?
- 4) Em quais outras instituições/programas os idosos são atendidos?
- 5) No cotidiano de trabalho, com quais instituições vocês mantêm relações para garantir o atendimento ao idoso?
- 6) Na avaliação de vocês, no município há uma atuação integrada/atuação em rede para atender ao idoso?
- 7) Como avaliam a integração/relação entre as diversas instituições que atendem ao idoso no município de Uberaba?
- 8) Na avaliação de vocês, há intersetorialidade nas políticas públicas de atenção ao idoso?
- 9) Que sugestões fazem para melhorar o atendimento ao idoso e a atuação integrada/em rede?

### Encerramento:

Verificação com os participantes sobre existência de algum tema que gostariam de comentar e que não foi abordado durante o encontro.

Agradecimento pela participação e encerramento do encontro.

## APÊNDICE D – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (Profissionais ESF)



Universidade Federal do Triângulo Mineiro  
 Instituto de Ciências da Saúde  
 Rua Vigário Carlos, nº 100 – Bairro Abadia – CEP 38.025-350 – Uberaba – MG  
 34 3700-6950/6951

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (Para participantes do Grupo 01)

#### ESCLARECIMENTO

Convidamos você a participar da pesquisa “*A atenção ao idoso nos territórios de equipes saúde da família: atributos da atenção primária e intersetorialidade*” em decorrência de sua atuação profissional em equipes saúde da família. O objetivo desta pesquisa é analisar o modo como trabalhadores de equipes saúde da família avaliam os atributos da Atenção Primária à Saúde e a intersetorialidade na atenção ao idoso. Sua participação é importante, pois a compreensão de como os trabalhadores em saúde avaliam os atributos da Atenção Primária em sua prática profissional e suas relações com a intersetorialidade na saúde na atenção ao idoso poderão contribuir para uma melhoria dos processos de trabalho e, conseqüentemente, na assistência. Caso você aceite participar desta pesquisa será necessário responder a um questionário para sua caracterização sócio demográfica e de atuação profissional e ao questionário PCATool (versão para profissionais) utilizado em avaliações da qualidade da atenção primária em saúde. Os questionários são autoaplicáveis e você pode escolher o local e horário que considerar mais adequado para o preenchimento. O tempo estimado para o preenchimento é de 30 minutos. Em uma segunda etapa da pesquisa, você poderá ser convidado a participar de um encontro com outros trabalhadores de equipes saúde da família no qual os presentes conversarão sobre o atendimento ao idoso no município. O local do encontro será combinado previamente com os participantes e terá condições para garantir o sigilo, privacidade e confidencialidade quanto às informações compartilhadas. Todos serão esclarecidos quanto às responsabilidades em relação ao sigilo, anonimato e confidencialidade. O tempo estimado do encontro é de, no máximo, noventa minutos. O encontro coletivo será áudio gravado e transcrito na íntegra para fins de análise. Após a transcrição, o áudio será eliminado.

Os riscos desta pesquisa são quebra de confidencialidade dos dados e do sigilo. Para minimizar esses riscos serão tomadas as seguintes providências: os instrumentos serão identificados através de números preservando a identidade do participante e em nenhum momento da pesquisa ou da divulgação dos resultados sua identidade será divulgada. Espera-se que de sua participação na pesquisa possa contribuir para o fortalecimento da atenção básica e em melhorias para a atenção integral ao idoso; assim como propor orientações relacionadas à temática da pesquisa tendo em vista que o processo de construção de dados ensejará reflexões sobre os desafios e as potencialidades do trabalho em equipe e intersetorial. Você poderá obter quaisquer informações relacionadas a sua participação nesta pesquisa, a qualquer momento que desejar, por meio dos pesquisadores do estudo. Sua participação é voluntária, e em decorrência dela você não receberá qualquer valor em dinheiro. Você não terá nenhum gasto por participar nesse estudo, pois qualquer gasto que você tenha por causa dessa pesquisa lhe será ressarcido. Você poderá não participar do estudo, ou se retirar a qualquer momento, sem que haja qualquer constrangimento junto aos pesquisadores, bastando você dizer ao pesquisador que lhe entregou este documento. Você não será identificado neste estudo, pois a sua identidade será de conhecimento apenas dos pesquisadores da pesquisa, sendo garantido o seu sigilo e privacidade. Você tem direito a requerer indenização diante de eventuais danos que você sofra em decorrência dessa pesquisa.

#### Contato dos pesquisadores:

**Álvaro da Silva Santos**  
 E-mail: alvaroenf@hotmail.com  
 Telefone: (34) 999052831  
 Endereço: Av. Getúlio Guaritá nº 107 -  
 Bairro Abadia Uberaba/MG – CEP:  
 38025-440

**Luan Augusto Alves Garcia**  
 E-mail: luangarciaatpc@yahoo.com.br  
 Telefone: (34) 992513976  
 Endereço: Av. Getúlio Guaritá nº 107 -  
 Bairro Abadia Uberaba/MG - CEP:  
 38025-440

**Rosimár Alves Querino**  
 E-mail: rosimar.querino@uftm.edu.br  
 Telefone: (34) 3700-6924  
 Endereço: Rua Vigário Carlos, 100 - Sala  
 429 - Bairro Abadia, Uberaba/MG, CEP  
 - 38025-440

Em caso de dúvida em relação a esse documento, favor entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, pelo telefone (34) 3700-6803, ou no endereço Rua Conde Prados, 191, Bairro Nossa Senhora da Abadia – Uberaba – MG – de segunda a sexta-feira, das 08:00 às 11:30 e das 13:00 às 17:30. Os Comitês de Ética em Pesquisa são colegiados criados para defender os interesses dos participantes de pesquisas, quanto a sua integridade e dignidade, e contribuir no desenvolvimento das pesquisas dentro dos padrões éticos.

**Este documento deverá ser emitido em duas vias, uma para o participante e outra para o pesquisador.**

Rubrica do participante	Data	Rubrica do pesquisador	Data





Universidade Federal do Triângulo Mineiro  
 Instituto de Ciências da Saúde  
 Rua Vigário Carlos, nº 100 – Bairro Abadia – CEP 38.025-350 – Uberaba – MG  
 34 3700-6950/6951

### CONSENTIMENTO LIVRE, APÓS ESCLARECIMENTO

**TÍTULO DA PESQUISA: A ATENÇÃO AO IDOSO NOS TERRITÓRIOS DE EQUIPES SAÚDE DA FAMÍLIA: ATRIBUTOS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA E INTERSETORIALIDADE**

Eu, \_\_\_\_\_, li e/ou ouvi o esclarecimento acima e compreendi para que serve o estudo e a quais procedimentos serei submetido. A explicação que recebi esclarece os riscos e benefícios do estudo. Eu entendi que sou livre para interromper minha participação a qualquer momento, sem justificar minha decisão. Sei que meu nome não será divulgado, que não terei despesas e não receberei dinheiro para participar do estudo. Concordo em participar do estudo, A atenção ao idoso nos territórios de equipes saúde da família: atributos da atenção primária e intersectorialidade, e receberei uma via assinada deste documento.

Uberaba, ...../...../.....

\_\_\_\_\_  
 Assinatura do/a participante

\_\_\_\_\_  
 Álvaro da Silva Santos  
 (34) 999052831

\_\_\_\_\_  
 Luan Augusto Alves Garcia  
 (34) 992513976

Este documento deverá ser emitido em duas vias, uma para o participante e outra para o pesquisador.

Rubrica do participante	Data	Rubrica do pesquisador	Data

## APÊNDICE E - Roteiro para condução do grupo focal com os profissionais de instituições que atendem ao público idoso



Universidade Federal do Triângulo Mineiro  
Instituto de Ciências da Saúde  
Rua Vígário Carlos, nº 100 – Bairro Abadia – CEP 38.025-350 – Uberaba – MG  
34 3700-6950/6951

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (Para participantes do Grupo 02)

#### ESCLARECIMENTO

Convidamos você a participar da pesquisa “*A atenção ao idoso nos territórios de equipes saúde da família: atributos da atenção primária e intersetorialidade*” em decorrência de sua atuação profissional em instituição/programa que atende idosos. O objetivo desta pesquisa é analisar o modo como trabalhadores de equipes saúde da família avaliam os atributos da Atenção Primária à Saúde e a intersetorialidade na atenção ao idoso. Sua participação é importante, pois a compreensão de como os trabalhadores em saúde avaliam os atributos da Atenção Primária em sua prática profissional e suas relações com a intersetorialidade na saúde na atenção ao idoso poderão contribuir para uma melhoria dos processos de trabalho e, conseqüentemente, na assistência.

Caso você aceite participar desta pesquisa será necessário responder a um questionário para sua caracterização sócio demográfica e de atuação profissional e participar de um encontro com trabalhadores de outras instituições que atendem idosos. O questionário é autoaplicável e você pode escolher o local e horário que considerar mais adequado para o preenchimento. O tempo estimado para o preenchimento é de 30 minutos. O encontro com trabalhadores de outras instituições/programas que atendam ao idoso visa conversar sobre as ações desenvolvidas pelas instituições e avaliar a atuação coletiva e intersetorial. O local do encontro será combinado previamente com os participantes e terá condições para garantir o sigilo, privacidade e confidencialidade quanto às informações compartilhadas. Todos serão esclarecidos quanto às responsabilidades em relação ao sigilo, anonimato e confidencialidade. O tempo estimado do encontro é de, no máximo, noventa minutos. O encontro coletivo será áudio gravado e transcrito na íntegra para fins de análise. Após a transcrição, o áudio será eliminado.

Os riscos desta pesquisa são quebra de confidencialidade dos dados e do sigilo. Para minimizar esses riscos serão tomadas as seguintes providências: os instrumentos serão identificados através de números preservando a identidade do participante e em nenhum momento da pesquisa ou da divulgação dos resultados sua identidade será divulgada. Espera-se que de sua participação na pesquisa possa contribuir para o fortalecimento da atenção básica e em melhorias para a atenção integral ao idoso; assim como propor orientações relacionadas à temática da pesquisa tendo em vista que o processo de construção de dados ensinará reflexões sobre os desafios e as potencialidades do trabalho em equipe e intersetorial. Você poderá obter quaisquer informações relacionadas a sua participação nesta pesquisa, a qualquer momento que desejar, por meio dos pesquisadores do estudo. Sua participação é voluntária, e em decorrência dela você não receberá qualquer valor em dinheiro. Você não terá nenhum gasto por participar nesse estudo, pois qualquer gasto que você tenha por causa dessa pesquisa lhe será ressarcido. Você poderá não participar do estudo, ou se retirar a qualquer momento, sem que haja qualquer constrangimento junto aos pesquisadores, bastando você dizer ao pesquisador que lhe entregou este documento. Você não será identificado neste estudo, pois a sua identidade será de conhecimento apenas dos pesquisadores da pesquisa, sendo garantido o seu sigilo e privacidade. Você tem direito a requerer indenização diante de eventuais danos que você sofra em decorrência dessa pesquisa.

#### Contato dos pesquisadores:

##### Álvaro da Silva Santos

E-mail: [alvaroenf@hotmail.com](mailto:alvaroenf@hotmail.com)

Telefone: (34) 999052831

Endereço: Av. Getúlio Guaritá nº 107 -  
Bairro Abadia Uberaba/MG – CEP:  
38025-440

##### Luan Augusto Alves Garcia

E-mail: [luangarciatpe@yahoo.com.br](mailto:luangarciatpe@yahoo.com.br)

Telefone: (34) 992513976

Endereço: Av. Getúlio Guaritá nº 107 -  
Bairro Abadia Uberaba/MG - CEP:  
38025-440

##### Rosimár Alves Querino

E-mail: [rosimar.querino@ufmtm.edu.br](mailto:rosimar.querino@ufmtm.edu.br)

Telefone: (34) 3700-6924

Endereço: Rua Vígário Carlos, 100 - Sala  
429 - Bairro Abadia, Uberaba/MG, CEP  
- 38025-440

Em caso de dúvida em relação a esse documento, favor entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, pelo telefone (34) 3700-6803, ou no endereço Rua Conde Prados, 191, Bairro Nossa Senhora da Abadia – Uberaba – MG – de segunda a sexta-feira, das 08:00 às 11:30 e das 13:00 às 17:30. Os Comitês de Ética em Pesquisa são colegiados criados para defender os interesses dos participantes de pesquisas, quanto a sua integridade e dignidade, e contribuir no desenvolvimento das pesquisas dentro dos padrões éticos.

**Este documento deverá ser emitido em duas vias, uma para o participante e outra para o pesquisador.**

Rubrica do participante	Data	Rubrica do pesquisador	Data



Universidade Federal do Triângulo Mineiro  
Instituto de Ciências da Saúde  
Rua Vigário Carlos, nº 100 – Bairro Abadia – CEP 38.025-350 – Uberaba – MG  
34 3700-6950/6951

**CONSENTIMENTO LIVRE, APÓS ESCLARECIMENTO**

**TÍTULO DA PESQUISA: A ATENÇÃO AO IDOSO NOS TERRITÓRIOS DE EQUIPES SAÚDE DA FAMÍLIA: ATRIBUTOS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA E INTERSETORIALIDADE**

Eu, \_\_\_\_\_, li e/ou ouvi o esclarecimento acima e compreendi para que serve o estudo e a quais procedimentos serei submetido. A explicação que recebi esclarece os riscos e benefícios do estudo. Eu entendi que sou livre para interromper minha participação a qualquer momento, sem justificar minha decisão. Sei que meu nome não será divulgado, que não terei despesas e não receberei dinheiro para participar do estudo. Concordo em participar do estudo, A atenção ao idoso nos territórios de equipes saúde da família: atributos da atenção primária e intersectorialidade, e receberei uma via assinada deste documento.

Uberaba, ...../...../.....

\_\_\_\_\_  
Assinatura do/a participante

\_\_\_\_\_  
Álvaro da Silva Santos  
(34) 999052831

\_\_\_\_\_  
Luan Augusto Alves Garcia  
(34) 992513976

Este documento deverá ser emitido em duas vias, uma para o participante e outra para o pesquisador.

Rubrica do participante	Data	Rubrica do pesquisador	Data

## ANEXOS

### ANEXO A - Avaliação dos Atributos da Atenção Primária - PCATool

Instrução: para todos os próximos itens utilize o cartão resposta. Basta marcar um X ou circular a opção que melhor se encaixa na pergunta, conforme modelo abaixo:

(4)	(3)	(2)	(1)	(9)
Com certeza Sim	Provavelmente Sim	Provavelmente Não	Com certeza Não	Não sei/Não em lembro

Por favor, indique a melhor opção.

#### A – ACESSO DE PRIMEIRO CONTATO – ACESSIBILIDADE

A1 – Seu serviço de saúde está aberto sábado ou domingo?

(4)	(3)	(2)	(1)	(9)
Com certeza Sim	Provavelmente Sim	Provavelmente Não	Com certeza Não	Não sei/Não em lembro

A2 - Seu serviço de saúde está aberto, pelo menos em alguns dias da semana até as 20 hs?

(4)	(3)	(2)	(1)	(9)
Com certeza Sim	Provavelmente Sim	Provavelmente Não	Com certeza Não	Não sei/Não em lembro

A3 – Quando seu serviço de saúde está aberto e algum paciente adoecer, alguém do seu serviço o atende no mesmo dia?

(4)	(3)	(2)	(1)	(9)
Com certeza Sim	Provavelmente Sim	Provavelmente Não	Com certeza Não	Não sei/Não em lembro

A4 – Quando o seu serviço de saúde está aberto, os pacientes conseguem aconselhamento rápido pelo telefone quando julgam ser necessário?

(4)	(3)	(2)	(1)	(9)
Com certeza Sim	Provavelmente Sim	Provavelmente Não	Com certeza Não	Não sei/Não em lembro

A5 – Quando seu serviço de saúde está fechado existe um número de telefone para o qual os pacientes possam ligar quando adoecem?

(4)	(3)	(2)	(1)	(9)
Com certeza	Provavelmente	Provavelmente	Com certeza	Não sei/Não
Sim	Sim	Não	Não	em lembro

A6. Quando seu serviço de saúde está fechado aos sábados e domingos e algum paciente seu fica doente, alguém do seu serviço o atende no mesmo dia?

(4)	(3)	(2)	(1)	(9)
Com certeza	Provavelmente	Provavelmente	Com certeza	Não sei/Não
Sim	Sim	Não	Não	em lembro

A7 – Quando seu serviço de saúde está fechado à noite e algum paciente fica doente, alguém de seu serviço o atende naquela noite?

(4)	(3)	(2)	(1)	(9)
Com certeza	Provavelmente	Provavelmente	Com certeza	Não sei/Não
Sim	Sim	Não	Não	em lembro

A8 – É fácil para um paciente conseguir marcar hora para uma consulta de revisão de saúde (consulta de rotina, check-up) no seu serviço de saúde?

(4)	(3)	(2)	(1)	(9)
Com certeza	Provavelmente	Provavelmente	Com certeza	Não sei/Não
Sim	Sim	Não	Não	em lembro

A9 – Na média, os pacientes têm de esperar mais de 30 minutos para serem atendidos pelo médico ou pelo enfermeiro (sem contar a triagem ou o acolhimento)?

(4)	(3)	(2)	(1)	(9)
Com certeza	Provavelmente	Provavelmente	Com certeza	Não sei/Não
Sim	Sim	Não	Não	em lembro

## B – LONGITUDINALIDADE

B1 – No seu serviço de saúde, os pacientes são sempre atendidos pelo mesmo médico/enfermeiro?

(4)	(3)	(2)	(1)	(9)
Com certeza	Provavelmente	Provavelmente	Com certeza	Não sei/Não
Sim	Sim	Não	Não	em lembro

B2 – Você consegue entender as perguntas que seus pacientes lhe fazem?

<b>(4)</b> Com certeza Sim	<b>(3)</b> Provavelmente Sim	<b>(2)</b> Provavelmente Não	<b>(1)</b> Com certeza Não	<b>(9)</b> Não sei/Não em lembro
----------------------------------	------------------------------------	------------------------------------	----------------------------------	--

B3 – Seus pacientes entendem o que você diz ou pergunta a eles?

<b>(4)</b> Com certeza Sim	<b>(3)</b> Provavelmente Sim	<b>(2)</b> Provavelmente Não	<b>(1)</b> Com certeza Não	<b>(9)</b> Não sei/Não em lembro
----------------------------------	------------------------------------	------------------------------------	----------------------------------	--

B4 – Se os pacientes têm uma pergunta, podem telefonar e falar com o médico ou enfermeiro que os conhece melhor?

<b>(4)</b> Com certeza Sim	<b>(3)</b> Provavelmente Sim	<b>(2)</b> Provavelmente Não	<b>(1)</b> Com certeza Não	<b>(9)</b> Não sei/Não em lembro
----------------------------------	------------------------------------	------------------------------------	----------------------------------	--

B5 – Você dá aos pacientes tempo suficiente para falarem sobre as suas preocupações ou problemas?

<b>(4)</b> Com certeza Sim	<b>(3)</b> Provavelmente Sim	<b>(2)</b> Provavelmente Não	<b>(1)</b> Com certeza Não	<b>(9)</b> Não sei/Não em lembro
----------------------------------	------------------------------------	------------------------------------	----------------------------------	--

B6 – Você acha que seus pacientes se sentem confortáveis ao lhe contar suas preocupações ou problemas?

<b>(4)</b> Com certeza Sim	<b>(3)</b> Provavelmente Sim	<b>(2)</b> Provavelmente Não	<b>(1)</b> Com certeza Não	<b>(9)</b> Não sei/Não em lembro
----------------------------------	------------------------------------	------------------------------------	----------------------------------	--

B7 – Você conhece mais seus pacientes como pessoa do que somente como alguém com um problema de saúde?

<b>(4)</b> Com certeza Sim	<b>(3)</b> Provavelmente Sim	<b>(2)</b> Provavelmente Não	<b>(1)</b> Com certeza Não	<b>(9)</b> Não sei/Não em lembro
----------------------------------	------------------------------------	------------------------------------	----------------------------------	--

B8 – Você sabe quem mora com cada um de seus pacientes?

<b>(4)</b> Com certeza Sim	<b>(3)</b> Provavelmente Sim	<b>(2)</b> Provavelmente Não	<b>(1)</b> Com certeza Não	<b>(9)</b> Não sei/Não em lembro
----------------------------------	------------------------------------	------------------------------------	----------------------------------	--

B9 – Você entende quais problemas são os mais importantes para os pacientes que você atende?

(4) Com certeza Sim	(3) Provavelmente Sim	(2) Provavelmente Não	(1) Com certeza Não	(9) Não sei/Não em lembro
---------------------------	-----------------------------	-----------------------------	---------------------------	---------------------------------

B10 – Você conhece o histórico de saúde completo de cada paciente?

(4) Com certeza Sim	(3) Provavelmente Sim	(2) Provavelmente Não	(1) Com certeza Não	(9) Não sei/Não em lembro
---------------------------	-----------------------------	-----------------------------	---------------------------	---------------------------------

B11 – Você sabe qual o trabalho ou emprego de cada paciente?

(4) Com certeza Sim	(3) Provavelmente Sim	(2) Provavelmente Não	(1) Com certeza Não	(9) Não sei/Não em lembro
---------------------------	-----------------------------	-----------------------------	---------------------------	---------------------------------

B12 – Você teria conhecimento caso seus pacientes não conseguissem as medicações prescritas ou tivessem dificuldades de pagar por elas?

(4) Com certeza Sim	(3) Provavelmente Sim	(2) Provavelmente Não	(1) Com certeza Não	(9) Não sei/Não em lembro
---------------------------	-----------------------------	-----------------------------	---------------------------	---------------------------------

B13 – Você sabe todos os medicamentos que seus pacientes estão tomando?

(4) Com certeza Sim	(3) Provavelmente Sim	(2) Provavelmente Não	(1) Com certeza Não	(9) Não sei/Não em lembro
---------------------------	-----------------------------	-----------------------------	---------------------------	---------------------------------

## C – COORDENAÇÃO – INTEGRAÇÃO DE CUIDADOS

C1 - Você tem conhecimento de todas as consultas que seus pacientes fazem a especialistas ou serviços especializados?

(4) Com certeza Sim	(3) Provavelmente Sim	(2) Provavelmente Não	(1) Com certeza Não	(9) Não sei/Não em lembro
---------------------------	-----------------------------	-----------------------------	---------------------------	---------------------------------

C2 – Quando seus pacientes necessitam um encaminhamento, você discute com os pacientes sobre diferentes serviços onde eles poderiam ser atendidos?

(4) Com certeza Sim	(3) Provavelmente Sim	(2) Provavelmente Não	(1) Com certeza Não	(9) Não sei/Não em lembro
---------------------------	-----------------------------	-----------------------------	---------------------------	---------------------------------

C3 – Alguém de seu serviço de saúde ajuda o paciente a marcar a consulta encaminhada?

(4) Com certeza Sim	(3) Provavelmente Sim	(2) Provavelmente Não	(1) Com certeza Não	(9) Não sei/Não em lembro
---------------------------	-----------------------------	-----------------------------	---------------------------	---------------------------------

C4 – Quando seus pacientes são encaminhados, você lhes fornece informação escrita para levar ao especialista ou serviço especializado?

(4) Com certeza Sim	(3) Provavelmente Sim	(2) Provavelmente Não	(1) Com certeza Não	(9) Não sei/Não em lembro
---------------------------	-----------------------------	-----------------------------	---------------------------	---------------------------------

C5 – Você recebe do especialista ou do serviço especializado informações úteis sobre o paciente encaminhado?

(4) Com certeza Sim	(3) Provavelmente Sim	(2) Provavelmente Não	(1) Com certeza Não	(9) Não sei/Não em lembro
---------------------------	-----------------------------	-----------------------------	---------------------------	---------------------------------

C6 – Após a consulta com o especialista ou serviço especializado, você fala com seu paciente sobre os resultados desta consulta?

(4) Com certeza Sim	(3) Provavelmente Sim	(2) Provavelmente Não	(1) Com certeza Não	(9) Não sei/Não em lembro
---------------------------	-----------------------------	-----------------------------	---------------------------	---------------------------------

## D – COORDENAÇÃO – SISTEMA DE INFORMAÇÕES

D1 – Você solicita aos pacientes que tragam seus registros médicos recebidos no passado (ex.: boletins de atendimento de emergência ou relatório hospitalar)?

(4) Com certeza Sim	(3) Provavelmente Sim	(2) Provavelmente Não	(1) Com certeza Não	(9) Não sei/Não em lembro
---------------------------	-----------------------------	-----------------------------	---------------------------	---------------------------------

D2 – Você permitiria aos pacientes examinar seus prontuários se assim quisessem?

(4) Com certeza Sim	(3) Provavelmente Sim	(2) Provavelmente Não	(1) Com certeza Não	(9) Não sei/Não em lembro
---------------------------	-----------------------------	-----------------------------	---------------------------	---------------------------------



D3 – Os prontuários do paciente estão disponíveis quando você os atende?

<b>(4)</b> Com certeza Sim	<b>(3)</b> Provavelmente Sim	<b>(2)</b> Provavelmente Não	<b>(1)</b> Com certeza Não	<b>(9)</b> Não sei/Não em lembro
----------------------------------	------------------------------------	------------------------------------	----------------------------------	--

**Você utiliza os seguintes métodos para assegurar que os serviços indicados estão sendo fornecidos?**

D4 – Fluxogramas dos resultados dos exames laboratoriais

<b>(4)</b> Com certeza Sim	<b>(3)</b> Provavelmente Sim	<b>(2)</b> Provavelmente Não	<b>(1)</b> Com certeza Não	<b>(9)</b> Não sei/Não em lembro
----------------------------------	------------------------------------	------------------------------------	----------------------------------	--

D5 – “Guidelines”/Protocolos impressos junto aos prontuários dos pacientes

<b>(4)</b> Com certeza Sim	<b>(3)</b> Provavelmente Sim	<b>(2)</b> Provavelmente Não	<b>(1)</b> Com certeza Não	<b>(9)</b> Não sei/Não em lembro
----------------------------------	------------------------------------	------------------------------------	----------------------------------	--

D6 – Auditorias periódicas dos prontuários médico

<b>(4)</b> Com certeza Sim	<b>(3)</b> Provavelmente Sim	<b>(2)</b> Provavelmente Não	<b>(1)</b> Com certeza Não	<b>(9)</b> Não sei/Não em lembro
----------------------------------	------------------------------------	------------------------------------	----------------------------------	--

D7 – Lista de problemas no prontuário dos pacientes

<b>(4)</b> Com certeza Sim	<b>(3)</b> Provavelmente Sim	<b>(2)</b> Provavelmente Não	<b>(1)</b> Com certeza Não	<b>(9)</b> Não sei/Não em lembro
----------------------------------	------------------------------------	------------------------------------	----------------------------------	--

D8 – Lista de medicamentos em uso no prontuários dos pacientes

<b>(4)</b> Com certeza Sim	<b>(3)</b> Provavelmente Sim	<b>(2)</b> Provavelmente Não	<b>(1)</b> Com certeza Não	<b>(9)</b> Não sei/Não em lembro
----------------------------------	------------------------------------	------------------------------------	----------------------------------	--

## E – INTEGRALIDADE – SERVIÇOS DISPONÍVEIS

Se um paciente tem necessidade de qualquer dos seguintes serviços poderia obtê-los no seu serviço de saúde?

E1 – Aconselhamento nutricional.

<b>(4)</b>	<b>(3)</b>	<b>(2)</b>	<b>(1)</b>	<b>(9)</b>
<b>Com certeza</b>	<b>Provavelmente</b>	<b>Provavelmente</b>	<b>Com certeza</b>	<b>Não sei/Não</b>
<b>Sim</b>	<b>Sim</b>	<b>Não</b>	<b>Não</b>	<b>em lembro</b>

E2 – Imunizações.

<b>(4)</b>	<b>(3)</b>	<b>(2)</b>	<b>(1)</b>	<b>(9)</b>
<b>Com certeza</b>	<b>Provavelmente</b>	<b>Provavelmente</b>	<b>Com certeza</b>	<b>Não sei/Não</b>
<b>Sim</b>	<b>Sim</b>	<b>Não</b>	<b>Não</b>	<b>em lembro</b>

E3 – Verificação se as famílias podem participar de algum programa ou benefício de assistência social.

<b>(4)</b>	<b>(3)</b>	<b>(2)</b>	<b>(1)</b>	<b>(9)</b>
<b>Com certeza</b>	<b>Provavelmente</b>	<b>Provavelmente</b>	<b>Com certeza</b>	<b>Não sei/Não</b>
<b>Sim</b>	<b>Sim</b>	<b>Não</b>	<b>Não</b>	<b>em lembro</b>

E4 – Avaliação da saúde bucal.

<b>(4)</b>	<b>(3)</b>	<b>(2)</b>	<b>(1)</b>	<b>(9)</b>
<b>Com certeza</b>	<b>Provavelmente</b>	<b>Provavelmente</b>	<b>Com certeza</b>	<b>Não sei/Não</b>
<b>Sim</b>	<b>Sim</b>	<b>Não</b>	<b>Não</b>	<b>em lembro</b>

E5 – Tratamento dentário.

<b>(4)</b>	<b>(3)</b>	<b>(2)</b>	<b>(1)</b>	<b>(9)</b>
<b>Com certeza</b>	<b>Provavelmente</b>	<b>Provavelmente</b>	<b>Com certeza</b>	<b>Não sei/Não</b>
<b>Sim</b>	<b>Sim</b>	<b>Não</b>	<b>Não</b>	<b>em lembro</b>

E6 – Planejamento familiar ou métodos anticoncepcionais.

<b>(4)</b>	<b>(3)</b>	<b>(2)</b>	<b>(1)</b>	<b>(9)</b>
<b>Com certeza</b>	<b>Provavelmente</b>	<b>Provavelmente</b>	<b>Com certeza</b>	<b>Não sei/Não</b>
<b>Sim</b>	<b>Sim</b>	<b>Não</b>	<b>Não</b>	<b>em lembro</b>

E7 – Aconselhamento ou tratamento para o uso prejudicial de drogas (lícitas ou ilícitas).

<b>(4)</b>	<b>(3)</b>	<b>(2)</b>	<b>(1)</b>	<b>(9)</b>
<b>Com certeza</b>	<b>Provavelmente</b>	<b>Provavelmente</b>	<b>Com certeza</b>	<b>Não sei/Não</b>
<b>Sim</b>	<b>Sim</b>	<b>Não</b>	<b>Não</b>	<b>em lembro</b>

E8 – Aconselhamento para problemas de saúde mental.

<b>(4)</b> Com certeza Sim	<b>(3)</b> Provavelmente Sim	<b>(2)</b> Provavelmente Não	<b>(1)</b> Com certeza Não	<b>(9)</b> Não sei/Não em lembro
----------------------------------	------------------------------------	------------------------------------	----------------------------------	--

E9 – Sutura de um corte que necessite de pontos.

<b>(4)</b> Com certeza Sim	<b>(3)</b> Provavelmente Sim	<b>(2)</b> Provavelmente Não	<b>(1)</b> Com certeza Não	<b>(9)</b> Não sei/Não em lembro
----------------------------------	------------------------------------	------------------------------------	----------------------------------	--

E10 – Aconselhamento e solicitação de teste anti-HIV.

<b>(4)</b> Com certeza Sim	<b>(3)</b> Provavelmente Sim	<b>(2)</b> Provavelmente Não	<b>(1)</b> Com certeza Não	<b>(9)</b> Não sei/Não em lembro
----------------------------------	------------------------------------	------------------------------------	----------------------------------	--

E11 – Identificação (Algum tipo de avaliação) de problemas auditivos (para escutar).

<b>(4)</b> Com certeza Sim	<b>(3)</b> Provavelmente Sim	<b>(2)</b> Provavelmente Não	<b>(1)</b> Com certeza Não	<b>(9)</b> Não sei/Não em lembro
----------------------------------	------------------------------------	------------------------------------	----------------------------------	--

E12 – Identificação (Algum tipo de avaliação) de problemas visuais (para enxergar).

<b>(4)</b> Com certeza Sim	<b>(3)</b> Provavelmente Sim	<b>(2)</b> Provavelmente Não	<b>(1)</b> Com certeza Não	<b>(9)</b> Não sei/Não em lembro
----------------------------------	------------------------------------	------------------------------------	----------------------------------	--

E13 – Colocação de tala (ex: para tornozelo torcido).

<b>(4)</b> Com certeza Sim	<b>(3)</b> Provavelmente Sim	<b>(2)</b> Provavelmente Não	<b>(1)</b> Com certeza Não	<b>(9)</b> Não sei/Não em lembro
----------------------------------	------------------------------------	------------------------------------	----------------------------------	--

E14 – Remoção de verrugas.

<b>(4)</b> Com certeza Sim	<b>(3)</b> Provavelmente Sim	<b>(2)</b> Provavelmente Não	<b>(1)</b> Com certeza Não	<b>(9)</b> Não sei/Não em lembro
----------------------------------	------------------------------------	------------------------------------	----------------------------------	--

E15 – Exame preventivo para câncer de colo de útero (Teste Papanicolau).

<b>(4)</b> Com certeza Sim	<b>(3)</b> Provavelmente Sim	<b>(2)</b> Provavelmente Não	<b>(1)</b> Com certeza Não	<b>(9)</b> Não sei/Não em lembro
----------------------------------	------------------------------------	------------------------------------	----------------------------------	--

E16 – Aconselhamento sobre como parar de fumar.

(4) Com certeza Sim	(3) Provavelmente Sim	(2) Provavelmente Não	(1) Com certeza Não	(9) Não sei/Não em lembro
---------------------------	-----------------------------	-----------------------------	---------------------------	---------------------------------

E17 – Cuidados pré-natais.

(4) Com certeza Sim	(3) Provavelmente Sim	(2) Provavelmente Não	(1) Com certeza Não	(9) Não sei/Não em lembro
---------------------------	-----------------------------	-----------------------------	---------------------------	---------------------------------

E18 – Remoção de unha encravada.

(4) Com certeza Sim	(3) Provavelmente Sim	(2) Provavelmente Não	(1) Com certeza Não	(9) Não sei/Não em lembro
---------------------------	-----------------------------	-----------------------------	---------------------------	---------------------------------

E19 – Orientações sobre cuidados em saúde caso o paciente fique incapacitado e não possa tomar decisões (ex: coma).

(4) Com certeza Sim	(3) Provavelmente Sim	(2) Provavelmente Não	(1) Com certeza Não	(9) Não sei/Não em lembro
---------------------------	-----------------------------	-----------------------------	---------------------------	---------------------------------

E20 – Aconselhamento sobre as mudanças que acontecem com o envelhecimento (ex: diminuição da memória, risco de cair).

(4) Com certeza Sim	(3) Provavelmente Sim	(2) Provavelmente Não	(1) Com certeza Não	(9) Não sei/Não em lembro
---------------------------	-----------------------------	-----------------------------	---------------------------	---------------------------------

E21 – Orientações sobre cuidados no domicílio para alguém da família do paciente como: curativos, troca de sondas, banho na cama.

(4) Com certeza Sim	(3) Provavelmente Sim	(2) Provavelmente Não	(1) Com certeza Não	(9) Não sei/Não em lembro
---------------------------	-----------------------------	-----------------------------	---------------------------	---------------------------------

E22 – Inclusão em programa de suplementação alimentar (ex: leite e alimentos).

(4) Com certeza Sim	(3) Provavelmente Sim	(2) Provavelmente Não	(1) Com certeza Não	(9) Não sei/Não em lembro
---------------------------	-----------------------------	-----------------------------	---------------------------	---------------------------------

## F – INTEGRALIDADE – SERVIÇOS PRESTADOS

Você atende a pacientes:

- 1- ( ) De todas as idades;
- 2- ( ) somente crianças e adolescentes (menores de 18 anos);
- 3- ( ) somente adultos;

*Se você atende todas as idades, por favor responda todas as perguntas desta seção (F1 a F15). Se você atende apenas crianças, por favor não responda as perguntas F4 a F13. Se você atende apenas adultos, por favor não responda as perguntas F14 a F15*

**Você discute os seguintes assuntos com seus pacientes ou seus responsáveis?**

F1 – Conselhos sobre alimentação saudável ou sobre dormir suficientemente.

(4)	(3)	(2)	(1)	(9)
Com certeza	Provavelmente	Provavelmente	Com certeza	Não sei/Não
Sim	Sim	Não	Não	em lembro

F2 – Segurança no lar, ex: como guardar medicamentos em segurança.

(4)	(3)	(2)	(1)	(9)
Com certeza	Provavelmente	Provavelmente	Com certeza	Não sei/Não
Sim	Sim	Não	Não	em lembro

F3 – Aconselhamento sobre o uso de cinto de segurança, assentos seguros para crianças ao andar de carro, evitar que crianças tenham queda de altura.

(4)	(3)	(2)	(1)	(9)
Com certeza	Provavelmente	Provavelmente	Com certeza	Não sei/Não
Sim	Sim	Não	Não	em lembro

**Você discute os seguintes assuntos com seus pacientes ou seus responsáveis?**

F4 – Maneiras de lidar com conflitos de família que podem surgir de vez em quando.

(4)	(3)	(2)	(1)	(9)
Com certeza	Provavelmente	Provavelmente	Com certeza	Não sei/Não
Sim	Sim	Não	Não	em lembro

F5 – Conselhos a respeito de exercícios físicos apropriados.

<b>(4)</b> Com certeza Sim	<b>(3)</b> Provavelmente Sim	<b>(2)</b> Provavelmente Não	<b>(1)</b> Com certeza Não	<b>(9)</b> Não sei/Não em lembro
----------------------------------	------------------------------------	------------------------------------	----------------------------------	--

F6 – Testes de sangue para verificar os níveis de colesterol.

<b>(4)</b> Com certeza Sim	<b>(3)</b> Provavelmente Sim	<b>(2)</b> Provavelmente Não	<b>(1)</b> Com certeza Não	<b>(9)</b> Não sei/Não em lembro
----------------------------------	------------------------------------	------------------------------------	----------------------------------	--

F7 – Verificar e discutir os medicamentos que o paciente está usando.

<b>(4)</b> Com certeza Sim	<b>(3)</b> Provavelmente Sim	<b>(2)</b> Provavelmente Não	<b>(1)</b> Com certeza Não	<b>(9)</b> Não sei/Não em lembro
----------------------------------	------------------------------------	------------------------------------	----------------------------------	--

F8 – Possíveis exposições a substâncias perigosas (ex: veneno para formiga/para rato, água sanitária), no lar, no trabalho, ou na vizinhança do paciente.

<b>(4)</b> Com certeza Sim	<b>(3)</b> Provavelmente Sim	<b>(2)</b> Provavelmente Não	<b>(1)</b> Com certeza Não	<b>(9)</b> Não sei/Não em lembro
----------------------------------	------------------------------------	------------------------------------	----------------------------------	--

F9 – Pergunta se o paciente tem uma arma de fogo e orienta como guardá-la com segurança.

<b>(4)</b> Com certeza Sim	<b>(3)</b> Provavelmente Sim	<b>(2)</b> Provavelmente Não	<b>(1)</b> Com certeza Não	<b>(9)</b> Não sei/Não em lembro
----------------------------------	------------------------------------	------------------------------------	----------------------------------	--

F10 – Como prevenir queimaduras causadas por água quente, óleo quente.

<b>(4)</b> Com certeza Sim	<b>(3)</b> Provavelmente Sim	<b>(2)</b> Provavelmente Não	<b>(1)</b> Com certeza Não	<b>(9)</b> Não sei/Não em lembro
----------------------------------	------------------------------------	------------------------------------	----------------------------------	--

F11 – Como prevenir quedas.

<b>(4)</b> Com certeza Sim	<b>(3)</b> Provavelmente Sim	<b>(2)</b> Provavelmente Não	<b>(1)</b> Com certeza Não	<b>(9)</b> Não sei/Não em lembro
----------------------------------	------------------------------------	------------------------------------	----------------------------------	--

F12 – Prevenção de osteoporose em mulheres.

(4) Com certeza Sim	(3) Provavelmente Sim	(2) Provavelmente Não	(1) Com certeza Não	(9) Não sei/Não em lembro
---------------------------	-----------------------------	-----------------------------	---------------------------	---------------------------------

F13 – Cuidado de problemas comuns relativos a menstruação ou a menopausa.

(4) Com certeza Sim	(3) Provavelmente Sim	(2) Provavelmente Não	(1) Com certeza Não	(9) Não sei/Não em lembro
---------------------------	-----------------------------	-----------------------------	---------------------------	---------------------------------

**Você discute os seguintes assuntos são discutidos com a criança e pais/responsável pelos cuidados de saúde da criança?**

F14 – Maneiras de lidar com os problemas de comportamento das crianças.

(4) Com certeza Sim	(3) Provavelmente Sim	(2) Provavelmente Não	(1) Com certeza Não	(9) Não sei/Não em lembro
---------------------------	-----------------------------	-----------------------------	---------------------------	---------------------------------

F15 – Mudanças do crescimento e desenvolvimento da criança esperadas para cada faixa etária.

(4) Com certeza Sim	(3) Provavelmente Sim	(2) Provavelmente Não	(1) Com certeza Não	(9) Não sei/Não em lembro
---------------------------	-----------------------------	-----------------------------	---------------------------	---------------------------------

F16 – Tópicos de segurança para crianças menores de 6 anos: ensiná-las a atravessar a rua e segurança e usar assentos de segurança para crianças nos carros

(4) Com certeza Sim	(3) Provavelmente Sim	(2) Provavelmente Não	(1) Com certeza Não	(9) Não sei/Não em lembro
---------------------------	-----------------------------	-----------------------------	---------------------------	---------------------------------

F17 – Tópicos de segurança para crianças entre 6 e 12 anos: manter distância das armas, usar cintos de segurança e usar capacetes (para ciclistas)

(4) Com certeza Sim	(3) Provavelmente Sim	(2) Provavelmente Não	(1) Com certeza Não	(9) Não sei/Não em lembro
---------------------------	-----------------------------	-----------------------------	---------------------------	---------------------------------

F18 - Tópicos de segurança para crianças acima de 12 anos: sexo seguro, dizer não às drogas, não beber e dirigir

(4) Com certeza Sim	(3) Provavelmente Sim	(2) Provavelmente Não	(1) Com certeza Não	(9) Não sei/Não em lembro
---------------------------	-----------------------------	-----------------------------	---------------------------	---------------------------------

## **G – ORIENTAÇÃO FAMILIAR**

G1 – Você pergunta aos pacientes quais suas ideias e opiniões ao planejar o tratamento e cuidado do paciente ou membro da família?

<b>(4)</b>	<b>(3)</b>	<b>(2)</b>	<b>(1)</b>	<b>(9)</b>
<b>Com certeza</b>	<b>Provavelmente</b>	<b>Provavelmente</b>	<b>Com certeza</b>	<b>Não sei/Não</b>
<b>Sim</b>	<b>Sim</b>	<b>Não</b>	<b>Não</b>	<b>em lembro</b>

G2 – Você pergunta sobre doenças e problemas de saúde que possam ocorrer nas famílias dos pacientes?

<b>(4)</b>	<b>(3)</b>	<b>(2)</b>	<b>(1)</b>	<b>(9)</b>
<b>Com certeza</b>	<b>Provavelmente</b>	<b>Provavelmente</b>	<b>Com certeza</b>	<b>Não sei/Não</b>
<b>Sim</b>	<b>Sim</b>	<b>Não</b>	<b>Não</b>	<b>em lembro</b>

G3 – Você está disposto e capaz de atender membros da família dos pacientes para discutir um problema de saúde ou problema familiar?

<b>(4)</b>	<b>(3)</b>	<b>(2)</b>	<b>(1)</b>	<b>(9)</b>
<b>Com certeza</b>	<b>Provavelmente</b>	<b>Provavelmente</b>	<b>Com certeza</b>	<b>Não sei/Não</b>
<b>Sim</b>	<b>Sim</b>	<b>Não</b>	<b>Não</b>	<b>em lembro</b>

**Os seguintes itens são incluídos como parte rotineira da sua avaliação em saúde?**

G4 – Uso de genogramas e/ou outros instrumentos de avaliação do funcionamento familiar

<b>(4)</b>	<b>(3)</b>	<b>(2)</b>	<b>(1)</b>	<b>(9)</b>
<b>Com certeza</b>	<b>Provavelmente</b>	<b>Provavelmente</b>	<b>Com certeza</b>	<b>Não sei/Não</b>
<b>Sim</b>	<b>Sim</b>	<b>Não</b>	<b>Não</b>	<b>em lembro</b>

G5 – Discussão sobre fatores de risco familiares (Ex.: genéticos)

<b>(4)</b>	<b>(3)</b>	<b>(2)</b>	<b>(1)</b>	<b>(9)</b>
<b>Com certeza</b>	<b>Provavelmente</b>	<b>Provavelmente</b>	<b>Com certeza</b>	<b>Não sei/Não</b>
<b>Sim</b>	<b>Sim</b>	<b>Não</b>	<b>Não</b>	<b>em lembro</b>

G6 – Discussão sobre recursos econômicos da família dos pacientes

<b>(4)</b>	<b>(3)</b>	<b>(2)</b>	<b>(1)</b>	<b>(9)</b>
<b>Com certeza</b>	<b>Provavelmente</b>	<b>Provavelmente</b>	<b>Com certeza</b>	<b>Não sei/Não</b>
<b>Sim</b>	<b>Sim</b>	<b>Não</b>	<b>Não</b>	<b>em lembro</b>

G7 – Discussão sobre fatores de risco sociais (Ex.: perda de emprego)



<b>(4)</b> Com certeza Sim	<b>(3)</b> Provavelmente Sim	<b>(2)</b> Provavelmente Não	<b>(1)</b> Com certeza Não	<b>(9)</b> Não sei/Não em lembro
----------------------------------	------------------------------------	------------------------------------	----------------------------------	--

G8 – Discussão sobre condições de vida (Ex.: refrigerador em condições de funcionamento)

<b>(4)</b> Com certeza Sim	<b>(3)</b> Provavelmente Sim	<b>(2)</b> Provavelmente Não	<b>(1)</b> Com certeza Não	<b>(9)</b> Não sei/Não em lembro
----------------------------------	------------------------------------	------------------------------------	----------------------------------	--

G9 – Discussão sobre o estado de saúde de outros membros da família

<b>(4)</b> Com certeza Sim	<b>(3)</b> Provavelmente Sim	<b>(2)</b> Provavelmente Não	<b>(1)</b> Com certeza Não	<b>(9)</b> Não sei/Não em lembro
----------------------------------	------------------------------------	------------------------------------	----------------------------------	--

G10 – Discussão sobre as funções parentais

<b>(4)</b> Com certeza Sim	<b>(3)</b> Provavelmente Sim	<b>(2)</b> Provavelmente Não	<b>(1)</b> Com certeza Não	<b>(9)</b> Não sei/Não em lembro
----------------------------------	------------------------------------	------------------------------------	----------------------------------	--

G11 – Avaliação dos sinais de abuso infantil

<b>(4)</b> Com certeza Sim	<b>(3)</b> Provavelmente Sim	<b>(2)</b> Provavelmente Não	<b>(1)</b> Com certeza Não	<b>(9)</b> Não sei/Não em lembro
----------------------------------	------------------------------------	------------------------------------	----------------------------------	--

G12 – Avaliação dos sinais de crise familiar

<b>(4)</b> Com certeza Sim	<b>(3)</b> Provavelmente Sim	<b>(2)</b> Provavelmente Não	<b>(1)</b> Com certeza Não	<b>(9)</b> Não sei/Não em lembro
----------------------------------	------------------------------------	------------------------------------	----------------------------------	--

G13 – Avaliação do impacto da saúde do paciente sobre o funcionamento da família

<b>(4)</b> Com certeza Sim	<b>(3)</b> Provavelmente Sim	<b>(2)</b> Provavelmente Não	<b>(1)</b> Com certeza Não	<b>(9)</b> Não sei/Não em lembro
----------------------------------	------------------------------------	------------------------------------	----------------------------------	--

G14 – Avaliação do nível de desenvolvimento familiar

<b>(4)</b> Com certeza Sim	<b>(3)</b> Provavelmente Sim	<b>(2)</b> Provavelmente Não	<b>(1)</b> Com certeza Não	<b>(9)</b> Não sei/Não em lembro
----------------------------------	------------------------------------	------------------------------------	----------------------------------	--

## H – ORIENTAÇÃO COMUNITÁRIA

H1 – Você ou alguém do seu serviço de saúde faz visitas domiciliares?

(4) Com certeza Sim	(3) Provavelmente Sim	(2) Provavelmente Não	(1) Com certeza Não	(9) Não sei/Não em lembro
---------------------------	-----------------------------	-----------------------------	---------------------------	---------------------------------

H2 – Você crê que seu serviço de saúde tem conhecimento adequado dos problemas de saúde da comunidade que atende?

(4) Com certeza Sim	(3) Provavelmente Sim	(2) Provavelmente Não	(1) Com certeza Não	(9) Não sei/Não em lembro
---------------------------	-----------------------------	-----------------------------	---------------------------	---------------------------------

H3 – Seu serviço de saúde ouve opiniões e ideias da comunidade de como melhorar os serviços de saúde?

(4) Com certeza Sim	(3) Provavelmente Sim	(2) Provavelmente Não	(1) Com certeza Não	(9) Não sei/Não em lembro
---------------------------	-----------------------------	-----------------------------	---------------------------	---------------------------------

H4 – No seu serviço de saúde podem ser adaptados serviços ou programas em resposta a problemas específicos se saúde da comunidade?

(4) Com certeza Sim	(3) Provavelmente Sim	(2) Provavelmente Não	(1) Com certeza Não	(9) Não sei/Não em lembro
---------------------------	-----------------------------	-----------------------------	---------------------------	---------------------------------

**No seu serviços de saúde, os seguintes tipos de dados são utilizados para determinar quais os programas ou serviços são necessários à comunidade atendida?**

H5 – Informações de mortalidade (dados sobre óbitos)

(4) Com certeza Sim	(3) Provavelmente Sim	(2) Provavelmente Não	(1) Com certeza Não	(9) Não sei/Não em lembro
---------------------------	-----------------------------	-----------------------------	---------------------------	---------------------------------

H6 – Dados de doenças de notificação compulsória (Ex; DST's, TB)

(4) Com certeza Sim	(3) Provavelmente Sim	(2) Provavelmente Não	(1) Com certeza Não	(9) Não sei/Não em lembro
---------------------------	-----------------------------	-----------------------------	---------------------------	---------------------------------

H7 – Taxas de imunizações da comunidade

(4) Com certeza Sim	(3) Provavelmente Sim	(2) Provavelmente Não	(1) Com certeza Não	(9) Não sei/Não em lembro
---------------------------	-----------------------------	-----------------------------	---------------------------	---------------------------------

H8 – Dados secundários sobre saúde e riscos ocupacionais

(4) Com certeza Sim	(3) Provavelmente Sim	(2) Provavelmente Não	(1) Com certeza Não	(9) Não sei/Não em lembro
---------------------------	-----------------------------	-----------------------------	---------------------------	---------------------------------

H9 – Informações clínicas do próprio serviço (Ex.: número de gestantes, número de pacientes hipertensos, número de pacientes com TB)

(4) Com certeza Sim	(3) Provavelmente Sim	(2) Provavelmente Não	(1) Com certeza Não	(9) Não sei/Não em lembro
---------------------------	-----------------------------	-----------------------------	---------------------------	---------------------------------

**No seu serviço de saúde os seguintes métodos são utilizados para monitorar e/ou avaliar a efetividade dos serviços ou programas?**

H10 – Pesquisas com os seus pacientes

(4) Com certeza Sim	(3) Provavelmente Sim	(2) Provavelmente Não	(1) Com certeza Não	(9) Não sei/Não em lembro
---------------------------	-----------------------------	-----------------------------	---------------------------	---------------------------------

H11 – Pesquisas na comunidade

(4) Com certeza Sim	(3) Provavelmente Sim	(2) Provavelmente Não	(1) Com certeza Não	(9) Não sei/Não em lembro
---------------------------	-----------------------------	-----------------------------	---------------------------	---------------------------------

H12 – Feedback (retorno das informações) de organizações comunitárias ou conselhos gestores de saúde

(4) Com certeza Sim	(3) Provavelmente Sim	(2) Provavelmente Não	(1) Com certeza Não	(9) Não sei/Não em lembro
---------------------------	-----------------------------	-----------------------------	---------------------------	---------------------------------

H13 - Feedback (retorno das informações) da equipe de saúde

(4) Com certeza Sim	(3) Provavelmente Sim	(2) Provavelmente Não	(1) Com certeza Não	(9) Não sei/Não em lembro
---------------------------	-----------------------------	-----------------------------	---------------------------	---------------------------------

H14 – Análise dos dados de saúde locais ou estatística vitais

(4) Com certeza Sim	(3) Provavelmente Sim	(2) Provavelmente Não	(1) Com certeza Não	(9) Não sei/Não em lembro
---------------------------	-----------------------------	-----------------------------	---------------------------	---------------------------------

H15 – Avaliações sistemáticas de seus programas e serviços prestados

(4) Com certeza Sim	(3) Provavelmente Sim	(2) Provavelmente Não	(1) Com certeza Não	(9) Não sei/Não em lembro
---------------------------	-----------------------------	-----------------------------	---------------------------	---------------------------------

H16 – Atuação dos Agentes Comunitários de Saúde

(4) Com certeza Sim	(3) Provavelmente Sim	(2) Provavelmente Não	(1) Com certeza Não	(9) Não sei/Não em lembro
---------------------------	-----------------------------	-----------------------------	---------------------------	---------------------------------

H17 – Presença dos usuários no Conselho Local de Saúde (Conselho Gestor/Conselho de Usuários) ou Conselho Distrital de Saúde

(4) Com certeza Sim	(3) Provavelmente Sim	(2) Provavelmente Não	(1) Com certeza Não	(9) Não sei/Não em lembro
---------------------------	-----------------------------	-----------------------------	---------------------------	---------------------------------

**No seu serviço de saúde as seguintes atividades são utilizadas para alcançar as populações da comunidade atendida?**

H18 – Atuar em rede com agências estatais e locais envolvidas com grupos culturalmente diversos

(4) Com certeza Sim	(3) Provavelmente Sim	(2) Provavelmente Não	(1) Com certeza Não	(9) Não sei/Não em lembro
---------------------------	-----------------------------	-----------------------------	---------------------------	---------------------------------

H19 – Vínculos com os serviços/organizações religiosas

(4) Com certeza Sim	(3) Provavelmente Sim	(2) Provavelmente Não	(1) Com certeza Não	(9) Não sei/Não em lembro
---------------------------	-----------------------------	-----------------------------	---------------------------	---------------------------------

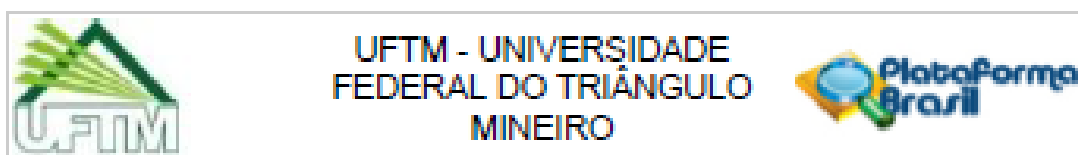
H20 – Envolvimento com associações de moradores/lideranças comunitárias

(4) Com certeza Sim	(3) Provavelmente Sim	(2) Provavelmente Não	(1) Com certeza Não	(9) Não sei/Não em lembro
---------------------------	-----------------------------	-----------------------------	---------------------------	---------------------------------

H21 – Agentes Comunitários de Saúde ou membros do Conselho Local de Saúde  
(Conselho Gestor/Conselho de Usuários) ou Conselho Distrital de Saúde

<b>(4)</b> <b>Com certeza</b> <b>Sim</b>	<b>(3)</b> <b>Provavelmente</b> <b>Sim</b>	<b>(2)</b> <b>Provavelmente</b> <b>Não</b>	<b>(1)</b> <b>Com certeza</b> <b>Não</b>	<b>(9)</b> <b>Não sei/Não</b> <b>em lembro</b>
--	--	--	--	--

## ANEXO B – Parecer Consubstanciado do CEP



**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP**

**DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

**Título da Pesquisa:** A ATENÇÃO AO IDOSO NOS TERRITÓRIOS DE EQUIPES SAÚDE DA FAMÍLIA: ATRIBUTOS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA E INTERSETORIALIDADE

**Pesquisador:** Álvaro da Silva Santos

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 29253020.3.0000.5154

**Instituição Proponente:** Universidade Federal do Triângulo Mineiro

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

**DADOS DO PARECER**

**Número do Parecer:** 3.914.497

**Apresentação do Projeto:**

As informações elencadas nos campos "Apresentação do Projeto", "Objetivo da Pesquisa" e "Avaliação dos Riscos e Benefícios" foram retiradas do arquivo Informações Básicas da Pesquisa (PB\_INFORMAÇÕES\_BÁSICAS\_DO\_PROJETO, de 19/02/2020) e do Projeto Detalhado (Nome\_do\_arquivo, de 13/02/2020).

O envelhecimento populacional é um fenômeno mundial e gera consequências diretas nas políticas públicas por requerer ampla gama de oferta de serviços e abordagem intersetorial. No cenário brasileiro, o acesso universal aos serviços de saúde por meio do Sistema Único de Saúde (SUS) tem possibilitado o atendimento das demandas dos idosos pela ampla rede de instituições. A Atenção Primária à Saúde (APS) se constitui como nível ordenador dos demais níveis assistenciais e porta de entrada ao SUS. A APS pode ser avaliada pela existência de quatro atributos essenciais - acesso de primeiro contato do usuário com o sistema de saúde, longitudinalidade, integralidade e coordenação da atenção - e três atributos derivados - orientação familiar, orientação comunitária e competência cultural. A integralidade se refere à garantia de oferta de ações de promoção e prevenção, atenção nos três níveis de complexidade da assistência, articulação das ações de promoção, proteção e prevenção e abordagem

integral do indivíduo e das famílias. Neste contexto de envelhecimento populacional e reordenamento do modelo de atenção à saúde por meio da atenção primária, o objetivo geral da pesquisa é analisar o modo como trabalhadores de equipes saúde da família avaliam os atributos

Endereço: Rua Conde Prados, 191

Bairro: Nossa Sra. Abadia

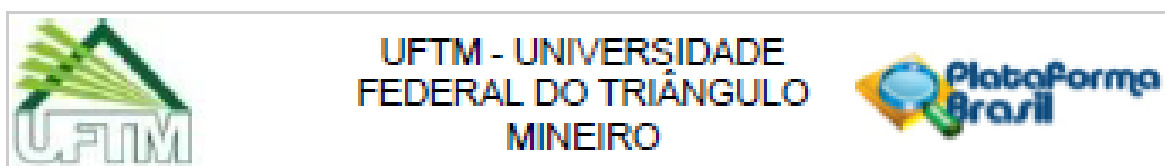
UF: MG

Município: UBERABA

CEP: 38.025-260

Telefone: (34)3700-6803

E-mail: cep@uftm.edu.br



Continuação do Parecer: 3214-497

Outros	ANEXO_B_PCATool.docx	15:56:53	Querino	Aceito
Outros	ANEXO_A_QUESTIONARIO_ESF.docx	13/02/2020 15:56:36	Rosimár Alves Querino	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_RECursos_COMUNITARIOS.docx	13/02/2020 15:56:04	Rosimár Alves Querino	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_EQUIPES_SAÚDE_FAMILIA.docx	13/02/2020 15:55:46	Rosimár Alves Querino	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	formulariocep.docx	13/02/2020 15:55:27	Rosimár Alves Querino	Aceito
Folha de Rosto	Folha_Rosto_Assinada.pdf	13/02/2020 15:54:56	Rosimár Alves Querino	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

UBERABA, 13 de Março de 2020

Assinado por:

Alessandra Cavalcanti de Albuquerque e Souza  
(Coordenador(a))

Endereço: Rua Conde Prados, 191

Bairro: Nossa Sra. Abadia

CEP: 38.025-260

UF: MG

Município: UBERABA

Telefone: (34)3700-6903

E-mail: cep@uftm.edu.br

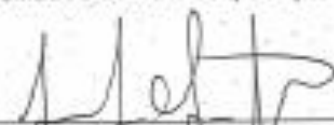
## ANEXO C – Autorização da Secretaria de Saúde




Universidade Federal do Triângulo Mineiro  
 Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu em Atenção à Saúde - PPGAS  
 Av. Getúlio Vargas nº 107 - Bairro Abadia Uberaba/MG - CEP: 38025-440  
 Telefone: (34)3700-6607 E-mail: aec.ppgas@uftm.edu.br

### Declaração de coparticipação em pesquisa

1. Declara-se para os devidos fins, que a instituição Secretaria Municipal de Saúde, situada na Avenida Guilherme Ferreira, 1539 – CEP 38022-200 - Uberaba/MG, registrada sob o CNPJ 18428839-0001-90, na figura do responsável Iraci José de Souza Neto consente em participar como instituição coparticipante da pesquisa "A atenção ao idoso nos territórios de equipes saúde da família: atributos da atenção primária e intersetorialidade" sob responsabilidade de Álvaro da Silva Santos.
2. A Instituição autoriza que os pesquisadores Luan Augusto Alves Garcia e Rosimár Alves Querino adentrem nas dependências da instituição para realização de entrevistas com os profissionais pertencentes à Atenção Primária à Saúde no período de março de 2020 a dezembro de 2021.
3. Como instituição coparticipante a Secretaria Municipal de Saúde garante possuir infraestrutura para realização segura da pesquisa em suas dependências e que somente autorizará o início da pesquisa após os pesquisadores envolvidos na pesquisa apresentarem o parecer de aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Instituição Proponente – Universidade Federal do Triângulo Mineiro, comprovando que a pesquisa atende as exigências éticas contidas na Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde.
4. Finalmente, a Instituição Coparticipante autoriza a realização da pesquisa e a assunção da corresponsabilidade com as etapas que ocorrerem nesta.

  
 Iraci José de Souza Neto  
 Secretário Municipal de Saúde  
 (34) 3331-2732

  
 Álvaro da Silva Santos  
 Pesquisador responsável  
 (34) 999052831

Uberaba-MG, 11 de novembro de 2019.