

**REDE NORDESTE DE FORMAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA
UNIVERSIDADE ESTADUAL VALE DO ACARAÚ
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA**

SVETLANA COELHO MARTINS

**AVALIAÇÃO DA LONGITUDINALIDADE DO CUIDADO AO IDOSO NA
ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA DA REGIONAL DE SAÚDE SUL DE
TERESINA-PIAUI**

SOBRAL-CEARÁ

2014

SVETLANA COELHO MARTINS

**AVALIAÇÃO DA LONGITUDINALIDADE DO CUIDADO AO IDOSO NA
ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA DA REGIONAL DE SAÚDE SUL DE
TERESINA-PIAUI**

Dissertação apresentada ao Mestrado Profissional em Saúde da Família da Rede Nordeste em Saúde da Família, Nucleadora Universidade Estadual Vale do Acaraú, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Saúde da Família, modalidade Profissional.

Orientadora: Profa. Dra. Cibelly Aliny Siqueira Lima Freitas.

SOBRAL-CEARÁ

2014

M346a Martins, Svetlana Coelho

Avaliação da longitudinalidade do cuidado ao idoso na estratégia saúde da família da Regional de Saúde Sul de Teresina - Piauí / Svetlana Coelho Martins. -- Sobral, 2014.

110 f.

Orientadora: Dra. Cibelly Aliny Siqueira Lima Freitas

Dissertação (mestrado) – Universidade Estadual Vale do Acaraú / Centro de Ciências da Saúde / Mestrado Profissional em Saúde da Família da Rede Nordeste em Saúde da Família, 2014.

1. Saúde do Idoso. 2. Estratégia Saúde da Família. 3. Avaliação serviços de saúde. I. Freitas, Cibelly Aliny Siqueira Lima. II. Universidade Estadual Vale do Acaraú, Centro de Ciências da Saúde. IV. Título.

CDD 610

**AVALIAÇÃO DA LONGITUDINALIDADE DO CUIDADO AO
IDOSO NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA DA REGIONAL
SUL DE TERESINA- PIAUÍ**

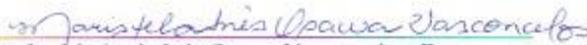
SVETLANA COELHO MARTINS

Trabalho de Conclusão de Mestrado aprovado em de 2014, pela banca
examinadora constituída dos seguintes membros:

BANCA EXAMINADORA



Profª. Cibelly Aliny Siqueira Lima Freitas, Dra.
Presidente
RENASF/UVA



Profª. Maristela Inês Osawa Vasconcelos, Dra.
1º Examinador
RENASF/UVA



Profª. Antonia Eliane de Araújo Aragão, Dra.
2º Examinador
Faculdades INTA

À minha família nuclear: meu esposo
Jonas Alves, meu filho João Antônio e meu
irmão João Paulo, pelo incentivo e pela
tolerância às minhas ausências.

AGRADECIMENTOS

À Deus, que preparou tudo na minha vida desde quando eu era somente um embrião, inclusive todas as circunstâncias e as pessoas que me ajudaram quando havia apenas a intenção em realizar o mestrado. Obrigada, Senhor, por também me dar força, coragem, ânimo e determinação para conclusão deste trabalho.

À minha família nuclear: meu esposo Jonas Alves, meu filho João Antônio e meu irmão João Paulo, pelo incentivo e pela tolerância às minhas ausências.

À professora e orientadora Dra. Cibelly Aliny Siqueira Lima Freitas, pelo apoio, incentivo, dedicação e compromisso que sempre demonstrou para comigo, e todo o seu empenho dedicado à elaboração desta pesquisa. Obrigada, amada mestre!

À professora Maristela Inês Osawa Chagas, por acreditar na minha intenção em realizar o mestrado por ocasião da seleção, pelas valiosas contribuições e sugestões para a elaboração deste trabalho desde a qualificação, e pela coordenação do mestrado.

À professora Antonia Eliane de Araújo Aragão, por ter aceitado nosso convite, bem como pelas contribuições para a melhoria desta pesquisa.

A todos os professores do curso, que facilitaram de alguma forma a produção do conhecimento da turma e me possibilitaram a aproximação com o objeto de estudo.

À minha turma do mestrado, aprendemos muito uns com os outros. Meu muito obrigada aos meus colegas de grupo de estudo Elayne, Janice, Jeová e minhas colegas de quarto Gracyanne e Vanessa.

À Fundação Municipal de Saúde de Teresina, pelo apoio institucional e pelas facilidades oferecidas.

À amiga Conceição Brito pelo incentivo e por ter sido um instrumento para que um dos planos de Deus se realizasse na minha vida: cursar o Mestrado Profissional em Saúde da Família na Universidade Vale do Acaraú.

À professora Cintia Almeida da Faculdade Santo Agostinho, pelo apoio e dedicação na coleta de dados, juntamente com as acadêmicas Dayanne e Jéssica

Aos colegas apoiadores institucionais da Diretoria Regional de Saúde, da Fundação Municipal de Saúde, pelo respeito, apoio e compreensão em minhas ausências.

Aos profissionais e idosos sujeitos do estudo, pelo tempo concedido durante a coleta de dados, e pela disposição em participar da pesquisa.

RESUMO

Considerando a complexidade dos problemas apresentados pela população idosa no âmbito da Estratégia Saúde da Família (ESF) e o desafio de desenvolver a avaliação em saúde foi realizado um estudo com o objetivo de avaliar as características estruturais e processuais, bem como os resultados da longitudinalidade do cuidado ao idoso na Estratégia Saúde da Família em Teresina-PI. Trata-se de um estudo avaliativo-descritivo e documental com abordagem quantitativa a partir do modelo sistêmico proposto por Donabedian (2003), apoiado no referencial teórico de Starfield (2002) para o termo longitudinalidade. A pesquisa foi realizada em Teresina –PI na zona urbana da Diretoria Regional de Saúde Sul em duas etapas, onde a primeira ocorreu de novembro a dezembro/2013 por meio de entrevista com os profissionais da ESF e os coordenadores das Unidades Básicas de Saúde e, a segunda aconteceu nos meses de janeiro e fevereiro/2014, com os usuários idosos. Foram entrevistados 385 usuários idosos com 60 anos ou mais, 21 enfermeiros(as), 18 médicos(as) das equipes de saúde da família e 23 coordenadores das Unidades Básicas de Saúde (UBS). Os usuários idosos e os profissionais contribuíram para investigação dos componentes estrutura, processo e resultados e os coordenadores, para investigação do componente estrutura e processo. Os instrumentos aplicados aos profissionais e aos usuários idosos foram adaptados de um roteiro com quinze perguntas proposto por Cunha e Giovanella (2011) para investigação da longitudinalidade. Aos coordenadores das UBS foi aplicado um formulário construído com base no estudo de Cunha e Giovanella (2011) para investigação da longitudinalidade, no que se refere somente à continuidade informacional e na ferramenta AMAQ- dimensão Unidade Básica de Saúde. Os formulários foram organizados em respostas fechadas em escala tipo Likert. Para a análise e interpretação dos resultados, foi elaborado um banco de dados em meio eletrônico inicialmente na planilha *Microsoft Excel* e, posteriormente, exportados para o Programa IBM/SPSS versão 21.0, no qual os dados foram processados. Utilizamos a estatística descritiva e indutiva para análise dos dados, partindo da construção de tabelas com as médias (\bar{X}) dos valores dos escores obtidos das respostas e do Erro Padrão da Média (EP). A estrutura recebeu média geral ($\bar{X} = 4,94$), o processo ($\bar{X} = 5,52$) e os resultados ($\bar{X} = 5,61$). Há fatores limitantes na estrutura para ofertar o cuidado longitudinal como infraestrutura física inadequada para o acolhimento ao usuário idoso e a rotatividade dos médicos, no entanto, a continuidade informacional obteve médias gerais que relacionam a um alto nível de extensão desta dimensão da longitudinalidade do cuidado. Os usuários idosos valorizam a ESF, pois atribuíram *quase sempre* ($\bar{X} = 5,52/EP = 0,04$) a maioria das variáveis que compõem a dimensão relação interpessoal. Não houve diferença estatisticamente significativa entre os médicos e enfermeiros quanto à dimensão relação interpessoal a qual opinaram *quase sempre* ($\bar{X} = 5,53/EP = 0,07$). O estudo sugere que é preciso superar os limites estruturais no contexto da ESF da Regional sul de Teresina, que não diferem da maioria do contexto nacional e continuar com a expansão da ESF nos grandes centros urbanos, pois a ESF pode garantir uma alta extensão da longitudinalidade do cuidado ao idoso como encontrada em Teresina-PI.

Palavras-chave: Longitudinalidade. Saúde do idoso. Avaliação de serviços de saúde. Estratégia Saúde da Família.

ABSTRACT

Considering the complexity of the problems presented by the elderly population within the ambit of the Health of the elderly (ESF) and the challenge of developing a assessment of health services study was conducted to evaluate the structure and process characteristics and the outcomes of longitudinality of elderly care in the Family Health Strategy in Teresina-PI. This is an evaluative-descriptive and documental study with a quantitative approach from the systemic model proposed by Donabedian (2003), supported theoretical reference term longitudinality by Starfield's (2002). The survey was conducted in the urban area of the South Regional Directorate for Health in the capital Teresina. Data were collected in two stages, the first one occurred in the period from November to December 2013 and interviews with professionals from the ESF and the coordinators of UBS were performed and the second one, with elderly users, and it occurred in January and February 2014. 385 elderly users were interviewed aged 60 and over, 21 nurses, and 18 physicians of Family Health teams, and 23 coordinators of UBS. The elderly users and professionals contributed to investigation of the components: structure, process and outcomes and the coordinators, the components structure. The instruments applied to professionals and elderly users were adapted from a series of fifteen questions proposed by Cunha and Giovanella (2011) to investigate longitudinality. To the coordinators of UBS, a form built on the study of Cunha and Giovanella (2011) was used to investigate longitudinality, regarding only the continuity and informational tool AMAQ - dimension Basic Health Unit. Standards forms were arranged in closed Likert scale responses. For analysis and interpretation of results the database was created electronically first on Microsoft Excel worksheet and then exported to the IBM Program / SPSS version 21.0, in which data were processed. Descriptive and inductive statistics was used to analyze data, starting from the construction of tables with the (\bar{X}) average of the values of the scores and the Standard Error of Mean (PE). Structure received overall average (\bar{X} =4.94), the process (\bar{X} = 5.52) and the results (\bar{X} =5.61). There are limiting factors in the structure to offer the longitudinal care as inadequate physical infrastructure for accommodating the elderly user and turnover of doctors, however informational continuity achieved overall averages that relate to a high-level extension of this dimension of longitudinality care. Elderly users value the ESF as attributed *almost always* (\bar{X} = 5.52 / EP = 0,04) most of the variables that make up the interpersonal relationship dimension. There was no statistically significant difference between physicians and nurses as the interpersonal relationship dimension opined that *almost always* (\bar{X} = 5.53 / EP = 0,07). The study suggests that it is necessary to overcome structural limitations in the context of ESF in Teresina, which does not differ from most in the national context and continue with the expansion of the ESF in large urban centers, inasmuch as ESF can ensure a high extent of longitudinality of the care for elderly people as it was found in Teresina-PI.

Key words: Longitudinalitycare. Health of the elderly. Assessment of health services. Family Health Strategy.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB	Atenção Básica
ACS	Agente Comunitário de Saúde
AMAQ	Autoavaliação para Melhoria do acesso e da Qualidade da Atenção Básica
APS	Atenção Primária a Saúde
COAP	Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde
CBAF	Componente Básico da Assistência Farmacêutica
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CONASEMS	Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde
DATASUS	Departamento de Informática do SUS
DRS	Diretorias Regionais de Saúde
ELB	Estudos de Linhas de Base
EPI	Equipamento de Proteção Individual
ESF	Estratégia de Saúde da Família
FMS	Fundação Municipal de Saúde
FSA	Faculdade Santo Agostinho
HPP	Hospital de Pequeno Porte
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
MS	Ministério da Saúde
NOAS	Norma Operacional da Assistência à Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
PAS	Programação Anual de Saúde
PAVS	Programação das Ações de Vigilância em Saúde
PCATool	Primary Care Assessment Tool (Instrumento de Avaliação da Atenção)
PMAQ	Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNAD	Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios
PNASS	Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde

PNEI	Programa Nacional de Imunização
PROESF	Projeto de Expansão e Consolidação da Saúde da Família
RAGS	Relatório Anual de Gestão
SAI	Sistema de Atendimento Ambulatorial
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS	Unidade Básica de Saúde
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para a Infância
UPA	Unidade de Pronto Atendimento

LISTA DE FIGURAS

Figura 1	– Delineamento da pesquisa, Teresina-PI, 2013	43
Figura 2	– Mapa das Diretorias Regionais de Saúde, Teresina-PI, 2013	44
Figura 3	– Territórios da DRS-Sul, Teresina-PI, 2014	45

LISTA DE QUADROS

Quadro 1	–	Escores para as respostas do formulário de pesquisa	50
Quadro 2	–	Equivalência da média \bar{x} escores obtidos e conceitos adotados na pesquisa	53
Quadro 3	–	Ações para a Saúde do Idoso Propostas na Programação Anual de Saúde de Teresina para 2013	71
Quadro 4	–	Médias gerais de cada dimensão da longitudinalidade do cuidado ao Idoso relacionadas à estrutura, processo e resultados, Teresina-PI, nov./dez. 2013 e jan./fev. 2014	74

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	– Perfil socioeducacional dos médicos e enfermeiros da DRS-SUL, Teresina-PI, jan./fev. 2013	56
Tabela 2	– Infraestrutura e equipamentos, Teresina-PI, nov./dez. 2013	57
Tabela 3	– Estrutura / insumos, Teresina-PI, nov./dez. 2013	58
Tabela 4	– Relação interpessoal na perspectiva dos médicos e enfermeiros, Teresina-PI, nov./dez. 2013	60
Tabela 5	– Relação interpessoal na perspectiva dos usuários por território, Teresina-PI, jan./fev. 2014	61
Tabela 6	– Continuidade Informacional na perspectiva dos coordenadores das UBS, Teresina-PI, nov./dez. 2013	62
Tabela 7	– Continuidade informacional nas perspectivas dos médicos e enfermeiros, Teresina-PI, nov./dez. 2013	63
Tabela 8	– Continuidade informacional na perspectiva dos usuários por território, Teresina-PI, jan./fev. 2014	65
Tabela 9	– Reconhecimento da UBS para resolver antigos e novos problemas de saúde na perspectiva dos usuários idosos por território e sexo, Teresina-PI, jan./fev. 2014	67
Tabela 10	– População idosa cadastrada e média de consultas médicas no período de 2011 a 2013 SIAB/DRS-SUL, Teresina-PI, fev. 2014	67
Tabela 11	– Reconhecimento da UBS pela população para resolver antigos e novos problemas de saúde na perspectiva dos profissionais, Teresina-PI, nov./dez. 2013	68
Tabela 12	– Identificação da equipe responsável pela família na perspectiva dos usuários por território, Teresina-PI, jan./fev. 2014	69
Tabela 13	– Adscrição de clientela sob as perspectivas dos médicos e enfermeiros, Teresina-PI, nov./dez. 2014	70

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	16
1.1	Contextualização do problema	16
1.2	Justificativa e Relevância do estudo	21
2	OBJETIVOS	23
2.1	Objetivo geral	23
2.2	Objetivos específicos	23
3	REVISÃO DE LITERATURA	24
3.1	Panorama do Envelhecimento Populacional	24
3.2	Avaliação em saúde	29
3.2.1	<i>Avaliação em saúde – conceitos básicos</i>	31
3.2.2	<i>Avaliação da institucionalização à democratização</i>	34
3.2.3	<i>Referencial teórico de Avaliação – Avedis Donabedian</i>	35
3.3	Atenção Básica, Atenção primária e Estratégia de Saúde da Família	36
4	METODOLOGIA	41
4.1	Tipo de Estudo/Abordagem	41
4.2	Cenário da pesquisa	42
4.3	População e amostra	46
4.4	Período, Procedimentos e Instrumentos de Coleta de Dados	48
4.5	Pré-Teste dos Instrumentos e Estudo Piloto	51
4.6	Organização, Análise e interpretação dos Dados	52
4.7	Aspectos Éticos e Legais da Pesquisa	53
5	RESULTADOS	55
5.1	Análise da Estrutura	55
5.2	Análise do Processo	59
5.3	Análise dos Resultados	65
6	DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	76
7	CONCLUSÕES	83
	REFERÊNCIAS	85
	APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E	

ESCLARECIDO – PROFISSIONAIS	93
APÊNDICE B – ROTEIRO DE ENTREVISTA	94
APÊNDICE C – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – USUÁRIOS	97
APÊNDICE D – ROTEIRO DE ENTREVISTA	98
APÊNDICE E – ROTEIRO DE ENTREVISTA	100
APÊNDICE F – CARTÃO COM OPÇÃO DE RESPOSTAS	104
APÊNDICE G – TABELA DE IDOSOS ENTREVISTADOS POR UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE (n_i) DE ACORDO COM O NÚMERO DE ATENDIMENTOS POR UBS (m_i)	105
ANEXO A – TERMO DE ANUÊNCIA DA FMS	107
ANEXO B – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP	108

1 INTRODUÇÃO

1.1 Contextualização do problema

O envelhecimento da população é na contemporaneidade um fenômeno mundial, que vem ocorrendo de forma crescente tanto em países desenvolvidos, como em países em desenvolvimento. (BRASIL, 2007). A Organização Mundial da Saúde (OMS) define a população idosa como aquela a partir dos 60 anos de idade, válido somente em países em desenvolvimento e o limite de 65 anos quando se trata de países desenvolvidos. Assim, empregamos neste estudo 60 anos ou mais como referencial para o ingresso na terceira idade, conforme o Estatuto do Idoso vigente na Lei nº 10.741 de 1º de outubro de 2003. (BRASIL, 2003).

Isso representa um crescimento mais elevado da população idosa em relação aos demais grupos etários. Moraes (2008) destaca que esse crescimento é resultante da alta fecundidade no passado (anos 50 e 60) e do aumento da expectativa de vida da população. A queda na taxa de fecundidade atual resulta em uma mudança na distribuição etária da população brasileira, tornando os idosos um componente cada vez mais expressivo na população total.

Atualmente, o Brasil ocupa o sétimo lugar do mundo em relação ao número de idosos e estima-se que até em 2025 deve chegar a sexta posição, com aproximadamente 32 milhões de pessoas idosas. Portanto, em torno de 2050, a cada três pessoas que estiver vivendo no Brasil, uma terá mais de sessenta anos. (RODRIGUES, 2009).

Nasri (2008) destaca que enquanto a população de idosos com idade acima dos 65 anos aumentará em velocidade acelerada (2 a 4% ao ano), a população jovem diminuirá. De acordo com projeções das Nações Unidas, a população idosa aumentará de 3,1% em 1970 para 19% em 2050.

Com base no censo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) (2010), estima-se que existam, atualmente, cerca de 20,5 milhões de idosos no Brasil, que representam 10,8% da população. O Brasil tem **190.755.799** habitantes, entretanto, a representatividade dos grupos etários no total da população em 2010 é menor que a observada

em 2000 para todas as faixas com idade **até 25 anos**, ao passo que os **demais grupos etários** aumentaram suas participações na última década. Isso demonstra o alargamento do topo da pirâmide etária, onde houve um crescimento da participação relativa da população com **65 anos ou mais**, que era de 4,8% em 1991, passando a 5,9% em 2000 e chegando a 7,4% em 2010. Dados semelhantes são observados na região Nordeste, onde a proporção de idosos passou de 5,1% em 1991, a 5,8% em 2000 e 7,2% em 2010.

Paralelamente ao envelhecimento e ao aumento de expectativa de vida dos brasileiros, surge a transição epidemiológica, caracterizada pela queda relativa das condições agudas e pelo aumento das condições crônicas, que se caracterizam pela sua longa evolução clínica e irreversibilidade. Tais condições interferem diretamente na qualidade de vida da população idosa, tornando-as frágeis e vulneráveis.

Os dados demográficos mostram a necessidade urgente dos gestores observarem o panorama dessa transição, analisando as ações voltadas a essa população na Estratégia Saúde da Família (ESF), tendo em vista ser esta a estratégia a proposta prioritária de consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS) e de reorganização da Atenção Básica (AB) no Brasil.

É válido destacar que embora a ESF tenha avançado em cobertura dos municípios brasileiros, esta expansão nem sempre tem correspondido à mudança no modelo de atenção. (GIOVANELLA *et al.*, 2009). Dentre os limites para a organização e consolidação da ESF, a literatura aponta aqueles relacionados às práticas profissionais e de gestão (PEDROSA; TELES, 2001; GIL, 2006), a falta de integração dos serviços no sistema de saúde e coordenação dos cuidados (SCOREL *et al.*, 2007; GIOVANELLA *et al.*, 2009) e pouco investimento na produção e inovação tecnológica aplicada aos processos de monitoramento e avaliação dos resultados da ESF (SOUSA; HAMANN, 2009).

De acordo com Campos (2005), faz-se necessária a institucionalização da avaliação na Atenção Básica, como prioridade para o fortalecimento da ESF e, para isso, deve-se buscar instrumentos e metodologias simples, factíveis e operacionais. Embora haja legislações em saúde, nesses anos de expansão da ESF, que determinam diretrizes para a gestão na busca de resultados mensuráveis; como Pacto pela Saúde/2006, e mais recentemente o Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica (PMAQ-AB/2011), a incorporação de práticas avaliativas no cotidiano das equipes da Atenção Básica e da gestão para o monitoramento e planejamento ainda é incipiente.

As práticas de avaliação constituem-se, por vezes, colocadas pelo nível Federal, verticalizadas para o planejamento, há uma adesão a nível municipal de metas a serem cumpridas por questões legais: Relatório Anual de Gestão/Programação Anual de Saúde

(RAGS/PAS), no entanto, nem sempre levam às práticas de avaliação e ao monitoramento das ações. A avaliação em saúde ainda é pouco incorporada pelos profissionais de saúde, mantém-se uma cultura de avaliação como punição e burocratização das práticas em saúde, e não como um processo educativo-pedagógico e reorientador dessas práticas.

Há uma dicotomia na saúde de quem planeja e quem executa, cabendo aos gestores planejar e, por vezes, avaliar, ocorrendo que não há a participação dos profissionais. As ações não são avaliadas e, conseqüentemente, não planejadas, caindo por vez no imediatismo e em práticas alienadas. O profissional da ESF deve ser agente participativo nos processos de avaliação, pois a ESF como eixo estruturante do SUS deve ser avaliada buscando o direcionamento para a consolidação do sistema de saúde.

De acordo com a atual Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) - Portaria do Ministério da Saúde (MS) 24.888, 21 de outubro de 2011- o Saúde da Família se constitui a estratégia prioritária para expansão e consolidação da Atenção Básica. Para esta PNAB vigente, a Atenção Básica orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade, do vínculo, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social. Dentre suas principais diretrizes, destaca-se a adscrição dos usuários e o desenvolvimento de relações de vínculo e responsabilização entre as equipes e a população adscrita, garantindo a continuidade das ações de saúde e a longitudinalidade do cuidado.(BRASIL, 2011b).

A atual portaria da Atenção Básica trouxe algumas mudanças referentes à portaria anterior(nº 648 de 2006). O princípio da longitudinalidade da atenção primária é descrito como tal, e não mais como cuidado continuado. Houve uma mudança no que se refere à classificação das equipes de acordo com a carga horária dos médicos e do repasse de recursos financeiros de acordo com essa classificação. A partir dessa portaria os termos Atenção Básica (AB) e Atenção Primária a Saúde (APS), passaram a ser equivalentes.

Vale salientar que, em face ao contexto histórico de construção do SUS, no Brasil, o termo que mais se adequa seria Atenção Básica em oposição à Atenção Primária seletiva, restritiva (GIOVANELLA *et al.*, 2009). No entanto, no presente estudo, adotaremos a correspondência dos termos conforme apresentado na PNAB.

Conforme Starfield (2002), a Atenção Primária à Saúde deve contemplar quatro dimensões ou atributos essenciais: primeiro contato, longitudinalidade, coordenação do cuidado e integralidade e três atributos derivados: orientação familiar, orientação comunitária e competência cultural.

Embora necessária a avaliação da Atenção Básica, partindo dos sujeitos envolvidos *in loco*, sabemos da tarefa desafiante, tendo em vista a multiplicidade de serviços, ações e a dimensão a que ela se responsabiliza. Portanto, faz-se necessário identificar se as dimensões da Atenção Primária/Atenção Básica estão sendo contempladas no cotidiano das equipes que compõem a ESF.

Em se tratando da Atenção Básica, no que se refere à longitudinalidade do cuidado, parece-nos, ao primeiro momento, um recorte representativo dessa realidade para ser avaliado. Portanto, este estudo tem como **objeto de investigação a avaliação da ESF de Teresina-PI em relação à longitudinalidade do cuidado ao idoso.**

O termo longitudinalidade não é usual no contexto da AB/APS no Brasil, utiliza-se comumente “cuidado continuado”. A Portaria MS 2.488, 21 de outubro de 2011 dispõe que a longitudinalidade do cuidado pressupõe a continuidade da relação clínica, com construção de vínculo e responsabilização entre profissionais e usuários ao longo do tempo e de modo permanente, acompanhando os efeitos das intervenções em saúde e de outros elementos na vida dos usuários, ajustando condutas quando necessário, evitando a perda de referências e diminuindo os riscos de iatrogenias decorrentes do desconhecimento das histórias de vida e da coordenação do cuidado.

Para Starfield (2002), a longitudinalidade tem sido considerada característica central e exclusiva da APS, tal dimensão pressupõe uma relação pessoal de longa duração entre os profissionais de saúde e os pacientes em suas unidades de saúde. Salientamos que neste estudo adotaremos o conceito dessa autora.

Em uma revisão sistemática realizada por Cunha e Giovanella (2011) sobre longitudinalidade/continuidade do cuidado, foram apontados três dimensões deste atributo da ABS/APS no contexto do SUS: a existência e o reconhecimento de uma fonte regular de cuidados, o estabelecimento de vínculo terapêutico duradouro entre os pacientes e os profissionais de saúde da equipe local e a continuidade informacional. Tais elementos são identificados como dimensões da longitudinalidade.

Compreendendo o conceito de longitudinalidade do cuidado com base na literatura referenciada e na Portaria MS 2.488 de 21 de outubro de 2011, o qual pressupõe a continuidade da relação clínica, com construção de vínculo e responsabilização entre profissionais e usuários ao longo do tempo e de modo permanente os usuários idosos vêm atender a esses pressupostos. Com o envelhecimento, muitas pessoas podem ser acometidas por doenças e agravos crônicos que implicarão em acompanhamento regular pelos

profissionais de saúde, portanto essa população vem a contemplar um dos preceitos básicos da longitudinalidade.

De acordo com o Ministério da Saúde (2007), a garantia da efetivação da longitudinalidade confere vantagens no acompanhamento da pessoa idosa, destacamos a negociação de mudanças de hábitos não saudáveis gradualmente, bem como a contribuição para adesão aos tratamentos e intervenções tendo em vista a relação pessoal de longa duração.

Considerando a complexidade dos problemas apresentados pela população idosa no âmbito da ESF, o desafio da avaliação em saúde e a importância do Saúde da Família para uma Atenção Primária/Atenção Básica resolutiva propomos realizar este estudo. Para tanto, nos apoiaremos em dois referenciais: de avaliação, Donabedian (2003) e conceitual de longitudinalidade do cuidado, Starfield (2002).

Donabedian(2003) desenvolveu uma classificação de possíveis abordagens para a avaliação da qualidade em saúde, a partir dos conceitos de estrutura, processo e resultado, classicamente considerados uma tríade, que corresponde às noções da Teoria Geral de Sistemas: *input-process-output*. (SILVA; FORMIGLI, 1994).

A estrutura (*structure*) corresponderia às condições em que os cuidados são prestados, que incluem: recursos materiais e humanos, condições físicas e organizacionais. O processo (*process*), as atividades que constituem os cuidados de saúde, envolvendo os profissionais de saúde e os pacientes com base em padrões aceitos; a análise pode ser sob o ponto de vista técnico e/ou administrativo. E os resultados (*outcomes*) seriam as mudanças favoráveis ou desfavoráveis verificadas no estado de saúde dos pacientes que pudessem ser atribuídas a um cuidado prévio. Também poderiam ser considerados como resultados mudanças relacionadas com conhecimentos e comportamentos, bem como a satisfação do usuário decorrente do cuidado prestado. (DONABEDIAN, 2003).

Donabedian (2003) ressalta que estrutura, processo e resultados não são atributos da qualidade em saúde, mas sim abordagens (*approaches*) pelas quais se obtêm dados sobre a presença ou ausência dos atributos que constituem a qualidade. Com base na tríade, podemos inferir se a qualidade é boa ou não. Para que ocorram essas inferências, faz-se necessária uma relação predeterminada entre as três abordagens, de modo que a estrutura influencia o processo e o processo os resultados e que se estabeleça uma seleção de indicadores representativos das três abordagens.

No presente estudo, buscamos avaliar a longitudinalidade do cuidado ao idoso na Estratégia Saúde da Família em Teresina com base no referencial de Donabedian (2003). Portanto, a estrutura foi avaliada com base na infraestrutura física e disponibilidade de

equipamentos e insumos das Unidades Básicas de Saúde, e no perfil dos profissionais. O componente processo, pela continuidade informacional e pela relação interpessoal entre os usuários idosos e os profissionais de saúde da equipe local. Quanto aos resultados, a pesquisa incluiu a utilização da Unidade Básica de Saúde(UBS) pelos usuários, o reconhecimento da UBS para o atendimento a novos e antigos problemas de saúde, na perspectiva dos usuários e dos profissionais, dados do Sistema de Informação da Atenção Básica(SIAB) quanto ao número de consultas realizadas pelos idosos na UBS e a quantificação dos indicadores para saúde do idoso como pactuado pela Fundação Municipal de Saúde (FMS) na Programação Anual de Saúde de 2013.

1.2 Justificativa e Relevância do estudo

A participação no processo de implantação e expansão da ESF em áreas rurais e periurbanas de municípios pequenos do estado do Piauína atenção à saúde das famílias e, posteriormente, na capital Teresina, em áreas da periferia, permitiu observar uma série de divergências na organização da Estratégia Saúde da Família, inviabilizando a longitudinalidade do cuidado.

Após oito anos como enfermeira da ESF em uma área periurbana de Teresina, em 2011 surgiu a oportunidade de compor a equipe de apoiadores institucionais/supervisão da EFS na Diretoria Regional de Saúde, da Fundação Municipal de Saúde de Teresina. A partir de então, passei a exercer entre outras atividades o monitoramento e a avaliação dos indicadores e informações em saúde produzidas pelas 09 equipes sob meu apoio institucional/supervisão.

Para avaliaçãoe monitoramento do trabalho das equipes, utilizamos o monitoramento dos relatóriosdo SIAB, com base na situação das famílias e na produção das equipes. Essa avaliação e monitoramento estão pautados nos resultados e sabemos que tal sistema de informação tem várias limitações, bem como não é uma fonte fidedigna de informações. (BRASIL, 2004).

A observação empírica sobre o processo de organização da ESF, somada as análises, discussões e reflexões sobre avaliação e monitoramento das equipes da ESF, no cotidiano do trabalho de supervisão no sistema de saúde motivou a escolha da temática.

O atendimento do atributo longitudinalidade da APS/AB na capital Teresina-PI poderá ser utilizado como parâmetro de avaliação, tendo em vista que alguns estudos internacionais, como podemos citar os estudos de Starfield (2002), relacionam o alcance da

longitudinalidade do cuidado com resultados positivos. No estudo de Almeida e Giovanella (2008), que apresentou um mapeamento e análise dos Estudos de Linha de Base (ELB) financiados e/ou realizados pelo Ministério da Saúde sobre a avaliação em Atenção Básica no Brasil entre 2000 e 2006, aponta ser incipiente a avaliação da ESF nos grandes centros urbanos com base na qualidade dos serviços prestados à comunidade, sendo necessário um maior aprofundamento; conhecer *in loco* como está a estrutura, como estão ocorrendo os processos e quais resultados foram conseguidos, a fim de contribuir para o planejamento e decisões locais, em busca de uma saúde mais equânime e de melhor qualidade para a população, sobretudo a população idosa.

A compreensão da organização dos serviços de saúde para o idoso na ESF, no campo da AB/APS, com vistas à longitudinalidade do cuidado, proporcionará subsídios para refletir sobre a integralidade da atenção, reconhecendo a avaliação na ESF na cidade de Teresina-PI, como uma importante ferramenta para tomada de decisões dos gestores e busca da qualidade na atenção local, considerando as especificidades da população idosa.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

Avaliar a longitudinalidade do cuidado ao idoso na Estratégia Saúde da Família da Diretoria Regional de Saúde Sul da Fundação Municipal de Saúde de Teresina-Piauí.

2.2 Objetivos específicos

- Verificar se a estrutura física e equipamentos ofertados nas Unidades Básicas de Saúde estão adequados ao cuidado ao idoso;
- Investigar a relação interpessoal entre as equipes da ESF e a população idosa;
- Analisar a continuidade informacional
- Analisar os resultados da assistência prestada aos idosos assistidos pelas ESF, a partir da utilização da UBS pelo usuário idoso, dados do Sistema de Informação da Atenção Básica(SIAB) quanto ao número de consultas realizadas pelos idosos na UBS e a quantificação dos indicadores para saúde do idoso como pactuado na Programação Anual de Saúde de 2013.

3 REVISÃO DE LITERATURA

Neste capítulo, apresentamos um panorama epidemiológico sobre o envelhecimento populacional, referências sobre a avaliação em saúde, com ênfase no referencial de Donabedian (2003).

3.1 Panorama do Envelhecimento Populacional

Um fenômeno global que vem ocorrendo no início deste século é o do envelhecimento da população mundial. Muito embora esse processo esteja ocorrendo em todo o mundo, é necessário pontuar que o processo demográfico conceituado de envelhecimento populacional, que ocorre nos países em desenvolvimento, apresenta características distintas daquele que ocorre em países ricos.

No Brasil, o envelhecimento populacional é consequência de uma redução da fecundidade e da mortalidade. *Segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), desde os anos 1960, a taxa de crescimento da população brasileira vem experimentando paulatinos declínios, intensificando-se juntamente com as quedas mais pronunciadas da fecundidade. No período 1950-1960, a taxa de crescimento da população recuou de 3,04% ao ano, para 1,05% em 2008. Mas, em 2050, a taxa de crescimento cairá para -0,291%, que representa uma população de 215,3 milhões de habitantes.* (IBGE, 2008).

De acordo com Chaimowicz (1997), a partir de 1940 inicia-se o processo de declínio rápido da mortalidade, que se prolongaria até a década de 70. Na década de 40, a taxa de mortalidade caiu 13%, contra 16% nas quatro décadas anteriores. A esperança de vida dos homens aumentou quatro anos, como nas quatro décadas anteriores, chegando a 41,6 anos. Para as mulheres, o índice cresceu 6,8 anos, alcançando a idade de 46,2 anos.

Marques e Pachane (2010) apontam os avanços da medicina a partir de meados do século passado e as mudanças no estilo de vida da população como sendo fatores que contribuíram para o aumento da expectativa de vida, que pode ser comprovado por dados do IBGE (2008), onde foi detectado que a expectativa de vida ao nascer passou de 45,5 anos de idade, em 1940, para 72,7 anos, em 2008, ou seja, mais 27,2 anos de vida. Segundo projeções

do Instituto, o país continuará galgando anos na vida média de sua população, alcançando em 2050 o patamar de 81,29 anos, basicamente o mesmo nível atual da Islândia (81,80), Hong Kong, China (82,20) e Japão (82,60).

O processo de envelhecimento do Brasil, iniciado em 1960, é um fenômeno predominantemente urbano, que teve forte influência do intenso movimento migratório iniciado naquela década. Esse movimento migratório foi motivado pela industrialização desencadeada pelas políticas desenvolvimentistas. O processo de urbanização propiciou um maior acesso da população a serviços de saúde e saneamento, o que colaborou para a queda verificada na mortalidade. Possibilitou, também, um maior acesso a programas de planejamento familiar e a métodos anticoncepcionais, levando a uma significativa redução da fecundidade. (BRASIL, 1999).

Além disso, a proporção da população "mais idosa", ou seja, acima de 80 anos, tem aumentado, alterando a composição etária dentro do próprio grupo, o que significa que a população considerada idosa também está envelhecendo. Representa o segmento populacional que mais cresce, embora ainda apresente um contingente pequeno: de 166 mil pessoas em 1940, o grupo "mais idoso" passou para quase 1,8 milhões ou 12,6% da população idosa em 2000, aproximadamente 1% da população total. (CAMARANO, 2001). Isso leva a uma heterogeneidade do segmento populacional chamado idoso.

O Brasil está envelhecendo rapidamente, o número de idosos passou de 3 milhões, em 1960, para 7 milhões, em 1975, e 20 milhões em 2008, um aumento de quase 700% em menos de 50 anos. Consequentemente, doenças próprias do envelhecimento passaram a ganhar maior expressão no conjunto da sociedade. (VERAS, 2009).

A expectativa de vida média dos brasileiros aumentou em quase 25 anos, nos últimos 50 anos, sem que tenhamos observado melhoras significativas nas condições de vida e de saúde da população. (NASRI, 2008).

As estimativas para os próximos 25 anos têm indicado que o contingente populacional de pessoas maiores de 60 anos poderá ultrapassar os 30 milhões de pessoas. A Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio (PNAD), do IBGE, de 2012, revela que a expectativa de vida dos brasileiros passou a ser de 74,6 anos. Em relação ao sexo, revela que para os homens a expectativa de vida passou de 70,6 anos em 2011 para 71 anos em 2012, e para as mulheres aumentou de 77,7 para 78,3 anos, considerando o mesmo período.

Outra característica do envelhecimento populacional que vem ocorrendo é a feminilização. As mulheres constituem a maioria da população idosa em todas as regiões do mundo. Segundo dados estatísticos, em 2002, existiam 678 homens para cada mil mulheres

idosas no mundo. É bem maior o número de mulheres idosas e as estimativas são as de que as mulheres vivam, em média, de cinco a sete anos mais que os homens. (NICODEMO; GODOI, 2010).

A prevalência de mulheres se tornou expressiva ao longo das décadas, sendo o contingente delas mais significativo quanto mais idoso for o segmento. Em regiões menos desenvolvidas, as mulheres acima de sessenta anos são proporcionalmente em maior número do que nos países desenvolvidos. No Brasil e na África do Sul, o segmento feminino corresponde a dois terços da população acima de 75 anos. (CAMARANO; KANSO; MELLO, 2004).

De acordo com a PNAD/IBGE (2012) a maioria da população idosa de 60 anos ou mais de idade é composta por mulheres (55,7%) devido aos efeitos da mortalidade diferencial por sexo.

Merece destaque também a urbanização característica a esse grupo: na década de 1940, apenas 20% viviam em regiões urbanas, o que significa uma população predominantemente rural. Em menos de 40 anos, ela passa a ser eminentemente urbana. Atualmente, cerca de 80% da população brasileira vive em centros urbanos. (NASRI, 2008).

Esse processo deve-se essencialmente ao fato de os centros urbanos oferecerem melhores condições de emprego, moradia e saúde em relação às cidades da zona rural.

Além das transformações demográficas descritas anteriormente, o Brasil tem experimentado uma transição epidemiológica, com alterações relevantes no quadro de morbimortalidade. Segundo Litvoc e Brito (2004), em decorrência do rápido processo de envelhecimento populacional, as doenças infectocontagiosas agudas, mais incidentes na população infantil, estão sendo substituídas pelas crônico-degenerativas, que acometem os indivíduos na idade adulta e os mais idosos.

Nas últimas décadas, as Doenças Crônicas Não Transmissíveis passaram a liderar as causas de óbito no Brasil, quase 64% das mortes, ultrapassando, em muito, as taxas de mortalidade por doenças infecciosas e parasitárias. (MALTA *et al.*, 2006).

A epidemiologia do envelhecimento demonstra que populações mais envelhecidas têm uma alta prevalência de doenças crônicas – menos de 10% de pessoas de 65 anos ou mais estão livres de algum tipo de agravo crônico à saúde e mais de 10% referem pelo menos cinco doenças crônicas concomitantes. Quase todos os idosos têm perdas sensoriais limitantes na idade avançada, particularmente em termos visuais e auditivos, e mais de 30% têm uma leve disfunção cognitiva. A consequência é uma alta prevalência de incapacidades físicas e mentais – na média, 30 a 40% de residentes idosos na comunidade sentem a necessidade de

algum tipo de ajuda para realizar pelo menos uma das principais atividades diárias (arrumar a casa, se vestir, comer, lavar roupa etc.). (RAMOS, 2003).

Uma importante característica da transição epidemiológica do Brasil é que ela não ocorre de maneira uniforme, uma vez que nas regiões de maiores desigualdades socioeconômicas, como Nordeste e Norte, onde os coeficientes de mortalidade infantil são ainda bastante elevados, 52,4% e 33,9%, respectivamente, as doenças infectoparasitárias apresentam um peso maior do que nas regiões Sul e Sudeste. (LITVOC; BRITO, 2004).

Firmo *et al.* (2003) afirmam que o sistema de saúde brasileiro, tradicionalmente, está organizado para atender à saúde materno-infantil e não tem considerado o envelhecimento como uma de suas prioridades. O idoso consome mais serviços de saúde, as internações hospitalares são mais frequentes e o tempo de ocupação do leito é maior do que o de outras faixas etárias. Em geral, as doenças dos idosos são crônicas e múltiplas, perduram por vários anos e exigem acompanhamento médico e de equipes multidisciplinares permanentes e intervenções contínuas. Para Lima-Costa *et al.* (2000), isso já pode ser notado, uma vez que a população idosa, que hoje representa cerca de 9% da população, consome mais de 26% dos recursos de internação hospitalar no SUS.

Essa mudança no perfil epidemiológico populacional, além de acarretar grandes despesas com tratamentos médicos e hospitalares, configura-se num desafio para as autoridades sanitárias, em especial no que tange à implantação de novos modelos e métodos para o enfrentamento do problema.

Com a transição epidemiológica ocorrida a partir da década de 1940, iniciou-se no Brasil a ocorrência de patologias de início insidioso e de longa duração, onde sua evolução é marcada por redução progressiva na capacidade do indivíduo para realizar atividades socialmente esperadas. (SAMPAIO; LUZ, 2009). Assim, o envelhecimento traz repercussões concretas no processo de viver do idoso, produzindo, de acordo com Giacomini *et al.* (2009), um desafio à saúde pública, que se configura como o aumento da prevalência e incidência da incapacidade funcional.

Segundo a Organização Mundial da Saúde (2002 *apud* PARAHYBA; SIMÕES, 2006), a incapacidade funcional é tida como a dificuldade, devido a uma deficiência, para realizar atividades típicas e pessoalmente desejadas na sociedade. Frequentemente, é analisada através da declaração indicativa de dificuldade ou de necessidade de ajuda, em tarefas básicas de cuidados pessoais e em tarefas mais complexas, necessárias para viver independente na sociedade.

Nessas tarefas estão incluídas as atividades básicas e instrumentais de vida diária, os papéis no trabalho, os papéis não ocupacionais e os papéis recreacionais ou de lazer. Com isso, a incapacidade exerce grande efeito sobre o bem-estar do indivíduo, uma vez que leva a uma diminuição dos potenciais dos indivíduos em experimentar o lado positivo da vida. (RABELO; CARDOSO, 2007).

Para Tavares *et al.* (2007), a maioria das incapacidades que afetam os idosos enquadram-se nas que exigem movimento e deslocamento, com isso se gera uma sobrecarga dos cuidadores, que postergam suas próprias necessidades.

Assim, conhecer as incapacidades torna-se um indicador do processo saúde-doença, fundamentando a organização da atenção à saúde, de maneira a subsidiar os cuidados ao idoso, familiares e cuidadores. Tal enfoque reforça a ideia da implantação de uma política intersetorial, na qual seja estabelecida uma atenção multiprofissional direcionada à promoção da saúde e prevenção da incapacidade funcional entre os idosos. (TAVARES *et al.*, 2007).

Com a sociedade brasileira ficando mais velha, diversos são os encargos na Previdência Social, uma vez que a principal fonte de renda do idoso está diretamente veiculada a pensões e aposentadorias. Esse aumento da despesa previdenciária é devido à existência de uma população mais idosa e menos jovem, portanto, com mais pessoas com pouca condição de trabalho, em decorrência da idade avançada, e menos aptas à contribuição. (ROCHA; CAETANO, 2008).

Caso o crescimento progrida na velocidade atual, Wond e Carvalho (2006) afirmam que em 2025 o Brasil estará diante de uma difícil situação, uma vez que a questão passa a ser se, num curto intervalo de tempo, o Brasil, que apresenta uma distribuição injusta, tanto de renda como de serviços sociais, será capaz de enfrentar com êxito esse desafio. Convém salientar que quando a participação da população idosa aumenta, as desigualdades tendem a crescer.

Esse desafio imposto às políticas públicas origina-se da necessidade de geração de recursos e de construção de infraestrutura que promovam o envelhecimento ativo, pois, os idosos quando ativos e saudáveis consomem consideravelmente menos recursos. Logo, envelhecimento ativo é sinônimo de uma vida saudável, participativa e com seguridade social.

Assim, no início deste novo milênio, o acelerado crescimento da população idosa brasileira surge como elemento central não só para a elaboração de novas políticas públicas de saúde, mas também para avaliação da atenção prestada ao idoso, a fim de garantir a longitudinalidade do cuidado em saúde.

3.2 Avaliação em Saúde

A avaliação pode ser compreendida como componente do processo de planejamento, capaz de subsidiar a tomada de decisões e identificar processos de mudança. De acordo com Sancho e Dain (2012), a avaliação em saúde, nos últimos anos, configurou-se como um importante instrumento para o planejamento e a gestão de sistemas e de serviços de saúde. Não só no sentido de aferir a efetividade de intervenções e o uso eficiente dos recursos disponíveis, bem como satisfazer o conjunto da população usuária do sistema – e não apenas os agentes formuladores de políticas – a partir da decorrente distribuição equitativa dessas intervenções.

De acordo com Serapioni e Silva (2011), as avaliações em serviços ou programas de saúde devem subsidiar os processos de decisão, servir de suporte para o (re) direcionamento das práticas profissionais e devem melhorar uma intervenção em seu decorrer. Segundo Deslandes (1997), no campo da Saúde Pública, a avaliação de serviços é área de extrema relevância, já que viabiliza escolhas de planejamento e possibilita um controle técnico e social dos serviços e programas prestados à sociedade.

Entretanto, as finalidades da avaliação não se limitam a ajudar no planejamento e na elaboração de uma intervenção, esta é a finalidade estratégica. Para Champagne *et al.* (2011), as finalidades de uma avaliação são numerosas, podendo ser oficiais ou oficiosas. Entre as oficiais, esses autores distinguem além da finalidade estratégica, já citada anteriormente, outras finalidades, tais como: a finalidade formativa, a finalidade somativa, a finalidade transformadora e a finalidade fundamental.

De acordo com esses autores, as finalidades oficiosas devem ser consideradas, e não são menos importantes que as oficiais, pois o processo de avaliação envolve diversos atores sociais e cada um deles pode emitir um julgamento reflexivo sobre uma intervenção e tem objetivos a alcançar com a prática avaliativa, podendo esses objetivos estarem implícitos. Os instrumentos de avaliação por si não são neutros, são formulados por pessoas e há interesses inseridos nos mesmos.

Essas finalidades oficiosas da avaliação resumiram-se em duas categorias: a finalidade tática e a finalidade política. A primeira trata de utilizar o processo de avaliação para outros fins. A segunda de utilizar os resultados da avaliação como munição de um debate

político.

Para Guba; Lincoln (1989 *apud* FURTADO 2001), o campo da avaliação vem sofisticando-se desde o seu surgimento, sendo que seu percurso histórico nos últimos cem anos pode ser dividido em quatro gerações.

A primeira geração se caracterizaria pela mensuração e estaria atrelada a avaliação do desempenho de escolares. Dois fatores influenciaram o desenvolvimento desta primeira geração: a ascensão das ciências sociais (imbuídas do paradigma das ciências físicas) e o surgimento do gerenciamento científico nas indústrias. Durante os 30 primeiros anos do século XX, os termos “avaliação” e “mensuração” tornaram-se intercambiáveis. Nesta fase, o avaliador é essencialmente um técnico que deve construir e usar instrumentos que meçam, entre outros, resultados escolares, inteligência, produtividade dos operários.

A segunda geração caracteriza-se pela descrição, nasce a chamada avaliação de programas, surgida da necessidade identificada nos EUA de saber como funcionam, na prática, os currículos escolares: trata-se de identificar e descrever o processo e como a atividade atinge (ou não) seus resultados e não somente de medir resultados, como na geração anterior. Ralph W. Tyler, membro do Escritório de Pesquisas em Educação da Ohio State University, é um dos pioneiros a conceber e introduzir essa nova forma de avaliação, a partir da análise de currículo.

A sistematização da prática da avaliação, ou seja, no plano operacional, é decorrente da proposição de Ralph W. Tyler para a área da educação, nos anos 30, nos EUA, cujo cerne é a elaboração de procedimentos para a coleta de informações a partir da definição de objetivos. (SANCHO; DAIN, 2012).

A terceira geração se caracterizaria pelo julgamento e tem seu marco inicial a partir do final dos anos 50. O avaliador continua a exercer a função de descrever e mensurar agora acrescida daquela de estabelecer os méritos do programa avaliado, baseando-se em referenciais externos. O julgamento passou a ser parte integrante da avaliação e o avaliador assumiu o papel de juiz.

No entanto, segundo Guba e Lincoln (1989 *apud* FIGUEIRÓ; FRIAS; NAVARRO, 2010) existem graves problemas e limitações comuns às três gerações de avaliadores citadas acima que se caracterizariam por: tendência à valorização dos aspectos gerenciais e do comprometimento do avaliador com o gestor; a incapacidade em acomodar o pluralismo de atores e projetos envolvidos em torno de qualquer programa e supervalorização do paradigma científico cartesiano.

A Quarta Geração de Avaliadores que seria uma alternativa aos referenciais anteriores, tendo como base uma avaliação inclusiva e participativa, denominada negociação, começa a se manifestar na década de 1980 e tem como referência a publicação de Guba e Lincoln (1989). Esses autores, baseados num referencial construtivista, desenvolveram um método voltado para a inclusão dos grupos de interesse em todo o processo de avaliação e comprometido com a utilização efetiva dos resultados do processo avaliativo, chamado por eles próprios como avaliação responsiva construtivista. Como explicam Figueiró, Frias e Navarro (2010, p. 04):

[...] responsiva por referência à definição do foco da avaliação, em que os parâmetros e limites são determinados interativamente em processo negociados envolvendo os diversos interessados; e construtiva quanto ao modo de fazer, em que metodologicamente rejeita-se o controle e a abordagem experimental. Adota-se um processo (que inclui os programas e os resultados das avaliações) em que as múltiplas realidades são construídas/negociadas na interação entre o observador e o observado (processo hermenêutico/dialético).

Essa divisão em gerações de avaliadores é essencialmente didática e na realidade os diversos referenciais de avaliação coexistem, ancorados em diversos eixos metodológicos.

Para Sancho e Dain (2012), a avaliação em saúde no seu processo evolucionário determina o aparecimento de três distintos paradigmas, a saber: o paradigma pós-positivista, o da teoria crítica e o paradigma construtivista.

O paradigma pós-positivista assenta-se no rigor da coleta e na análise dos dados para o conhecimento da realidade. No paradigma da teoria crítica a verdade se estabelece no fato de que a realidade é influenciada por valores sociais, políticos, econômicos, culturais, decorrentes da interação entre o pesquisador e o indivíduo/objeto da análise. O paradigma construtivista assenta-se no princípio básico de que as realidades sociais são múltiplas e influenciadas por inúmeros contextos e que a interação entre o pesquisador e o objeto de análise evidencia negociação entre ambos.

3.2.1 Avaliação em saúde: conceitos básicos

A avaliação das ações de saúde vem ocupando lugar de destaque entre as ações de planejamento e gestão. Atualmente, há tendência de se considerar as especificidades de cada contexto, incluindo as relações que se processam e produzem reflexos diretos na operacionalização de práticas de saúde. Diante disso, observamos a geração de estratégias metodológicas variadas e multidimensionais, sugerindo uma inclinação para a superação dos

contornos positivistas que marcam sua história. (BOSI; UCHIMURA, 2007).

Para Sancho e Dain (2012), o campo da avaliação em saúde, até como consequência e suas múltiplas concepções e de seu processo evolutivo, apresenta uma diversidade, tanto no que se refere ao enfoque, quanto em relação às abordagens, às dimensões e aos seus atributos ou componentes.

A despeito de toda a diversidade e de discordâncias sobre os vários aspectos da avaliação, existe consenso na literatura com relação ao fato de que avaliar significa emitir um juízo de valor sobre uma intervenção ou um de seus componentes com critérios e referenciais explícitos, utilizando-se dados e informações construídos ou existentes, visando à tomada de decisão. (SILVA; FORMIGLI, 1994; CHAMPAGNE *et al.*, 2011; SCRIVEN, 2003 *apud* FURTADO, 2012). Esse julgamento pode ser resultado da aplicação de critérios e de normas-avaliação normativa - ou se elaborar a partir de um procedimento científico-pesquisa avaliativa.

É mister distinguir características e diferenças entre avaliação normativa e pesquisa avaliativa. Segundo Furtado (2012), a avaliação normativa tem forte componente gerencial e, como o nome indica, baseia-se em padrões e normas preestabelecidas, e está imersa no pragmatismo. Para Champagne *et al.* (2012), a pesquisa avaliativa depende de um procedimento científico que permita fazer um julgamento de uma intervenção que considere a compreensão entre as relações de causalidade e os diferentes componentes de uma intervenção.

Destacamos a proposição referida por Hartz (1997 *apud* SANCHO; DAIN, 2012, p. 769):

Na abordagem da avaliação normativa o objetivo é comparar os recursos empregados – medindo a suficiência e a adequação da utilização dos recursos em relação aos resultados – e aferir a relação entre os resultados obtidos e os esperados, através de índices previamente parametrizados. Ou seja, a avaliação normativa é primordialmente uma avaliação administrativa. Na abordagem da pesquisa avaliativa o objetivo é fazer um julgamento *ex-post* de uma intervenção usando métodos científicos. É julgar a pertinência da intervenção, se reproduzível ou se factível, e a sua relação com o contexto em que esta se situa. Está fundamentada na pesquisa-ação (método experimental utilizado nos estudos das ciências sociais) e na estatística.

Para Champagne *et al.* (2012), entre os componentes de uma intervenção, a pesquisa avaliativa mais especificamente deve analisar a pertinência, a lógica, a produtividade, os efeitos e a eficácia. Assim, para esses autores, a pesquisa avaliativa pode ser decomposta em seis tipos de análises que recorrem a métodos de pesquisa diferentes:

- **Análise estratégica:** analisa a pertinência, ou seja, se há adequação estratégica entre a intervenção e o problema que a originou; mais precisamente, consiste em voltar a etapa do planejamento, que corresponde à análise decisional, com o objetivo de comparar várias estratégias para se resolver um problema considerado como prioritário.

- **Análise lógica:** trata de determinar a adequação entre os diferentes objetivos da intervenção e os meios (recursos, serviços ou atividades) implementados para atingi-los, ou seja, se os meios acionados para se alcançar os objetivos são adequados e suficientes, este é um dos componentes da análise lógica- análise do modelo operacional. O outro componente da análise lógica é a análise do mérito do modelo teórico, ou seja, um julgamento sobre as hipóteses teóricas que dão base à ação dirigida para as causas do problema.

- **Análise de produção:** estuda as relações entre os recursos utilizados (meios) e o volume e a qualidade dos serviços prestados(atividades). Destacamos a análise de produtividade e a análise da qualidade.

- **Análise dos efeitos:** procura medir a eficácia da intervenção.

- **Análise da eficiência:** tem por objeto as relações entre os recursos e os efeitos observados. A análise da eficiência é central em avaliação econômica.

- **Análise de implantação:** consiste em estudar as relações entre uma intervenção e seu contexto durante sua implantação. Tem por objetivo apreciar o modo como, em um contexto particular, uma intervenção provoca mudanças.

Para Figueiró, Frias e Navarro (2010), fazer uma pesquisa avaliativa exige experiência do pesquisador e conhecimentos teóricos e metodológicos, tendo em vista que a execução da pesquisa avaliativa consistirá em fazer uma ou várias dessas análises, devendo-se considerar as perspectivas dos diferentes atores envolvidos na intervenção.

Na literatura, há referências quanto à avaliação formativa e somativa. A avaliação formativa no campo da avaliação em saúde pode ser definida como desenhos que priorizam a melhoria do programa ou intervenção, que produz informações que visam a adequar e a superar aspectos problemáticos do desempenho do programa. (HARTZ, 2006; FURTADO, 2001, 2012; NATAL *et al.*, 2001).

Segundo Patton (2004 *apud* NATAL *et al.*, 2008), a avaliação formativa é a avaliação para o aprimoramento, que enfatiza o aprendizado, a melhoria e a identificação dos pontos fortes e fracos do programa, especialmente com base na perspectiva daqueles que serão beneficiados. Pressupõe uma mudança institucional, assim os modelos teóricos que se aplicam a sua execução vão além da teoria de avaliações de resultados.

Por avaliação somativa, Furtado (2001,2012) aponta como aquela destinada à tomada de decisões sobre determinado programa com base em uma visão global dos custos e resultados. Esta fornece julgamentos sumários sobre aspectos fundamentais do programa, sendo frequentemente utilizada para deliberar sobre a continuidade ou o encerramento de um programa baseando-se na especificação de até que ponto os objetivos propostos foram atingidos. A avaliação do tipo somativa, voltada para os efeitos produzidos pelo programa, baseia-se no modelo da caixa-preta, prescindindo da análise de correlações entre os diversos componentes da ação e dos efeitos resultantes. Mas dependendo do objeto avaliado, ela pode ser pertinente.

3.2.2 Avaliação: da institucionalização à democratização

De acordo com Campos (2005), faz-se necessária a institucionalização da avaliação na Atenção Básica como prioridade para o fortalecimento da ESF, após uma década de expansão e consolidação. Para isso, devem-se buscar instrumentos e metodologias simples, factíveis e operacionais.

A avaliação em saúde tem sido um grande desafio no cenário brasileiro. Essa prática tem sido pouco incorporada à prática dos profissionais de saúde e, na maioria das vezes, colocada pelo governo federal de forma verticalizada, onde a gestão local busca alcançar resultados mensuráveis determinados nas diretrizes da Norma Operacional da Assistência à Saúde(NOAS/2001), do Pacto pela Saúde/2006, da Programação das Ações de Vigilância em Saúde(PAVS/2008) e mais recentemente do PMAQ-AB/2011, do Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde (COAP/2012).

As iniciativas locais de avaliação ainda são incipientes, as práticas de avaliação constituem-se, por vezes, colocadas pelo nível Federal, verticalizadas para o planejamento, há uma adesão a nível municipal de metas a serem cumpridas por questões legais registradas no Relatório Anual de Gestão(RAGS). No entanto, a adesão a programas e políticas em saúde nem sempre levam as práticas de avaliação e monitoramento das ações. Compreendemos o monitoramento como parte do processo avaliativo que envolve coleta, análise sistemática e periódica de informações e indicadores de saúde selecionados com o objetivo de observar se as atividades e ações estão sendo executadas conforme o planejado e se estão tendo os resultados esperados. (BRASIL, 2005a).

Para Silva (2005), o campo da avaliação em saúde expandiu-se consideravelmente no final do século XX, tanto em produção científica, quanto na institucionalização. No

entanto, persiste uma enorme lacuna relacionada à incorporação do conhecimento produzido pelos profissionais de saúde e pelos gestores.

De acordo com uma revisão bibliográfica realizada por Guimarães dos Santos *et al.* (2010), a expansão da institucionalização da Avaliação na Atenção Básica ocorreu sobretudo potencializada pelas políticas de avaliação do Ministério da Saúde através do Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde (PNASS) e pelos Estudos de Linha de Base (ELBs) financiados pelo Projeto de Expansão e Consolidação da Saúde da Família (PROESF).

O desafio da avaliação é a apropriação das conclusões pelos atores sociais aos quais é destinada, fazendo valer sua finalidade democrática, como uma fonte de mudança. Assim, Champagne *et al.* (2011) leva-nos a refletir que a avaliação no campo da saúde assenta-se em uma tríplice legitimidade científica, política e social.

3.2.3 Referencial Teórico de Avaliação – Avedis Donabedian

A temática da avaliação em saúde envolve vários enfoques teóricos, tanto no que se refere às possíveis abordagens, quanto no que concerne aos seus atributos ou componentes. Com isso, descrevem a importância de definir um referencial teórico para conduzir uma pesquisa de avaliação em saúde. (SILVA; FORMIGLI, 1994).

Avedis Donabedian foi um médico considerado um dos primeiros pesquisadores sobre a temática da avaliação em serviços de saúde. Considera, que os estudos de qualidade são ordinariamente preocupados com, pelo menos, um de três objetos: o primeiro é referente ao cuidado real fornecido por uma determinada categoria de prestadores de cuidados; o segundo, ao cuidado real recebido por um grupo específico de pessoas; e, em terceiro, a capacidade de um grupo especificado de provedores para prestar cuidados. (DONABEDIAN, 2003).

A qualidade é vista por Donabedian (2003) como o aspecto central a ser considerado para a avaliação em saúde. Para esse autor, a “estrutura” corresponderia às características relativamente estáveis dos seus provedores, aos instrumentos e recursos, bem como às condições físicas e organizacionais; o “processo” corresponderia ao conjunto de atividades desenvolvidas na relação entre profissionais e pacientes; e os “resultados” seriam as mudanças verificadas no estado de saúde dos pacientes que pudessem ser atribuídas a um cuidado prévio. Também poderiam ser considerados como resultados mudanças relacionadas com conhecimentos e comportamentos, bem como a satisfação do usuário

decorrente do cuidado prestado. (SILVA; FORMIGLI, 1994).

Avaliação do processo é o indicador mais direto para análise da qualidade da assistência prestada, enquanto que os resultados são indicadores de qualidade, de forma indireta, dos aspectos relacionados à estrutura e ao processo. (DONABEDIAN, 2003).

O autor também ressalta a importância da estrutura para o desenvolvimento dos processos e seus consequentes resultados, na medida em que a própria função de monitoramento é parte da estrutura, além dos diversos outros aspectos organizacionais e daqueles relacionados aos recursos materiais. Por fim, Donabedian conclui que a melhor estratégia para a avaliação da qualidade requer a seleção de um conjunto de indicadores representativos das três abordagens. (SILVA; FORMIGLI, 1994).

Tanaka (2011) propõe romper com a sequência da tríade, segundo o qual as avaliações na Atenção Básica deveriam ser iniciadas pelo componente processo, visando identificar a adequação da oferta e das relações entre os distintos procedimentos desse nível de atenção.

Donabedian (2003) recomendava que a avaliação da qualidade fosse baseada não só na satisfação dos usuários, mas também na satisfação dos profissionais e em fatores objetivos. Portanto, o juízo da qualidade implica o confronto entre diferentes atores. (SERAPIONI, 2006).

3.3 Atenção Básica, Atenção Primária e Estratégia Saúde da Família

A Conferência Internacional de Alma-Ata (1978), evento que representou um marco de influência nos rumos das políticas de saúde no mundo, enfatizando saúde como direito universal e os cuidados primários à saúde como proposta para o alcance de um nível de saúde aceitável até o ano 2000, realizada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e pelo Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), definiu a Atenção Primária como cuidados essenciais baseados em métodos de trabalho e tecnologias de natureza prática, cientificamente críveis e socialmente aceitáveis, universalmente acessíveis na comunidade aos indivíduos e às famílias, com sua total participação e a um custo suportável para as comunidades e para os países, à medida que se desenvolvem num espírito de autonomia e determinação.

Essa conferência especificou que os componentes fundamentais da atenção primária à saúde eram educação em saúde, saneamento ambiental, programas de saúde materno-infantis, incluindo imunização e planejamento familiar, prevenção de doenças

endêmicas locais, tratamento adequado de doenças e lesões mais comuns, fornecimento de medicamentos essenciais, promoção de boa nutrição e medicina tradicional. (STARFIELD, 2002).

Andrade, Barreto e Bezerra (2012, p. 786) com base em Starfield (2002) e Vuori(1984) apresentam um conceito de APS:

[...] como o nível de um sistema de saúde que oferece a entrada no sistema para todas as necessidades e problemas, fornece atenção à pessoa (não à enfermidade) nodecorrer do tempo, fornece atenção a todas as situaçõesde saúde, exceto as incomuns e coordena ou integra a atenção fornecida em algum outro lugar ou por terceiros. É o tipo de atenção à saúde que organiza e racionaliza o uso de todos os recursos, tanto básicos como especializados, direcionados para a promoção, manutenção e melhora da saúde.

Em 2005, a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), face das diferentes experiências da APS nos países desenvolvidos e em desenvolvimento, sobretudo na América Latina, tendo em vista as disparidades políticas, sociais, econômicas e culturais, publica um documento que amplia e aprofunda a sistematização sobre a APS, intitulado “Renovação da Atenção Primária de Saúde nas Américas”.

Este documento da OPAS/OMS (2005) reuniu as concepções de APS sob quatro abordagens, reconhecendo que o seu desenvolvimento dá-se de forma diferenciada entre os países e dentro da própria região das Américas, são elas: *a) atenção primária seletiva*, entendida como um programa específico para populações e regiões pobres, para as quais se destinam baixos investimentos, a assistência é feita por profissionais de baixa qualificação e não existe referência para níveis mais complexos do sistema; *b) atenção primária como o primeiro nível da assistência*, caracterizada pela forma de organizar a porta de entrada do sistema de maneira que os serviços sejam os mais resolutivos possíveis, sobre os problemas mais comuns de saúde e minimizando custos; *c) atenção primária à saúde como estratégia de reorganização do sistema de serviço de saúde*, tratando-se de uma forma de reorganizar e reordenar todos os recursos do sistema para atender as demandas, necessidades e representações da população; constitui-se, portanto, em uma estratégia para organização de todo o sistema de saúde, podendo pela sua amplitude acomodar as outras duas concepções; e *d) atenção primária à saúde como um assunto de direitos humanos*, na qual a saúde é tida como um direito humano e, nessa perspectiva, não se restringe ao seu próprio campo, pois há que se considerar os aspectos políticos, econômicos e sociais em sua determinação.

De acordo com Giovanella *et al.*(2009), na década de 1980, na América Latina, prevaleceu a abordagem seletiva de atenção primária com a implementação de uma cesta

mínima de serviços, em geral de baixa qualidade. Recentemente, países da região vêm desenvolvendo políticas para fortalecer a APS como estratégia para organizar os serviços e promover a equidade em saúde renovando uma abordagem abrangente de APS. No Brasil, na década de 1990, a concepção de APS também foi renovada com a regulamentação do SUS baseada na universalidade, equidade, integralidade e nas diretrizes organizacionais de descentralização e participação social, para se diferenciar da concepção seletiva de APS, passou-se a usar o termo atenção básica em saúde.

Estratégia Saúde da Família, inicialmente voltado à expansão de cobertura, com foco em áreas de maior risco social e implantado a partir de 1994 como um programa paralelo, aos poucos adquiriu centralidade na agenda do governo, convertendo-se em estratégia estruturante dos sistemas municipais de saúde e modelo de APS. (GIOVANELLA, 2009).

A atual portaria da Atenção Básica Portaria Ministério da Saúde nº 2.488, 21 de outubro de 2011 (BRASIL, 2011b), trouxe algumas mudanças referentes à Portaria 648 GM/MS, considerando os termos Atenção Básica (AB) e Atenção Primária a Saúde (APS), como termos equivalentes e tem na Saúde da Família sua estratégia prioritária para expansão e consolidação da AB.

De acordo com a referida portaria, a Atenção Básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades. (BRASIL, 2011b).

Starfield, em 1998, em sua obra intitulada *Primary Care: Balancing Health Needs, Services, and Technology*, traduzida para o português e publicada pela Unesco/Ministério da Saúde em 2002, que tem se constituído em uma referência internacional, discorre sobre os resultados positivos da APS e apresenta um estudo comparativo entre onze países, sobre sistemas de serviços de saúde realizado em 1994, cujos resultados apontaram a superioridade dos sistemas de serviços organizados pela atenção primária. De acordo com essa autora, uma Atenção Primária resolutiva deve contemplar os *atributos essenciais e os atributos derivativos*.

Para Mendes (2012), só haverá uma APS de qualidade quando os seus sete atributos estiverem sendo operacionalizados, em sua totalidade. Os atributos essenciais são quatro: primeiro contato, longitudinalidade, integralidade e coordenação.

O **Primeiro Contato** caracteriza-se por renovação do contato a cada comparecimento da população ao serviço e tem relação direta com acessibilidade. Esta é uma premissa que só o usuário será capaz de dizer se está presente naquele serviço ou não. Ela poderá ser medida através da avaliação da acessibilidade, que é um elemento estrutural, e da utilização, que é um elemento processual.

A **Longitudinalidade** está relacionada à interação entre serviço e população, uma espécie de fidelidade no qual o serviço é responsável pela população e a acompanha por um longo espaço de tempo, indefinido, e a população mantém aquele serviço como sua referência.

A **Integralidade** refere-se à capacidade do serviço de saúde em prover a população de toda a assistência que ela necessita, mesmo que não disponha de todos os serviços. Para tanto, deverá encaminhar a população para as unidades de referência. A integralidade pressupõe, também, o grau de competência dos serviços em identificar a natureza dos problemas que recebe, sejam eles, funcionais, orgânicos ou sociais.

A **Coordenação da Atenção** pressupõe continuidade. Uma vez encaminhado a outro serviço, o vínculo do paciente com a unidade de origem deve permanecer, os registros garantidos e a comunicação entre profissionais de níveis de atenção diferentes devem constituir-se em uma rotina, garantindo assim a referência e a contra-referência.

Alcançados esses atributos essenciais, três atributos derivados qualificam as ações dos serviços de APS: atenção à saúde centrada na família (orientação familiar), orientação comunitária e competência cultural. (STARFIELD, 2002).

Atenção à saúde centrado na família: envolve o conhecimento que o serviço deve possuir sobre membros da família, seus problemas de saúde e sobre a família em si, como foco de atenção. Na avaliação das necessidades individuais para atenção integral, devemos considerar o contexto familiar e seu potencial de cuidado e, também, de ameaça à saúde, incluindo o uso de ferramentas de abordagem familiar.

Orientado para a comunidade: entendimento das necessidades da população presentes no contexto social em que estão inseridas e que, portanto, os profissionais de saúde precisam conhecer.

Competência cultural: sensibilidade do serviço em reconhecer as diferenças entre as populações a partir de suas origens, crenças, etnias, raças, valores e cultura, no atendimento às suas necessidades.

Neste estudo, destacamos o atributo longitudinalidade. Segundo Alpert e Charney (1971 *apud* STARFIELD, 2002), a essência da longitudinalidade é uma relação pessoal ao

longo do tempo, independente do tipo de problemas de saúde ou até mesmo da presença de um problema de saúde, entre um paciente e um médico ou profissionais não-médicos. De acordo Starfield(2002) a longitudinalidade está associada a diversos benefícios, incluindo menor utilização de serviços, melhor atenção preventiva, atenção mais oportuna e adequada, menos doenças preveníveis, melhor reconhecimento. Esses achados foram a partir de estudos internacionais.

Em uma revisão sistemática realizada por Cunha e Giovanella (2009) sobre longitudinalidade/continuidade do cuidado foram apontados três elementos imprescindíveis desse atributo da ABS/APS: a existência e o reconhecimento de uma fonte regular de cuidados, o estabelecimento de vínculo terapêutico duradouro entre os pacientes e os profissionais de saúde da equipe local e a continuidade informacional. Tais elementos são identificados como dimensões da longitudinalidade.

Com a expansão da AB/APS no Brasil, com quase duas décadas da implantação da ESF, faz-se necessário analisar a presença e a extensão dos atributos essenciais e derivativos no contexto do SUS.

4 METODOLOGIA

4.1 Tipo de estudo/Abordagem

Estudo avaliativo-descritivo, com abordagem quantitativa a partir do modelo sistêmico proposto por Donabedian (2003), considerando os componentes estrutura, processo e resultado.

A pesquisa avaliativa, de acordo com Martins e Theophilo (2009), é uma estratégia de investigação aplicada para avaliar programas e que pesquisa fenômenos dentro de seu contexto real. Esse tipo de pesquisa deve ser orientada com rigorosa abordagem metodológica que contemple a caracterização precisa do que será avaliado. No estudo em questão, o atributo longitudinalidade da APS com base.

Para Gil (2011), o estudo descritivo está entre aqueles que o pesquisador tem interesse pela atuação prática e busca a relação entre variáveis acerca do objeto.

Quanto à escolha da abordagem quantitativa deve-se à natureza do objeto de estudo, avaliar a longitudinalidade do cuidado ao idoso na ESF, requer uma abordagem estatística, tendo em vista possibilitar a objetividade e confiabilidade do estudo, pois a pesquisadora é sujeito deste estudo/trabalhadora da instituição. A abordagem qualitativa poderia ser direcionada com base nas representações da pesquisadora. Além do mais, propor-se avaliar a AB/APS não é uma atividade simples, é um desafio ao qual nos propomos realizar utilizando da estatística.

A abordagem quantitativa, para Gil (2010), refere-se ao tipo de pesquisa que requer a análise de dados objetivos, passíveis de quantificação. Pressupõe a previsão de mensuração das variáveis pré-estabelecidas, almejando verificar e explicar sua influência sobre outras variáveis. Para Minayo *et al.* (2005), a abordagem quantitativa tem por base filosófica o positivismo, assim a pesquisa quantitativa ocupa-se dos fatos e não de representações.

Além do trabalho de campo, a pesquisadora buscou em fontes primárias e secundárias indicadores relacionados à saúde do idoso.

O Modelo Sistêmico de avaliação proposto por Donabedian (2003) foi adotado como o referencial teórico para o estudo, tendo em vista ser ainda o referencial mais utilizado para avaliação de programas e serviços de saúde, mesmo ante as diversas críticas.

Vale ressaltar que, para Vuori (1991 *apud* SAMICO *et al.*, 2010), esta abordagem é estática, não permitindo muitas vezes a análise da realidade como um todo. No entanto, compreendemos que a prática é dinâmica, assim como são os processos no território da ESF, e nenhuma teoria poderia apreender a realidade. O estudo propõe mesmo fazer uma avaliação clássica tradicional, pois compreendemos que a avaliação da longitudinalidade ao idoso no contexto da ESF em um grande centro urbano é algo inovador, necessitando para o seu delineamento apoiar-se em uma teoria clássica como a de Avedis Donabedian.

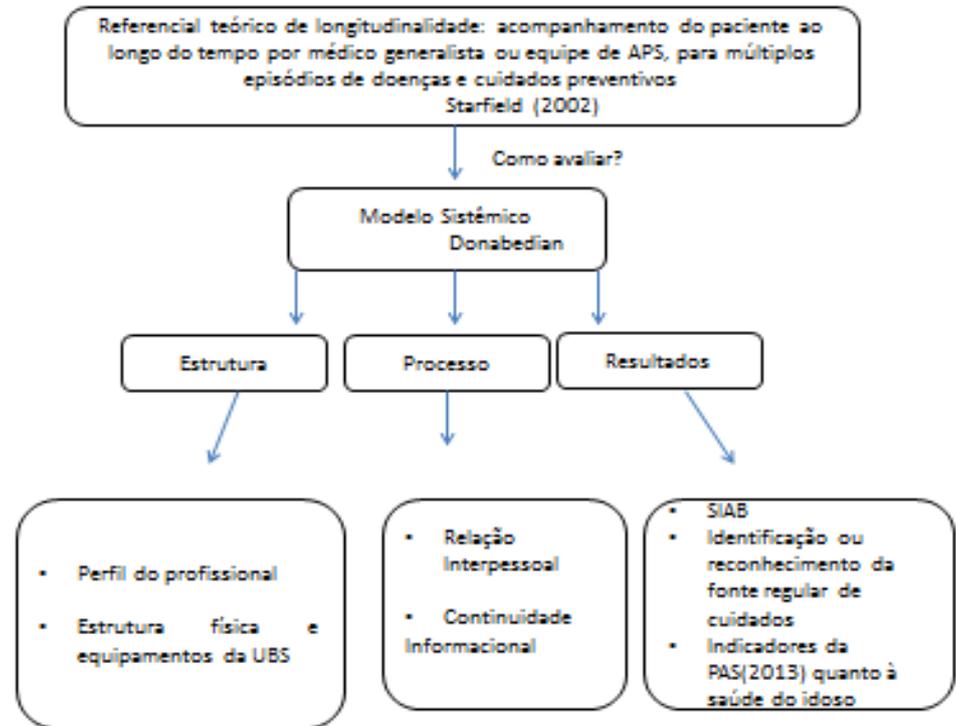
Neste estudo, estão avaliados os componentes estruturais, processuais e de resultados quanto à longitudinalidade com base no referencial de Donabedian (2003). Assim, adotamos que a estrutura foi avaliada pela infraestrutura física e disponibilidade de equipamentos e insumos das UBSs, e ainda perfil dos profissionais. O componente processo, pela relação interpessoal dos usuários idosos e os profissionais de saúde da equipe local e pela continuidade informacional. Quanto aos resultados, neste estudo, incluímos a utilização da UBS pelos usuários, o reconhecimento da UBS para o atendimento a novos e antigos problemas de saúde, na perspectiva dos usuários e dos profissionais, dados do SIAB quanto ao número de consultas realizadas pelos idosos na UBS e à quantificação de indicadores para saúde do idoso como pactuado pela FMS na Programação Anual de Saúde. O delineamento da pesquisa está representado na figura 1.

4.2 Cenário da Pesquisa

A pesquisa foi realizada na capital do estado do Piauí, na cidade de Teresina. Atualmente, de acordo com o censo do IBGE (2010), a capital piauiense tem uma população composta por 814.230 mil habitantes. Em janeiro do corrente ano, a Prefeitura de Teresina passou por uma reforma administrativa tendo implicações no Setor Saúde. Foi criada a Secretaria Municipal de Saúde, que ficará responsável pela gestão do SUS e a Fundação Hospitalar de Teresina, que será executora das ações assistenciais no âmbito hospitalar. Foi mantida a Fundação Municipal de Saúde (FMS), que executará as funções de vigilância e atenção primária à saúde. (TERESINA, 2013).

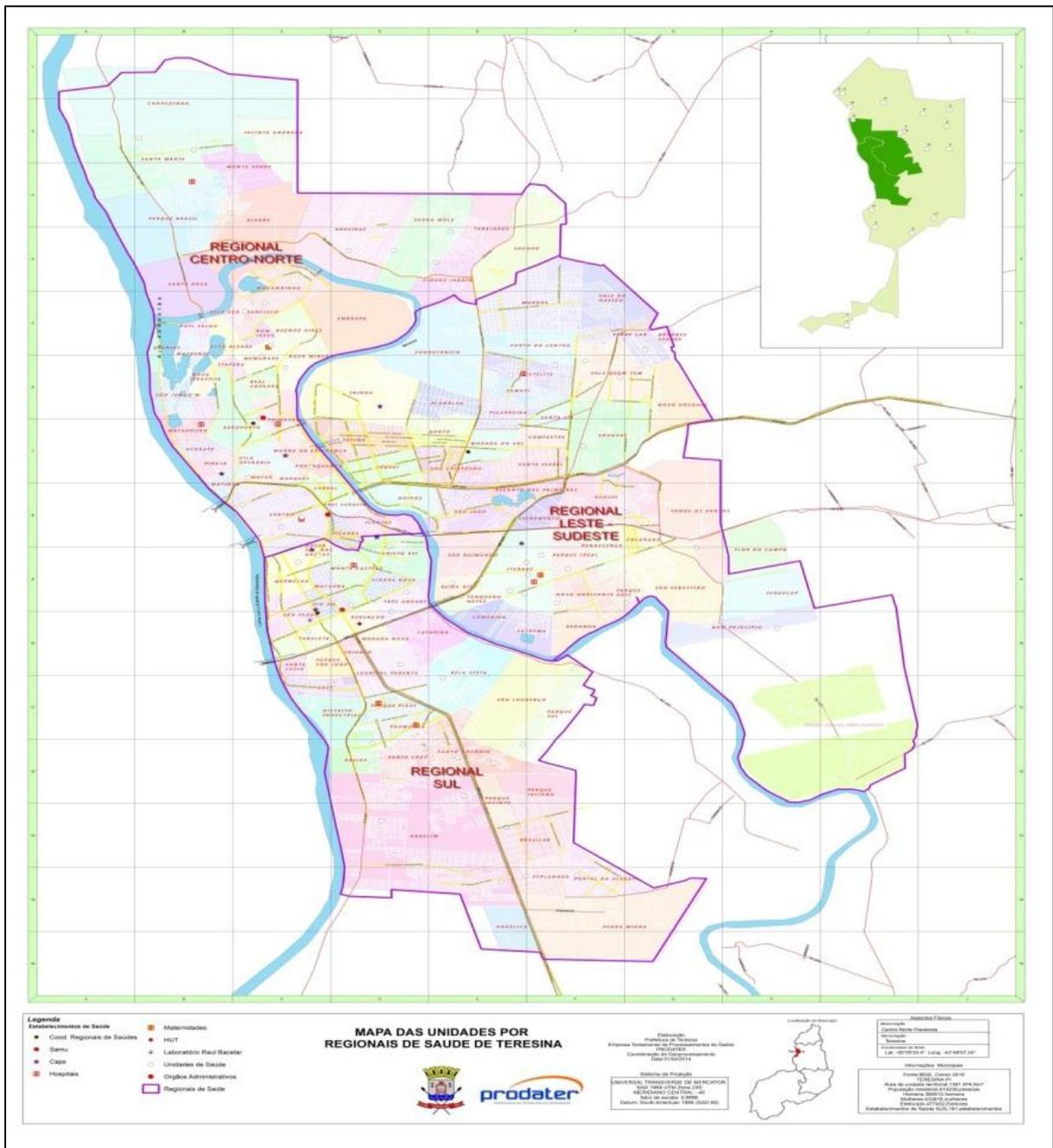
A gestão da Fundação Municipal de Saúde constitui-se de forma descentralizada nas 03 Diretorias Regionais de Saúde (DRS), a DRS-Sul, DRS-Leste Sudeste, DRS-Centro/Norte como mostra a figura 2.

Figura 1 – Delineamento da pesquisa, Teresina-PI, 2013



FONTE: Elaboração da autora

Figura 2 – Mapa das Diretorias Regionais de Saúde, Teresina-PI, 2013



FONTE: TERESINA (Prefeitura). PRODATER (2014).

Em Teresina, na implantação do Programa de Saúde da Família em 1999, havia 40 equipes compostas por médicos, enfermeiros e agentes comunitários de saúde que atendiam a 33.717 famílias em 125 favelas e vilas e 26 comunidades rurais, que representava cerca de 5% do total de famílias residentes na capital.

Com o PROESF, de acordo com o ELB de Facchiniet *al.* (2006), a cobertura do PSF de Teresina passou de 5% em 1999 para 60% em 2004, alcançando a meta proposta pelo

PROESF para os municípios de mais de 100 mil habitantes. Em 2001, o número de ESF instaladas no município era de 71, passando para 195 em 2004, essa expansão quase triplicou o número de ESF implantadas no município. O número total de UBS de Teresina, que era de 105 em 2001, aumentou para 123 em 2004.

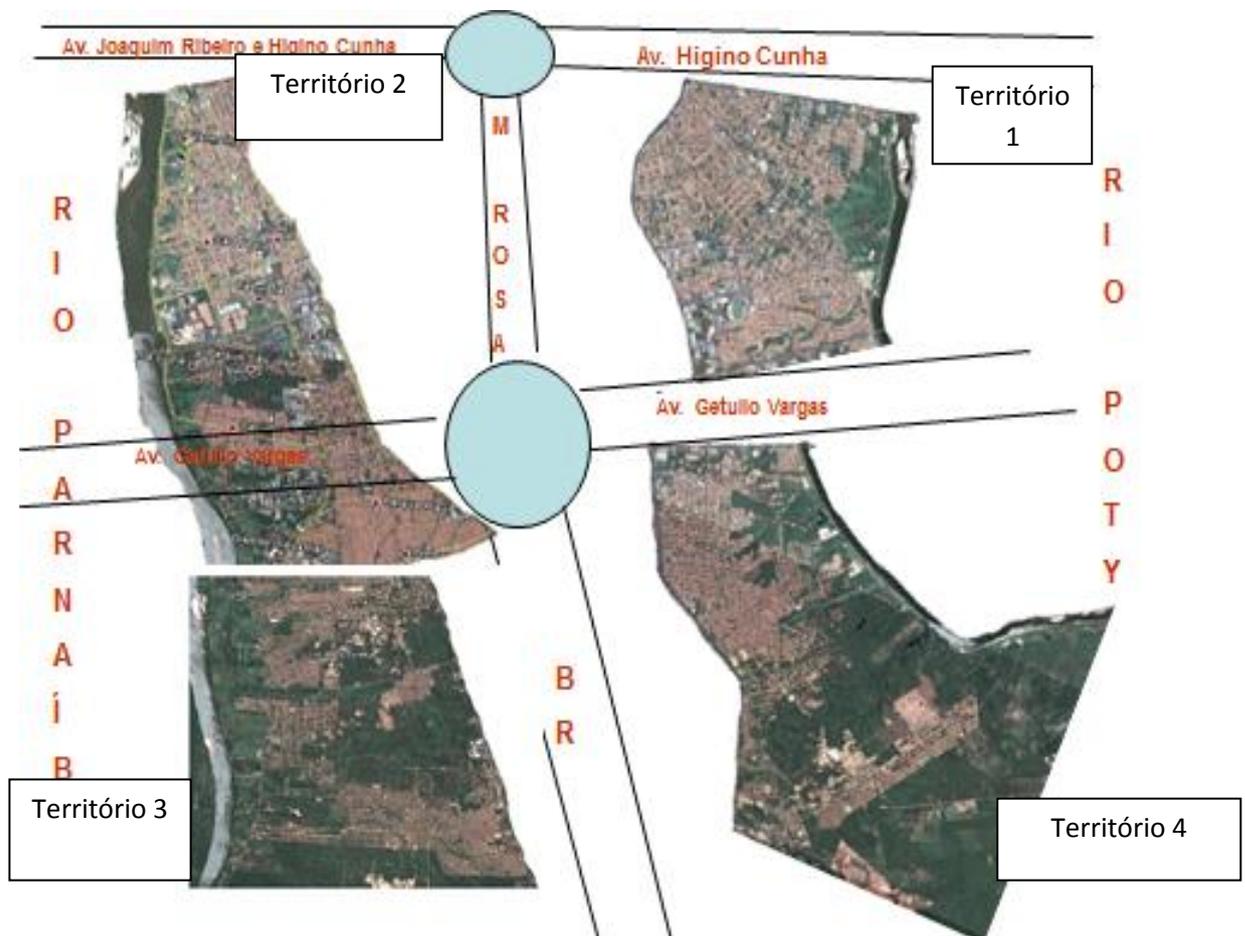
Atualmente, estão implantadas 243 equipes ESF com cobertura de 85,5% da população teresinense (SIAB/fev./2014), sendo:

- DRS-Sul: 82 ESF, sendo 05 na zona rural e 77 na zona urbana.
- DRS-Centro/Norte: 78 ESF, sendo 06 na zona rural e 72 na zona urbana.
- DRS Leste/Sudeste: 83 ESF, sendo 11 na zona rural e 72 na zona urbana.

Este estudo foi realizado na área de abrangência da DRS-Sul, local onde a pesquisadora exerce suas atividades como apoiadora institucional há três anos, tendo trabalhado na atenção a equipe da ESF de área urbana por sete anos.

A DRS-Sul tem sob sua responsabilidade vinte e oito unidades, que são referência para as equipes da Estratégia Saúde da Família, são as unidades básicas de saúde (UBS). Está dividida em quatro territórios como mostra a figura 3.

Figura 3 – Territórios da DRS-Sul, Teresina-PI, 2014



Fonte: DIRETORIA REGIONAL DE SAÚDE SUL

4.3 População e Amostra

A pesquisa foi composta por três unidades de análise, a saber: 1) usuários idosos com 60 anos ou mais; 2) enfermeiro(a) e médico(a) das equipes de saúde da família e 3) coordenadores das UBS.

- **Usuários idosos**

Os usuários idosos contribuíram para investigação dos componentes processo e resultados. A escolha pela população idosa deve-se a compreensão de que a assistência a essa clientela na ESF atende às dimensões da longitudinalidade do cuidado, sendo os objetivos do estudo avaliá-la.

Como critérios de inclusão dos idosos, apontamos: ter utilizado a UBS pelo menos uma vez nos últimos 12 meses, ser cadastrado em alguma ESF da área de abrangência da UBS e aceitar participar da pesquisa a partir do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

De acordo com o Departamento de Informática do SUS (DATASUS) (DEZ./2012), há um total de 196.172 famílias cadastradas no SIAB, sendo 738.146 pessoas, das quais 70.481 na faixa etária de 60 anos ou mais. Para a DRS-Sul, de acordo com dados do SIAB (FEV/2013), há um total de 30.218 pessoas com 60 anos ou mais, sendo 2.496 na zona rural e 27.722 na zona urbana.

Amostra e amostragem: Utilizamos uma amostra probabilística aleatória simples. De acordo com o SIAB, em fevereiro de 2013, a população de idosos da zona urbana da DRS-Sul de Teresina, área que corresponde à abrangência do estudo, corresponde a 27.722 pessoas. Para dimensionar uma amostra representativa dessa população, tomamos como parâmetro de referência $p = 0,50$, erro amostral de 5% e nível de confiança de 95%. Pela fórmula para amostra casual simples, o tamanho da amostra (n) fica:

$$n = \frac{N \cdot Z^2 \cdot p \cdot (1 - p)}{Z^2 \cdot p \cdot (1 - p) + e^2 \cdot (N - 1)}$$

Onde:

n—amostra calculada

N – população

Z –variável normal padronizada associada ao nível de confiança

p –verdadeira probabilidade do evento

e–erro amostral

Substituindo os valores, temos:

$$n = \frac{27.722 \times 1,96^2 \times 0,50 \times (1-0,50)}{1,96^2 \times 0,50 \times (1-0,50) + (0,05)^2 \times (27.722)} = 378 \text{ idosos}$$

Onde:

1,96 é o escore da curva normal para o nível de confiança de 95%;

0,50 é o parâmetro de referência;

0,05 é o erro amostral.

Para a distribuição da amostra nas UBS $n_i, i=1,2,3,4,\dots, 23$, tomamos como base a porcentagem do número (m_i) de idosos atendidos e registrados no Sistema de Atendimento Ambulatorial(SIA)no período de janeiro a abril de 2013, por o tamanho da amostra dimensionada que para facilitar o cálculo da distribuiçãofoi arredondado para 400.

Assim, $n_i=(m_i)/400$, que ficaram distribuídas nas 23 unidades básicas da zona urbana. No total, foram entrevistados 385 idosos. (APÊNDICE G).

Os usuários idosos foram entrevistados na Unidade Básica nos turnos manhã e tarde por entrevistadores treinados.

Para seleção aleatória da amostra, adotamos como critério para escolha do usuário idoso, a data de aniversário mais próxima do dia da coleta de dados. Portanto, evita-se, com a aleatorização, os vieses de escolha da amostra, o que poderia ocorrer se não houvesse estabelecido um ou mais critérios de sorteio, tendo em vista a variação do n_i , em cada UBS. Poderia o entrevistador cair na intencionalidade temporal para concluir a pesquisa de campo. Assim as acadêmicas foram orientadas a seguir este critério, devendo quando houvesse mais de 01 idoso na UBS interrogá-los quanto ao seu mês de aniversário e idade e iniciar as entrevistas pelo sorteado, dando sequência seguindo o critério estabelecido.

- **Os profissionais da ESF**

Os profissionais das ESF médicos e enfermeiros contribuíram para investigar os componentes estrutura, processo e resultados. Utilizamos uma amostra intencional, os profissionais deveriam atender aos seguintes critérios de inclusão: ter no mínimo três anos de atuação no mesmo território atual da ESF e concordarem em participar do estudo a partir do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE A). Uma equipe de saúde da família de cada unidade foi selecionada, no total, 23 equipes.

A amostra proposta seria, portanto, de 46 profissionais, no entanto constatamos que em 04 UBS os médicos não atendiam ao critério de inclusão de ter no mínimo três anos de atuação e em 01 outra UBS não havia médico. Não encontramos enfermeiros para compor a amostra em 02 UBS, pois em 01 unidade de saúde a profissional era recém-contratada pela FMS e, em outra, o enfermeiro estava de licença prêmio por 03 meses e seu substituto também não atendia aos critérios de inclusão.

Assim, a amostra de profissionais do estudo foi composta por 18 médicos e 21 enfermeiros, totalizando 39 profissionais.

- **Os coordenadores das UBS**

Esses profissionais responderam sobre a estrutura e processo, no que se refere à dimensão continuidade informacional. No total foram 23 coordenadores.

Com a reforma administrativa na Prefeitura de Teresina-Piauí a partir de janeiro de 2013, a gerência das UBS ficou a cargo de profissionais admitidos por meio de portarias municipais, entre os quais há pessoal sem formação na área de Ciências da Saúde.

4.4 Período, Procedimentos e Instrumentos de coleta de dados

Os dados deste estudo foram coletados em duas etapas: a primeira ocorreu no período de novembro a dezembro de 2013 e foi realizada entrevista com os profissionais da ESF e os coordenadores da UBS. A segunda foi realizada com os usuários idosos e ocorreu em janeiro a fevereiro de 2014.

Nas duas etapas foram utilizados como instrumentos de coleta de dados formulários de entrevista aplicados aos profissionais, aos usuários e aos coordenadores pela própria pesquisadora juntamente com duas acadêmicas de Enfermagem da Faculdade Santo Agostinho (FSA) que estavam cursando o último período do curso, as quais foram previamente capacitadas para a coleta dos dados. Por ocasião da capacitação foram discutidos os objetivos da pesquisa, os critérios de inclusão, os termos de consentimento, questões éticas da pesquisa e o correto preenchimento dos formulários.

Foi adotado também um diário de campo pelas acadêmicas, com a finalidade de registrar as dificuldades, facilidades da coleta, a receptividade nas UBS pelos usuários e profissionais, bem como para planejamento das atividades.

A entrevista pode ser considerada tanto como uma forma de comunicação verbal, como técnica de coleta de dados nas pesquisas sociais. A pesquisadora optou pela entrevista, pois essa técnica apresenta, de acordo com Gil (2011), vantagens, tais como: os dados obtidos são suscetíveis de quantificação e classificação, não exige que o entrevistado saiba ler, o pesquisador na interação com o entrevistado poderá esclarecer dúvidas quanto às perguntas e respostas, possibilita maior número de respostas em comparação à aplicação e retorno de questionários.

Para Gil (2011), a entrevista estruturada com respostas previamente estabelecidas é preferível ser intitulada de formulário a questionário, tendo em vista que este é auto administrado.

De acordo com Minayo, Deslandes e Gomes (2012), a entrevista como interação social está sujeita as relações sociais. A mesma autora considera importante algumas formalidades na entrada do entrevistador no campo.

Os instrumentos aplicados aos enfermeiros, aos médicos e aos usuários idosos (APÊNDICE D) foram adaptados de um roteiro com quinze perguntas proposto por Cunha e Giovanella (2011) para investigação da longitudinalidade, com base na versão brasileira do *Primary Care Assessment Tool* (PCATool), previamente testado por Almeida e Macinko (2006). Em uma revisão sistemática realizada por essas autoras sobre longitudinalidade/continuidade do cuidado, identificamos três elementos imprescindíveis desse atributo da ABS/APS de acordo com o contexto do sistema de saúde público brasileiro: a existência e o reconhecimento de uma fonte regular de cuidados, o estabelecimento de vínculo terapêutico duradouro (relação interpessoal) entre os pacientes e os profissionais de saúde da equipe local e a continuidade informacional. Tais elementos são identificados como dimensões da longitudinalidade.

Quanto às adaptações realizadas no instrumento proposto por Cunha e Giovanella (2011), vale ressaltar que o formulário aplicado aos usuários foi adaptado a uma linguagem com pronome pessoal de tratamento na segunda pessoa, foi reformulada a questão 1, que passou a configurar “O(a) senhor(a) sabe qual equipe da ESF é responsável por sua família?”, sendo que no original está expressa da seguinte forma: “A unidade possui adscrição da clientela?”. Também foram suprimidas as perguntas 13 e 14, uma vez que a pesquisadora compreende que esses dados da continuidade informacional não estão direcionados ao usuário.

Quanto ao formulário aplicado aos profissionais, a palavra paciente foi adjetivada de idosos, para facilitar o direcionamento das respostas à amostra proposta no estudo. Adaptações comuns aos dois formulários foi a inclusão de respostas fechadas em escala tipo Likert. Na presente pesquisa, adotamos as respostas do estudo de Almeida e Macinko (2006): “nunca”, “quase nunca”, “algumas vezes”, “muitas vezes”, “quase sempre” e “sempre”. A cada resposta foi atribuído um escore que vai entre 1 a 6. De acordo como o quadro a seguir:

Quadro 1 – Escores para as respostas do formulário de pesquisa

RESPOSTA	ESCORE
NUNCA	1
QUASE NUNCA	2
ALGUMAS VEZES	3
MUITAS VEZES	4
QUASE SEMPRE	5
SEMPRE	6

Fonte: . Almeida e Macinko (2006)

Aos coordenadores das UBS foi aplicado um formulário (APÊNDICE E) que buscou realizar uma avaliação acerca da estrutura que a UBS oferece para ser reconhecida como fonte regular de cuidados a população idosa e como está garantida a continuidade informacional. Tal formulário foi construído com base no estudo de Cunha e Giovanella (2011) para investigação da longitudinalidade, no que se refere somente à continuidade

informacional, na ferramenta Autoavaliação para Melhoria do acesso e da Qualidade da Atenção Básica (AMAQ) - dimensão Unidade Básica de Saúde (BRASIL, 2012b)

4.5 Pré-Teste do instrumento e estudo piloto

Os instrumentos foram submetidos a um pré-teste realizado por meio de entrevistas com 12 usuários idosos em 03 UBS's, 05 enfermeiros e 05 médicos que não compuseram a amostra. Foi realizado também com 03 coordenadores de unidades e para compor a amostra de 23 coordenadores repetimos a entrevista com os mesmos por ocasião da coleta de dados. Buscamos avaliar a adequação das perguntas do ponto de vista da compreensão e se as respostas obtidas atingiram os objetivos do trabalho, a adequação de tempo para respostas e a pertinência das informações solicitadas, conforme os objetivos dessa pesquisa.

Essas informações permitiram identificar que, quanto ao formulário aplicado aos coordenadores, o tempo médio da abordagem inicial a conclusão do instrumento era em média de 40 a 45 minutos e que era necessário local restrito para não haver interrupções, bem como garantir o anonimato aos entrevistados.

Quanto ao formulário aplicado aos médicos e enfermeiros, vale ressaltar que por ocasião do projeto piloto um médico não soube identificar o termo “adscrição de clientela”, no entanto, optamos por não modificar haja vista que maioria dos entrevistados conhecia o termo, tratando-se, portanto, de um caso isolado. Todavia, durante a capacitação das acadêmicas, foi enfatizado que tal situação poderia ocorrer e foi feita orientações sobre o significado do termo. O tempo médio das entrevistas foi de 20 a 25 minutos.

Quanto ao formulário dos usuários idosos, observamos que os analfabetos tinham dificuldades em responder as opções dispostas no cartão-resposta ou mesmo apontá-las como sugerimos. No entanto, como há uma taxa de analfabetismo no estado do Piauí de acordo com o censo (IBGE, 2010), correspondente a 21%, optamos por não excluir os analfabetos, sendo necessário das entrevistadoras maior disposição, sensibilidade e atenção para a leitura do TCLE e para o preenchimento do formulário no ato da realização da entrevista com os idosos analfabetos.

4.6 Organização, análise e interpretação dos resultados

Para Gomes *et al.* (2005), a organização e o processamento de dados são um dos aspectos mais complexos da avaliação. Essa etapa deve se articular com a etapa do trabalho de campo e a perspectiva analítica adotada, que no presente estudo tem por base dados objetivos, portanto, quantitativa.

O primeiro passo foi a organização dos dados em três grupos:

- Dados dos formulários aplicados aos usuários,
- Profissionais da ESF e
- Coordenadores da UBS's

O segundo passo foi a criação do banco de dados em meio eletrônico, inicialmente, na planilha *Microsoft Excel*. A construção do banco de dados ocorreu em duas etapas:

- Digitação e codificação das entrevistas, onde foi estabelecido para cada formulário os valores de escores, de modo a permitir comparabilidade entre as etapas de estrutura, processo e resultados.

- Correção de dados, em que verificamos possíveis falhas na digitação e busca detectar inconsistências entre as respostas dadas pelos entrevistados. Foi realizada a digitação e a revisão de 10% da amostra por meio de um sorteio aleatório.

O terceiro passo consistiu na exportação do *Microsoft Excel* para o Programa IBM/SPSS versão 21.0., no qual os dados foram processados.

Utilizamos a estatística descritiva e indutiva para análise dos dados, partindo da construção de tabelas com as médias (\bar{X}) dos valores dos escores obtidos e do Erro Padrão da Média (EP), que permite observar a variação máxima e mínima da média. Posteriormente, os resultados foram discutidos à luz do referencial de Donabedian (2003) e da literatura pertinente ao objeto de estudo.

Como o estudo é avaliativo e quantitativo e assim requer um julgamento, adotamos neste estudo os conceitos a seguir correspondentes aos valores das média (\bar{x}) dos escores obtidos conforme mostra o quadro a seguir:

Quadro 2- Equivalência da média \bar{x} escores obtidos e conceitos adotados na pesquisa

MÉDIA \bar{x} ESCORES OBTIDOS	CONCEITOS
5,0 a 6,0	EXCELENTE
3,5 a 4,9	BOM
2,0 a 3,4	REGULAR
0 a 1,9	INSUFICIENTE

FONTE: Elaboração da autora

O teste para verificação se a diferença entre as médias (\bar{X}) dos profissionais médicos e enfermeiros foi teste não-paramétrico Teste U de Mann-Whitney de amostras independentes.

Utilizamos também para a verificação da diferença entre as médias da distribuição dos usuários entre os territórios 1, 2, 3 e 4 o teste não-paramétrico de Kruskal-Wallis.

Esses testes foram aplicados porque a hipótese de que a média dos escores tinham a distribuição normal foi rejeitada pelo teste de Kolmogorov-Smirnov ($p < 0,00$).

Em ambas as situações, as hipóteses nulas de igualdade das médias foram rejeitadas quando nível de significância $p < 0,05$.

4.7 Aspectos Éticos e Legais da Pesquisa

O estudo tem por base os preceitos éticos da Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) sobre pesquisas envolvendo seres humanos, que se caracterizam como pesquisas que, individualmente ou coletivamente, envolvam o ser humano, de forma direta ou indireta, em sua totalidade ou a partir dele, incluindo o manejo de informações ou materiais, incorporando sobre a óptica do indivíduo e das coletividades os quatro referenciais básicos da bioética: autonomia, não maleficência, benevolência e justiça, visando também, assegurar os deveres e os direitos que dizem respeito à comunidade científica, os sujeitos da pesquisa e ao estado. (BRASIL, 2012a).

As pesquisas envolvendo seres humanos devem atender às exigências éticas e científicas fundamentais. A eticidade da pesquisa implica em:

a) Consentimento livre e esclarecido dos indivíduos-alvo e a proteção a grupos vulneráveis e aos legalmente incapazes (autonomia). Nesse sentido, a pesquisa envolvendo seres humanos deverá sempre tratá-lo em sua dignidade, respeitá-lo em sua autonomia e defendê-lo em sua vulnerabilidade.

A observância ao princípio da autonomia será obedecida diante do esclarecimento aos sujeitos de que eles possuíam o livre arbítrio para decidir participar ou não da pesquisa, que a mesma era voluntária e que a qualquer momento poderiam se negar a responder a qualquer um dos questionamentos e desistir da pesquisa, ficando esses termos evidenciados no consentimento livre e esclarecido respeitando desta forma a sua autonomia.

b) Ponderação entre riscos e benefícios, tanto atuais como potenciais, individuais ou coletivos (beneficência), comprometendo-se com o máximo de benefícios e o mínimo de danos e riscos;

Quanto ao princípio da *beneficência*, este estudo, a partir dos seus objetivos, tem a intenção de avaliar as características estruturais e processuais da longitudinalidade do cuidado ao idoso na Estratégia Saúde da Família do município de Teresina-PI e devolvendo os resultados da pesquisa para comunidade acadêmica da Instituição de Ensino Superior e para o serviço, o qual foi cenário de pesquisa. Desse modo, respeitamos assim, o princípio da beneficência.

c) Garantia de que danos previsíveis serão evitados (não maleficência);

Já o princípio da *não-maleficência* será seguido, ao assumirmos o compromisso de que não traremos nenhum constrangimento aos sujeitos da pesquisa. A fim de atendermos a esse princípio, nenhuma informação relativa aos sujeitos será personalizada e os dados serão analisados de forma coletiva.

d) Relevância social da pesquisa com vantagens significativas para os sujeitos da pesquisa e minimização do ônus para os sujeitos vulneráveis, o que garante a igual consideração dos interesses envolvidos, não perdendo o sentido de sua destinação sócio-humanitária (justiça e equidade). (BRASIL, 2012a).

Quanto ao princípio da justiça, esse será alcançado na medida em que os resultados e discussões suscitados deverão ajudar nas discussões sobre a longitudinalidade do cuidado ao idoso no sistema de saúde local. Para tanto, asseguramos a fidedignidade dos resultados.

O presente estudo após a anuência da Fundação Municipal de Teresina-Piauí (ANEXO A) foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Vale do Acaraú sob o parecer de número 420.462.(ANEXO B).

5 RESULTADOS

Neste capítulo, apresentamos os resultados do trabalho de campo considerando os componentes: estrutura, processo e resultados. A análise da **estrutura** inclui a infraestrutura e equipamentos da UBS, os insumos disponíveis na UBS de acordo com os coordenadores, bem como a identificação do perfil de profissionais. O componente **processo** abrange a relação interpessoal na perspectiva dos profissionais e na dos usuários e a continuidade informacional. Quanto aos **resultados** (*outcomes*) inclui a utilização da UBS pelos usuários, o reconhecimento da UBS para o atendimento de novos e antigos problemas de saúde, na perspectiva dos usuários e dos profissionais, dados do SIAB quanto ao número de consultas realizadas pelos idosos na UBS e a quantificação de indicadores para saúde do idoso como pactuado pela FMS na Programação Anual de Saúde.

5.1 Análise da Estrutura

- **Perfil socioeducacional dos Profissionais**

De acordo com Donabedian (2003), um dos aspectos da estrutura são os recursos humanos, tais como a quantidade e qualificação dos profissionais, bem como pessoal de apoio. A qualificação dos profissionais é importante fator estruturante para o trabalho na AB/APS.

Assim, neste estudo, identificamos o perfil dos médicos e enfermeiros da DRS-Sul, quanto aos seguintes aspectos: faixa etária, tempo de atuação na ESF, considerando somente na ESF em Teresina, e formação na área da ESF (Tabela 1). Entre os principais achados, destacamos que a faixa etária de maior frequência foi de 36 a 44 anos ($f= 35,9\%$), o tempo de atuação de maior frequência variou de 8 a 13 anos($f= 56,41\%$) e o fato de que há profissionais que não tem formação na área ($f= 25,64\%$), embora outros tenham mais de uma formação.

Tabela 1 – Perfil socioeducacional dos médicos e enfermeiros da DRS-SUL,
Teresina-PI, 2013

PERFIL		Nº	%
Categoria profissional	Médico	18	46,15
	Enfermeiro	21	53,85
	Total	39	100,00
Faixa etária	26 a 35 anos	8	20,51
	36 a 44 anos	14	35,90
	45 a 54 anos	11	28,21
	55 a 64 anos	6	15,38
	Total	39	100,00
Tempo de atuação	2 a 7 anos	14	35,89
	8 a 13 anos	22	56,41
	14 a 19 anos	03	7,69
	Total	39	100,00
Formação na área da ESF	Sim	29	74,36
	Não	10	25,64
Tipo de formação *	Especialização	21	72,41
	Curso introdutório	21	72,41
	Total	29	100,00

* Soma mais de 100%, um profissional pode ter mais de uma formação.

Fonte: Elaborada pela autora.

No trabalho de campo, deparamo-nos com a dificuldade de compor a amostra dos médicos na quantidade proposta, tendo em vista o critério de inclusão de ter mais de 03 anos na ESF de Teresina não ser atendidos por alguns profissionais. Assim, apoiados na literatura, essa dificuldade levou-nos a compreender os fatores relacionados à rotatividade dos profissionais na ESF, para analisarmos melhor esta realidade encontrada.(CAMPOS; MALIK, 2008; SERAPIONI;SILVA, 2011).

• **Infraestrutura e equipamentos sob o olhar dos coordenadores**

A média geral encontrada para infraestrutura e equipamentos na opinião dos coordenadores foi de ($\bar{x} = 4,57/ EP= 0,17$), como mostrado na Tabela 2, em que a maioria concorda que *muitas vezes* as UBSs tem infraestrutura e equipamentos necessários para o trabalho das equipes. Variações podem ser observadas quanto ao item “a infraestrutura da UBS está adequada para o desenvolvimento das ações básicas de saúde e o acolhimento dos usuários”, no qual os coordenadores opinaram *algumas vezes* ($\bar{x} = 3,91/EP=0,29$) e o item “se a UBS dispõe de materiais e equipamentos para atendimento aos casos de urgência e emergência”, obtendo como maioria das respostas *quase nunca* ($\bar{x}=2,52/EP= 0,39$).

Tabela 2 – Infraestrutura e equipamentos na perspectiva dos coordenadores na DRS-SUL, Teresina-PI, nov./dez. 2013

	Média	Erro padrão da média
UBS com infraestrutura física e equipamento adequado para ações básicas e acolhimento	3,91	,29
UBS dispõe consultório c/ infraestrutura e equipamentos p/atendimento individual e privacidade	5,48	,20
UBS tem serviços manutenção regular e sistemática instalações físicas, equipamentos, instrumentais	4,17	,34
UBS dispõe linha telefônica, equipamentos de informática c/ acesso informática para os profissionais	5,61	,19
UBS dispõe materiais, equipamentos p/ atendimentos casos de urgência e emergência	2,52	,39
Deslocamento profissionais equipes da UBS realizada com veículo oficial	5,65	,15
UBS adequada p/atendimento pessoas deficientes, idosas, analfabetas	4,65	,37
UBS possui identificação visual interna e externa nas dependências	4,70	,38
Média geral da infraestrutura e equipamentos	4,57	,17

Fonte: Elaborada pela autora.

Vale salientar que acima da média encontrada, os coordenadores concordam que *quase sempre* “a UBS dispõe de consultórios para atendimento individual e com privacidade”, “linha telefônica, equipamentos de informática com acesso para os profissionais” e “deslocamento com veículo oficial”.

• **Insumos sob o olhar dos coordenadores**

Como observamos na Tabela 3, relacionada aos insumos, os coordenadores opinaram que *muitas vezes* ($\bar{x} = 4,74/EP = 0,16$) os insumos estão disponíveis para as ações de saúde. Variação para menos, foi relacionado “à UBS dispor de materiais, insumos e medicamentos para o primeiro atendimento dos casos de urgência e emergência”, no qual a maioria dos entrevistados concorda que *algumas vezes* esses insumos estão disponíveis.

Tabela 3 – Estrutura / insumos DRS-SUL na perspectiva dos coordenadores, Teresina-PI, nov./dez. 2013

	Média	Erro padrão da média
UBS dispõe de insumos em quantidade suficiente para o desenvolvimento regular das ações de saúde, incluindo saúde bucal, e atividades educativas	4,91	,23
UBS dispõe de materiais, insumos necessários ao trabalhos dos ACS	4,78	,23
UBS dispõe de vacinas do calendário do PNI	5,17	,26
UBS dispõe de material impresso suficiente p/ações de saúde	4,57	,24
UBS dispõe de materiais, insumos, medicamentos p/ 1º atendimento casos urgência e emergência	3,05	,44
UBS dispõe de Equipamento de Proteção Individual (EPI) de forma regular e suficiente	5,35	,23
UBS disponibiliza medicamentos do Componente Básico da Assistência Farmacêutica (CBAF) c/ suficiência e regularidade	5,04	,20
UBS dispõe de mecanismos de monitoramento e controle de estoque de materiais/insumos, medicamentos e imunobiológicos e das condições adequadas de conservação destes.	5,09	,19
Média geral de estrutura / insumos	4,74	,16

Fonte: Elaborada pela autora.

5.2 Análise do processo

A análise do processo corresponde ao conjunto de atividades desenvolvidas na relação entre profissionais e pacientes. (DONABEDIAN, 2003). Assim, neste estudo, consideramos a relação interpessoal na perspectiva dos profissionais e dos usuários idosos e a continuidade informacional.

• Relação Interpessoal na perspectiva dos profissionais médicos e enfermeiros

Para que ocorra a longitudinalidade do cuidado, torna-se necessária uma relação de confiança mútua entre o profissional e o usuário, pautada na boa comunicação e na disponibilidade do profissional, bem como o conhecimento do histórico familiar e social do paciente. (STARFIELD, 2002). Assim, os instrumentos aplicados para avaliar o alcance dessa relação versam sobre esses aspectos mencionados anteriormente.

A coleta de dados foi realizada em duas etapas: na primeira com os profissionais e na segunda com os usuários idosos. O banco de dados da coleta de dados das duas análises foi realizado em separado, não foi possível a realização de testes estatísticos que estabelecessem essas relações, mas podemos através da descrição realizar algumas inferências.

Como apresentado na Tabela 4, os profissionais opinaram que *quase sempre* os usuários idosos são atendidos pelo mesmo profissional ($\bar{x} = 5,79/EP = 0,09$), que conhecem o histórico familiar e social do paciente ($\bar{x} = 5,13/EP = 0,16$), que em caso de dúvida o paciente consegue falar com o profissional que o atende regularmente ($\bar{x} = 5,59/EP = 0,10$), que há tempo suficiente para os pacientes explicitarem as dúvidas, queixas e preocupações ($\bar{x} = 5,33/EP = 0,14$), as dúvidas, queixas e preocupações dos pacientes são registradas no prontuário ($\bar{x} = 5,72/EP = 0,09$), e que também *quase sempre* expressa com clareza de forma que o paciente entende ($\bar{x} = 5,87/EP = 0,05$), e que há espaço para que o paciente discuta o tratamento e tome decisões junto ao profissional ($\bar{x} = 5,28/DP = 0,14$). Não existe diferença significativa entre as categorias profissionais ($p > 0,05$).

Tabela 4 – Relação interpessoal na perspectiva dos médicos e enfermeiros,
Teresina-PI, nov./dez. 2013

	Classe profissional					
	Médico		Enfermeiro		Total	
	Média	Erro padrão da média	Média	Erro padrão da média	Média	Erro padrão da média
Atendimento regular pelo mesmo profissional *	5,83	,09	5,76	,15	5,79	,09
Profissionais conhecem histórico familiar e social do paciente*	5,06	,29	5,19	,18	5,13	,16
Caso de dúvida o paciente consegue falar com o profissional que o atende *	5,61	,14	5,57	,15	5,59	,10
Tempo suficiente para os pacientes explicitem dúvidas, queixas e preocupações *	5,17	,26	5,48	,13	5,33	,14
Dúvidas, queixas e preocupações dos pacientes são registradas no prontuário *	5,56	,15	5,86	,10	5,72	,09
Profissional se expressa com clareza de forma que o paciente entende *	5,78	,10	5,95	,05	5,87	,05
Espaço para o paciente discutir tratamento e tomar decisões junto ao profissional *	5,28	,25	5,29	,14	5,28	,14
Média geral da relação interpessoal *	5,47	,12	5,59	,07	5,53	,07

* $P > 0,05$

Fonte: Elaborada pela autora.

• Relação Interpessoal na perspectiva dos usuários idosos

Quanto à opinião dos usuários idosos sobre a relação interpessoal no cuidado em saúde, houve variações de respostas e diferença significativa ($p < 0,05$) entre os territórios (Tabela 5). A média geral atribuída foi ($\bar{x} = 5,52/EP = 0,4$).

Variações encontradas para menos, podemos citar entre elas foi referente ao item sobre o conhecimento dos profissionais da ESF do histórico familiar e social do paciente, a maioria dos idosos nos quatro territórios concorda que *muitas vezes* ($\bar{x} = 4,81/EP = 0,09$) profissional tem esse conhecimento.

Outra variação da média geral foi no Território 4, quanto ao item sobre caso de dúvidas o usuário consegue falar com o profissional, opinaram que *muitas vezes* ($\bar{x} = 4,97/DP = 0,18$), diferente do que foi encontrado nos demais territórios, segundo os

usuários concordam que *quase sempre*, Território 1 ($\bar{x} = 5,54/EP = 0,12$), Território 2 ($\bar{x} = 5,59/EP = 0,08$) e Território 3 ($\bar{x} = 5,34/EP = 0,17$).

Tabela 5 – Relação interpessoal na perspectiva dos usuários por território, Teresina-PI, jan./fev. 2014

	Território									
	1		2		3		4		Total	
	Média	EP	Média	EP	Média	EP	Média	EP	Média	EP
Atendido regularmente pelo mesmo médico ou enfermeiro**	5,88	,05	5,72	,07	5,81	,08	5,32	,14	5,69	,04
Profissionais conhecem histórico familiar e social**	4,87	,20	5,05	,13	4,65	,24	4,32	,24	4,81	,09
Em caso de dúvidas consegue falar com o profissional**	5,54	,12	5,59	,08	5,34	,17	4,97	,18	5,42	,06
Tempo suficiente para explicitar queixas, dúvidas e preocupações	5,72	,10	5,85	,05	5,66	,12	5,53	,14	5,73	,04
Dúvidas, preocupações e queixas são valorizadas**	5,55	,11	5,75	,06	5,18	,20	5,24	,16	5,52	,06
O profissional se expressa com clareza para entendimento do paciente	5,83	,07	5,88	,04	5,76	,11	5,61	,12	5,80	,04
Há espaço para discutir tratamento e tomar decisões	5,61	,11	5,73	,07	5,58	,15	5,09	,21	5,56	,06
Média relação interpessoal**	5,57	,06	5,66	,04	5,48	,09	5,19	,13	5,52	,04

** P < 0,05

Fonte: Elaborada pela autora.

• Continuidade Informacional sob o olhar dos coordenadores

A continuidade informacional é elemento estruturante para se garantir a longitudinalidade do cuidado, seja na AB/APS, seja em outro nível de atenção. Neste estudo, continuidade informacional pode ser compreendida como “[...] coleção organizada de informação médica e social sobre cada paciente, disponibilizada para todos os profissionais de

saúde que cuidam do mesmo.” (SAULTZ, 2002 *apud* CUNHA; GIOVANELLA, 2011,p. 1032)

Quanto à continuidade informacional, de acordo com os coordenadores das UBS's (Tabela 6), observamos que a maioria concorda que os profissionais da ESF *sempre* ($\bar{x} = 5,91/EP = 0,06$) utilizam o prontuário nos atendimentos. Os coordenadores opinaram que *quase sempre* ($\bar{x} = 5,43/EP = 0,19$) os profissionais da ESF estão informados sobre todos medicamentos utilizados pelo usuário, igual valor foi demonstrado sobre a realização dos exames ($\bar{x}=5,43/EP= 0,20$) e que a maioria concorda que *muitas vezes* ($\bar{x} = 4,3/EP = 0,31$) os profissionais são informados caso o paciente não obtenha o medicamento prescrito. Quanto ao retorno dos resultados de exames e consultas com especialistas nas unidades de referência, os coordenadores concordam que *muitas vezes* ($\bar{x} = 4,65/EP= 0,30$) ocorre o retorno das informações pelos especialistas.

Tabela 6 – Continuidade Informacional na perspectiva dos coordenadores das UBS, Teresina-PI, nov./dez. 2013

Continuidade Informacional	Média	Erro padrão da média
Utilização dos prontuários nos atendimentos pelo profissionais das equipes	5,91	,06
Os profissionais estão informados sobre os medicamentos utilizados pelos pacientes idosos	5,43	,19
Os profissionais estão informados sobre dos exames realizados pelos pacientes idosos	5,43	,20
Envio de informações aos especialistas pelo profissional da ESF	4,65	,30
Retorno do serviço de referência dos resultados de exames e consultas	4,65	,30
Profissionais são informados caso paciente não obtenha medicamento prescrito	4,30	,31
Média geral da continuidade informacional	5,07	,14

Fonte: Elaborada pela autora.

• **Continuidade Informacional... sob o olhar dos profissionais**

Quanto a continuidade informacional sob a perspectiva dos profissionais (Tabela 7), a média geral para os médicos foi de ($\bar{x} = 5,06/EP = 0,14$) e para os enfermeiros ($\bar{x} = 5,12/EP = 0,11$), estatisticamente não há diferença entre as categorias ($p = 0,749$).

Tabela 7 – Continuidade informacional nas perspectivas dos médicos e enfermeiros, Teresina-PI, nov./dez. 2013

	Classe profissional					
	Médico		Enfermeiro		Total	
	Média	Erro	Média	Erro	Média	Erro
	padrão da média		padrão da média		padrão da média	
Utilização dos prontuários nos atendimentos *	5,94	,06	5,95	,05	5,95	,04
Os profissionais estão informados sobre medicamentos utilizados pelos pacientes idosos*	5,50	,15	5,62	,13	5,56	,10
Os profissionais estão informados sobre exames realizados pelos pacientes idosos *	5,44	,18	5,62	,13	5,54	,11
Envio de informações aos especialistas pelo profissional da ESF *	4,56	,37	5,29	,21	4,95	,21
Retorno do serviço de referência dos resultados de exames e consultas *	4,17	,34	3,29	,30	3,69	,23
Os profissionais estão informados caso o paciente não obtenha o medicamento prescrito *	4,72	,27	4,95	,22	4,85	,17
Média geral da continuidade informacional *	5,06	,14	5,12	,11	5,09	,09

* $P > 0,05$

Fonte: Elaborada pela autora.

Os profissionais informaram que *sempre* utilizam o prontuário nos atendimentos, a média encontrada para os médicos foi ($\bar{x} = 5,94/EP = 0,06$), e para os enfermeiros ($\bar{x} = 5,95/EP = 0,05$). Ambas as categorias concordam que *quase sempre* são informados sobre os medicamentos utilizados pelos pacientes idosos as médias encontradas foram para os médicos ($\bar{x} = 5,50/DP = 0,15$), para os enfermeiros ($\bar{x} = 5,62/EP = 0,13$), e que

também *quase sempre* são informados sobre os exames realizados pelo paciente idoso, médicos ($\bar{x} = 5,44/EP = 0,15$), enfermeiros ($\bar{x} = 5,62/EP = 0,14$).

Variações quanto à média geral, podem ser observadas quando se fala do retorno dos resultados de exames e consultas pelos profissionais dos serviços de referência, a média comum aos profissionais encontrada foi ($\bar{x} = 3,69/DP = 0,23$). Os enfermeiros concordam que *algumas vezes* ($\bar{x} = 3,29/DP = 0,30$) há o retorno, enquanto os médicos opinaram que *muitas vezes* ($\bar{x} = 4,17/DP = 0,14$), no entanto, estatisticamente não há diferença significativa ($p=0,069$), a distribuição de retorno dos resultados de exames e consultas pode ser considerada a mesma entre as categorias profissionais.

- **Continuidade Informacional sob o olhar dos usuários idosos**

A opinião dos usuários idosos quanto à continuidade informacional é um aspecto essencial na avaliação da longitudinalidade do cuidado.

Quanto à média geral para continuidade informacional na perspectiva do usuário idoso (Tabela 08), observamos no Território 1 ($\bar{x} = 5,30/EP = 0,14$), no Território 2 ($\bar{x} = 5,40/EP = 0,06$), no Território 3 ($\bar{x} = 5,06/EP = 0,11$), e no Território 4 ($\bar{x} = 4,9/EP = 0,3$). Houve diferenças estatisticamente significativas entre o Território 4 ($p=0,001$) e os demais territórios.

Quanto ao registro de queixas no prontuário, a maioria dos usuários concorda que *quase sempre*, média geral dos territórios ($\bar{x} = 5,77/DP = 0,04$), os profissionais registram as queixas, embora exista estatisticamente diferença significativa na distribuição das médias nos quatro territórios.

Destacamos variações abaixo da média geral quanto à variável “profissionais estão informados quando o usuário não consegue obter o medicamento prescrito”, nos Territórios 1 ($\bar{x} = 3,92/DP = 0,25$), 3 ($\bar{x} = 3,26/DP = 0,30$) e 4 ($\bar{x} = 3,16/DP = 0,26$) os usuários concordam que *algumas vezes* os profissionais de saúde estão informados. No Território 2, os usuários opinaram que *muitas vezes* os profissionais de saúde são informados quando um usuário não consegue obter o medicamento prescrito ($\bar{x} = 4,19/EP = 0,17$). Estatisticamente existe diferença entre o Território 2 e os demais territórios.

Tabela 8 – Continuidade informacional na perspectiva dos usuários por território,
Teresina-PI, jan./fev. 2014

	Território									
	1		2		3		4		Total	
	Média	EP	Média	EP	Média	EP	Média	EP	Média	EP
Profissionais de saúde registram as queixas no prontuário **	5,95	,03	5,87	,05	5,60	,15	5,51	,15	5,77	,04
Profissionais de saúde estão informados sobre os medicamentos utilizados pelos pacientes	5,76	,10	5,83	,05	5,65	,15	5,50	,16	5,72	,05
Profissionais de saúde estão informados sobre os exames realizados	5,57	,14	5,71	,08	5,48	,17	5,51	,14	5,61	,06
Profissionais de saúde estão informados quando o paciente não consegue obter o medicamento prescrito **	3,92	,25	4,19	,17	3,26	,30	3,16	,26	3,78	,12
Media continuidade informacional **	5,30	,09	5,40	,06	5,06	,11	4,92	,13	5,23	,05

** P < 0,05

Fonte: Elaborada pela autora.

5.3 Análise dos Resultados (*outcomes*)

De acordo com referencial teórico adotado, resultados (*outcomes*) são possíveis mudanças desejáveis ou indesejáveis em indivíduos ou na população que poderiam ser atribuídos aos cuidados em saúde, incluem também a satisfação dos usuários e seus familiares com o cuidado recebido. Dentre os aspectos do cuidado estão a opinião do cliente acerca da acessibilidade e da continuidade. (DONABEDIAN, 2003).

Considerando a transversalidade deste estudo, há limitações quanto aos resultados que podem ser atribuídos a longitudinalidade do cuidado ao idoso na ESF na realidade pesquisada, embora haja evidências na literatura internacional sobre os benefícios da longitudinalidade. (STARFIELD, 2002).

Seria necessário um estudo longitudinal para avaliar essas possíveis mudanças, no entanto, o fator tempo é limitante para uma maior compreensão dos resultados. A proposta inicial foi realizar uma série histórica do SIAB de acordo com os arquivos da DRS-Sul em relação a dois marcadores no período de cinco anos: acidente vascular cerebral e fraturas de colo de fêmur, no entanto, esses indicadores não estão relacionados diretamente aos cuidados com a população idosa, pois no SIAB não é possível indicar a faixa etária dos casos de acidente vascular cerebral, quanto aos, de fraturas de colo de fêmur estão incluídos os casos de 50 anos acima.

Para Christakis (2003), não há consenso se a continuidade do cuidado é elemento do resultado ou do processo nos serviços de saúde e se assim, entendida nas pesquisas como resultado, deve deixar de ser uma variável independente para se tornar uma variável dependente. Compreendemos então que os resultados não devem ser analisados isoladamente, mas como componente da tríade estrutura-processo-resultado como proposto por Donabedian (2003).

Portanto, no presente estudo, consideramos que a opinião dos idosos e dos profissionais “quanto ao reconhecimento da UBS como local de atenção para antigos e novos problemas de saúde” é um resultado importante para avaliar a extensão da longitudinalidade, conforme mostrado na Tabela 9.

Na média geral, a população de idosos *quase sempre* procura a UBS para resolver antigos e novos problemas de saúde, média geral encontrada foi de ($\bar{x}=5,36/EP=0,14$) para o sexo masculino e ($\bar{x}=5,59/EP=0,07$) para o sexo feminino. Não houve diferença significativa entre o sexo masculino e feminino.

Observamos que há diferença significativa entre os Territórios 1 e 4 ($p=0,000$) e entre os Territórios 2 e 4 ($p=0,004$). No Território 4, destacamos variação para menos, no qual os usuários idosos do sexo masculino *muitas vezes* buscam a unidade ($\bar{X}=4,92,EP=0,38$).

Tabela 9 – Reconhecimento da UBS para resolver antigos e novos problemas de saúde na perspectiva dos usuários idosos por território e sexo, Teresina-PI, jan./fev. 2014

			Busca a UBS para resolver antigos e novos problemas de saúde.	
			Média	Erro padrão da média
Território 1**	Sexo	Masculino	5,75	0,20
		Feminino	5,91	,06
Território 2**	Sexo	Masculino	5,36	,23
		Feminino	5,70	,09
Território 3**	Sexo	Masculino	5,50	,28
		Feminino	5,46	,17
Território 4**	Sexo	Masculino	4,92	,38
		Feminino	5,04	,27
Média Geral	Sexo	Masculino	5,36	,14
		Feminino	5,59	,07

** P < 0,05

Fonte: Elaborada pela autora.

A identificação ou reconhecimento da UBS como fonte regular de cuidados também pode ser observada na Tabela 10, que teve por base uma série histórica das consultas médicas feitas à população idosa na DRS-Sul. Verificamos que no ano de 2011, houve uma média 1,56 consultas por idoso/ano, em 2012 foi 2,19 e 2013 foi encontrado 1,81, vale ressaltar que a população cadastrada no ano de 2012 é inferior aos demais anos registrados.

Tabela 10 – População idosa cadastrada e média de consultas médicas no período de 2011 a 2013 SIAB/DRS-SUL, Teresina-PI, fev. 2014

	2011	2012	2013
População 60 anos e mais cadastrada	25.345	18.582	22.383
Consultas médicas realizadas	39.425	40.618	40.625

Fonte: Elaborada pela autora.

Os profissionais também opinaram que *quase sempre* ($\bar{x} = 5,69/EP = 0,11$) a UBS é reconhecida pela população como local para resolver antigos e novos problemas de saúde, não houve diferença significativa entre as categorias $p > 0,05$, conforme exposto na Tabela 11 abaixo:

Tabela 11 – Reconhecimento da UBS pela população para resolver antigos e novos problemas de saúde na perspectiva dos profissionais, Teresina-PI, nov./dez. 2013

		Reconhecimento da utilização da UBS pela população	
		Média	Erro padrão da média
	Médico	5,78	,13
Classe profissional*	Enfermeiro	5,62	,18
	Total	5,69	,11

* $p > 0,05$

Fonte: Elaborada pela autora.

Para Starfield (2002), um aspecto central da longitudinalidade é a ideia de que os indivíduos deveriam ser capazes de identificar sua fonte de atenção primária, que poderia ser o local ou um profissional específico. Considerando o contexto da AB/AP no SUS, procuramos investigar neste estudo, tanto a fonte de cuidado regular o local, ou seja, a unidade de saúde, como a fonte regular de cuidado, o profissional, ou melhor, os profissionais, tendo em vista que o modelo da ESF é um trabalho em equipe. Assim como mostra a Tabela 12, os usuários idosos opinaram que *quase sempre* ($\bar{x} = 5,52/EP = 0,07$) identificam a equipe da ESF responsável pela sua família. Existe diferença significativa entre os territórios.

Tabela 12 – Identificação da equipe responsável pela família na perspectiva dos usuários por território, Teresina-PI, jan./fev. 2014

		Identificação da equipe responsável pela família do paciente	
		Média	Erro padrão da média
	Território 1**	5,87	,07
	Território 2**	5,61	,09
Território	Território 3**	5,47	,15
	Território 4**	5,03	,21
	Total	5,52	,07

** P < 0,05

Fonte: Elaborada pela autora.

Outro aspecto importante da longitudinalidade do cuidado diz respeito ao conhecimento por parte dos profissionais da ESF de seus usuários adscritos ao território de atuação.

No contexto do SUS, poderíamos traduzir esta abordagem dada por Starfield (2002) de fonte regular de atenção, com os princípios de territorialização e adscrição de clientela que norteiam a ESF. Adscrição de clientela significa responsabilizar a equipe da unidade de saúde pelos sujeitos que vivem na área geográfica definida para essa unidade de saúde no processo de territorialização, permitindo acesso e vínculo dessa população ao serviço. Os profissionais da ESF da DRS-Sul concordam que *quase sempre* ($\bar{x} = 5,62/EP = 0,13$) a unidade possui adscrição de clientela, não houve diferença significativa ($p > 0,05$) entre as categorias profissionais, conforme mostrado na Tabela 13, a seguir.

Tabela 13 – Adscrição de clientela sob as perspectivas dos médicos e enfermeiros, Teresina-PI, nov./dez. 2013

		Possui adscrição de clientela	
		Média	Erro padrão da média
Classe profissional *	Médico	5,28	,24
	Enfermeiro	5,90	,07
	Total	5,62	,13

* P > 0,05

Fonte: Elaborada pela autora.

Por ser uma das diretrizes da ESF era esperado que houvesse unanimidade de opinião para *sempre*. No entanto, durante as entrevistas com os profissionais, sobretudo os médicos, há casos de pacientes fora da área de abrangência do território da equipe que procuram as equipes para atendimentos, pois não conseguem em outras unidades com equipes de ESF ou são de áreas descobertas por equipes.

Tendo por base o referencial de Donabedian (2003), a continuidade pode ser considerada um resultado e se os usuários procuram a unidade de saúde para resolver antigos e novos problemas, compreendemos que há um nível de satisfação do usuário com o serviço.

Neste estudo, foi realizado um levantamento das ações propostas sobre a saúde do idoso pautadas na Programação Anual de Saúde (PAS) de Teresina-PI, enquanto a abordagem resultado, como mostrado no Quadro 2, a seguir. Os dados quanto às ações de saúde propostas na PAS para 2013 foram coletados no período de setembro a novembro de 2013 pela pesquisadora e contou com ajuda dos apoiadores institucionais da DRS-Sul, vale ressaltar que são dados parciais, pois as ações da PAS são concluídas somente em março a abril do ano subsequente.

A Programação Anual de Saúde para ações em saúde tem como macro-objetivo: Garantir atenção integral à saúde da pessoa idosa e de portadores de doença crônica com estímulo ao envelhecimento ativo e fortalecimento das ações de promoção e prevenção. Observamos que cabe aos profissionais da ESF executar a maioria das ações. Mesmo com resultados parciais, destacamos que há uma baixa porcentagem no alcance destas atividades.

Quadro 3 – Ações para a Saúde do Idoso Propostas na Programação Anual de Saúde de Teresina para 2013***					
Ação	Atividade	Responsável	Medida de Desempenho	Resultados***	
				Número	Porcentagem
Acompanhamento dos idosos (60 anos ou mais) na área de abrangência	Identificar todos os idosos na área de abrangência da UBS	ESF	Número de equipes que realizaram o levantamento	58 equipes	70%
	Realizar a primeira consulta médica para idosos da área de abrangência da UBS e estratificar por grau de risco. Risco habitual ou alto risco	Médicos da ESF	Número de idosos que realizaram consulta para estratificação do risco	620 idosos	2,2%
	Consulta domiciliar médica, de enfermagem e odontológica para os idosos acamados na área	ESF	Número de consultas realizadas para os idosos acamados	459 consultas	NÃO SE APLICA. A lista de idosos acamados está desatualizada
Monitorar coberturas das consultas na faixa etária de 60 anos ou mais	Levantamento do número de idosos que compareceram a consultas agendadas em determinado local	DRS-sul	% dos idosos compareceram a consulta agendada		100 % (2025 idosos)
	Realizar busca ativa de Faltosos	ESF		08 equipes	NÃO SE APLICA

Quadro 3 (continuação) – Ações para a Saúde do Idoso Propostas na Programação Anual de Saúde de Teresina para 2013***					
Ação	Atividade	Responsável	Medida de Desempenho	Resultados ***	
				Número	Porcentagem
Implementar a caderneta da saúde da pessoa Idosa	Utilizar rotineiramente a caderneta da pessoa idosa no atendimento desta clientela	ESF	Número de equipes da ESF que utilizam a caderneta de saúde da pessoa idosa	42 equipes	51,2%
Implantar, em parceria com as Universidades, grupos de capoterapia com assessoria de alunos do curso de educação física	Criar grupos de idosos para realizar capoterapia	ESF/ Universidade (Curso de Ed. Física)	Número de idosos participantes dos grupos de capoterapia	223 idosos	0,8%
Desenvolver, em parceria com as Universidades, ações de reabilitação e reintegração comunitária dos Idosos, em parceria com os alunos de Fisioterapia	Realizar acompanhamento fisioterápico	ESF/ Universidade (Curso de Fisioterapia)	Número de idosos em Acompanhamento fisioterápico	82 idosos	0,29%
Garantir acesso aos idosos a atividade física	Formar grupos de idosos para participar de atividades físicas(jogos, lazer)	ESF	Número de idosos que participam de grupos de atividades físicas	199 idosos	0,71%

Monitorar a atualização das vacinas influenza (gripe) dT, pneumocócica e febre amarela	Levantamento dos idosos que apresentam caderneta vacinas atualizadas.	ESF	Numero de idosos que apresentam caderneta de vacinação atualizada	5524 idosos	20%
	Busca ativa de idosos que estão com a caderneta desatualizada	ESF	Número de equipes que realizaram busca ativa de idosos com caderneta desatualizada	09 equipes	NÃO SE APLICA
Realizar o exame da superfície corporal dos idosos rotineiramente nas consultas médicas e de enfermagem para identificar lesão cancerosa	Consultas médicas e de enfermagem para a realização do exame de superfícies corporais.	ESF	Número de profissionais (médico e enfermeiro) que realizam exame corporal dos idosos	69 profissionais	NÃO SE APLICA
Orientar idosos e cuidadores sobre sinais de perigo e a necessidade de adaptações ambientais	Realizar visitas domiciliares com o objetivo de diagnosticar situações de perigo e orientar sobre as adaptações ambientais necessárias	ESF	Número de pacientes/cuidadores que receberam visitas de orientação sobre sinais de perigo	397 usuários	NÃO SE APLICA

Fonte: FMS/DRS-Sul, set./out./nov. de 2013. *** Dados parciais

Para compararmos as médias gerais de cada dimensão da longitudinalidade do cuidado relacionadas à estrutura, ao processo e aos resultados, criamos um índice composto para cada dimensão como mostra o Quadro 4, a seguir:

Quadro 4 – Médias gerais de cada dimensão da longitudinalidade do cuidado ao Idoso relacionadas à estrutura, processo e resultados, Teresina-PI, nov./dez. 2013 e jan./fev. 2014

ESTRUTURA		PROCESSO		RESULTADOS(OUTCOMES)	
Dimensão	Média geral	Dimensão	Média Geral	Dimensão	Média Geral
Infra-estrutura e equipamentos	4,57	Relação interpessoal na perspectiva dos profissionais (médicos e enfermeiros) da ESF	5,53	Reconhecimento da UBS para resolver antigos e novos problemas de saúde na perspectiva dos usuários do sexo feminino	5,59
		Relação interpessoal na perspectiva dos usuários idosos	5,52	Reconhecimento da UBS para resolver antigos e novos problemas de saúde na perspectiva dos usuários	5,69
Insumos	4,74	Continuidade informacional profissionais	5,09	Identificação da equipe responsável pela família na perspectiva dos usuários idosos	5,52
		Continuidade informacional usuários	5,23	Adscrição da clientela sob a perspectiva dos médicos e enfermeiros	5,62
		Continuidade informacional coordenadores	5,07		
ESTRUTURA	4,65*	PROCESSO	5,28	RESULTADOS(OUTCOMES)**	5,61

*Exclui o perfil dos profissionais**Exclui os dados secundários

Fonte: Elaborada pela autora.

Assim, para obtermos a média geral da Longitudinalidade do cuidado ao idoso, lançamos uma média geral que corresponde à média da abordagem estrutura, processo e resultados, a média geral obtida foi ($\bar{X}= 5,18$). Então, de acordo com o quadro de correspondência da média(\bar{X}), dos escores obtido com os conceitos atribuídos a longitudinalidade do cuidado ao idoso na Estratégia de Saúde da Família no território de abrangência da DRS-sul tem conceito excelente.

6 DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Os dados disponíveis possibilitam fazer uma avaliação da longitudinalidade do cuidado ao idoso no contexto da ESF em Teresina. Observamos que, para a continuidade informacional, as três unidades de análise atribuíram médias gerais que relacionam a um alto nível de extensão desta dimensão da longitudinalidade do cuidado. No entanto, alguns itens que compõem a continuidade informacional obtiveram discordâncias:

- Sobre o retorno dos resultados de exames e consultas do serviço de referência – os coordenadores opinaram que *muitas vezes* ($\bar{x} = 4,65/EP = 0,30$) e os profissionais da ESF que *algumas vezes* ($\bar{x} = 3,69/EP = 0,23$).

- Quanto à variável – se os profissionais são informados caso o paciente não obtenha o medicamento prescrito – encontramos como resposta *muitas vezes* pelos coordenadores ($\bar{x} = 4,3/EP = 0,31$) e profissionais da ESF ($\bar{x} = 4,85/EP = 0,17$) e; *algumas vezes* pelos usuários idosos ($\bar{x} = 3,78/EP = 0,12$). Observamos também que houve diferença significativa entre os territórios.

- No Território 4 da DRS-Sul, observamos que a média geral atribuída à continuidade informacional ($\bar{x} = 4,9 EP = 0,13$), obteve variação para menos em relação aos demais territórios.

A longitudinalidade como um dos quatro atributos essenciais da atenção básica está relacionada aos demais, o retorno dos exames e consultas com especialistas implica a coordenação, que como podemos observar, apresentou uma média menor em relação às demais variáveis da dimensão continuidade informacional.

No contexto da ESF de Teresina-PI, a formação das Redes de Assistência à Saúde e coordenação do cuidado ainda é um desafio. No entanto, esse limite na AB/APS não é umarealidade somente do local do estudo e da população, como demonstrado na literatura (GIOVANELLA *et al.*, 2009; ALMEIDA, *et al.* 2010; MENDES, 2012).

Para Motta, Aguiar e Caldas (2011), a construção de uma rede de atenção à saúde em se tratando do idoso é um grande desafio por sua natureza complexa, tendo em vista a

demanda por diversos tipos de serviço, sobretudo, de reabilitação, cuidados paliativos, cuidado a portadores de incapacidade física e/ou mental.

Com o elevado número de idosos que estão sendo incorporados anualmente à população brasileira, não se pode deixar de considerar suas consequências para o sistema de saúde, como o aumento de atendimentos aos portadores de doenças crônicas não transmissíveis, complexas e onerosas, típicas da população idosa que perduram por anos e exigem cuidados constantes, medicação contínua e exames periódicos. (VERAS, 2007). Com o envelhecimento populacional, a demanda por medicamentos aumenta. (BALDONI; PEREIRA, 2011).

O idoso é o consumidor final deste produto oferecido no serviço de saúde, enquanto os profissionais de saúde e as UBS seriam os provedores deste bem a ser consumido. Assim, o usuário valoriza mais a falta ou a ausência deste produto. Vale ressaltar que a importância atribuída a esta variável é maior para o idoso. Viana (2012), em um estudo sobre a avaliação primária à saúde de Teresina-PI na perspectiva das usuárias, aponta que os gestores/profissionais possuem limitado conhecimento sobre a população que utiliza o serviço de saúde.

Era esperado que, estabelecida uma relação de confiança entre usuário e profissional, o idoso tivesse espaço para retornar e comunicar ao profissional a falta do medicamento, e como o Agente Comunitário de Saúde (ACS) é integrante da equipe, ele também poderia comunicar aos médicos e enfermeiros quando os idosos de sua microárea não obtivessem os medicamentos. Na verdade, no contexto da ESF em Teresina ocorre como evidenciado no estudo de Yépez, Morais e Cela (2009) que há dificuldades de trabalhadores e gestores em construir relações horizontais e de diálogo com os usuários, em função das relações de poder vigentes no Sistema Único de Saúde (SUS), permeado por grandes desigualdades sociais.

No estudo de Bindamn *et al.* (1996 *apud* STARFIELD, 2002), o componente mais notável da avaliação da atenção primária foi uma característica da longitudinalidade: a adequação relatada da extensão e da facilidade para se comunicar com os médicos do local.

Na ESF da DRS-Sul, observamos a importância que os profissionais atribuem à continuidade informacional. Vale ressaltar que em 100% das 23 UBS's pesquisadas, utilizamos o prontuário familiar. Tal dado vai de encontro ao que é preconizado pelas diretrizes a ESF, quanto à necessidade de organização do prontuário familiar e à utilização desses nas consultas dos usuários idosos realizadas pelos profissionais, a fim de que o cuidado seja direcionado à família. (BRASIL, 2001). No entanto, faz-se necessário que sua utilização

seja potencializada pelo acréscimo do genograma e ecomapa, sobretudo para as famílias com idosos acamados ou domiciliados, pois tais instrumentos ajudam na comunicação, propiciando maior integração entre a ESF e a família, e por meio das informações gráficas, possibilitando a visualização da família e a relação de um problema clínico com o contexto familiar e social. (MINAS GERAIS, 2007).

Quanto à infraestrutura física, considerando as entrevistas realizadas com os coordenadores, destacamos que se faz necessário melhorias na infraestrutura física das UBS para o acolhimento aos usuários. Essa realidade atualmente encontrada na ESF de Teresina foi constatada em estudos anteriores, como Conill (2008), Serapioni e Silva (2011) e ELBs de Facchini *et al.* (2008).

Em 2011, o Ministério da Saúde diante da realidade nacional, que se assemelha a das UBS de Teresina instituiu o Requalifica UBS. Esse programa tem como objetivo criar incentivo financeiro para reforma, ampliação e construção de UBS, provendo condições adequadas para o trabalho em saúde, promovendo melhoria do acesso e da qualidade da atenção básica. Tem como proposta um modelo para estrutura física das unidades básicas de saúde acolhedoras e dentro dos melhores padrões de qualidade, a qual facilite a mudança das práticas das equipes de saúde.

A DRS-Sul em 2011 foi contemplada pelo Requalifica SUS através da Portaria MS/GM nº 2.814 com a reforma de uma das 26 UBS nessa regional, que somente agora em 2014 está em fase de conclusão. Observamos que o programa normatiza os projetos de ampliação e reforma e a execução ocorre a passos lentos. Outras UBS estão sendo reformadas com recursos municipais.

Segundo o Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS) (2011), faz-se necessário que as UBS disponham de infraestrutura e instalações adequadas a fim de que os usuários sintam-se acolhidos e elejam de fato a UBS como porta de entrada da AB/APS, permitindo a formação de vínculos e, assim, a longitudinalidade do cuidado.

De acordo com referencial de avaliação adotado para este estudo, vale salientar que há outros fatores limitantes na estrutura para ofertar o cuidado longitudinal e um deles é a qualificação dos profissionais para exercer o cuidado. De acordo com o perfil dos profissionais da ESF pesquisados, existem profissionais sem formação na área da ESF ($f = 25,64\%$). Constatamos ainda uma expressiva rotatividade dos profissionais, sobretudo, dos médicos, pois para compor a amostra deste estudo houve algumas dificuldades relacionadas ao critério de inclusão de ter mais de três anos de atuação na ESF de Teresina-PI.

O achado da alta rotatividade dos médicos nas equipes da ESF assemelha-se ao estudo de Guarda *et al.* (2012), sobre o perfil sociodemográfico dos médicos da Região Metropolitana de Recife. Outros estudos relacionam que entre os fatores que influenciam a alta rotatividade dos médicos inclui a saída para Cursos de Residência, procura por melhores condições de trabalho (SERAPIONI; SILVA, 2011) e questões relacionadas à satisfação no trabalho (CAMPOS; MALIK, 2008).

A rotatividade compromete a continuidade do cuidado, além de dificultar o estabelecimento do vínculo entre os profissionais e a população atendida. (CANESQUI; SPINELLI, 2006).

Para Starfield (2002), a longitudinalidade do cuidado requer a identificação de uma fonte regular de cuidados, quer seja um profissional, quer seja um local específico, portanto, a rotatividade dos profissionais dificulta a identificação da fonte regular de cuidados, bem como a construção de relações terapêuticas duradouras, o que implica uma fragilidade para um maior alcance da longitudinalidade no contexto da ESF de Teresina-PI.

De acordo com Avedis Donabedian (2003), um dos aspectos da abordagem processual deve considerar relação entre o profissional e o paciente e sua família.

Os usuários idosos opinaram divergentemente aos profissionais e não obstante a média geral com variação para menos atribuída ao item sobre se os profissionais conhecem o histórico familiar e social do paciente, observamos que é pertinente uma análise desses achados. A longitudinalidade como característica essencial da AB/APS implica em outros atributos derivativos, como , orientação familiar.

Em outros estudos de avaliação da AB/APS no Brasil (ALMEIDA; MACINKO, 2006; STRALEN *et al.*, 2008), o atributo orientação familiar alcançou níveis baixos e no ELB de Ibañes *et al.* (2006) constatamos que o enfoque familiar apresenta diferença entre usuários e profissionais, com profissionais avaliando estas dimensões muito bem (por volta do 80%), ao passo que usuários avaliam esta dimensão apenas 40% do total de pontos possíveis.

No contexto da ESF de Teresina, embora ocorram aspectos da estrutura que contribuam para a orientação familiar como o prontuário familiar, no entanto, o processo em que ocorrem práticas profissionais não estão voltadas ao cuidado à família.

Quanto à saúde do idoso, o Caderno de Atenção Básica - **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa** (BRASIL, 2007) orienta as equipes para inclusão dos familiares no cuidado ao idoso, buscando compreenderem a funcionalidade familiar como um componente essencial do planejamento assistencial.

Destacamos que os usuários idosos valorizam a ESF, no tocante à relação com os profissionais de saúde, tendo em vista que atribuíram *quase sempre* a maioria das variáveis que compõem a relação interpessoal.

Para Nutting *et al.* (2003), grupos mais vulneráveis como os idosos e portadores de doenças crônicas tendem a valorizar o vínculo com os profissionais da AB/APS do que outros grupos como jovens e pessoas saudáveis e pessoas de melhor poder aquisitivo. Como mostra, o estudo de Viana (2012) sobre a avaliação da Atenção Primária em Teresina realizada com mulheres grávidas utilizando o PCATool-Brasil (BRASIL, 2010) o atributo longitudinalidade apresentou escore médio em 5,80. Ao aplicar esse instrumento são considerados serviços com alto escore de APS, aqueles que obtiverem valor maior ou igual a 6,6.

Observamos quanto à dimensão relação interpessoal que estatisticamente não houve diferenças entre as opiniões dos médicos e enfermeiros. Esse achado diverge do estudo de Stralen *et al.* (2008) no qual houve uma diferença significativa. No entanto, o estudo envolveu também profissionais de nível médio e uma amostra maior.

Constatamos que para a relação interpessoal na opinião de usuários e profissionais foi atribuído médias que evidenciam que *quase sempre* essa relação interpessoal caracteriza-se por meio da boa comunicação do usuário com o profissional, da valorização e registro das queixas no prontuário e, sobretudo, pela regularidade de atendimento com o mesmo profissional nas consultas de rotina.

Para Starfield (2002), a extensão da relação entre paciente e um profissional é uma informação necessária para avaliação da longitudinalidade.

Os profissionais e os usuários concordam que *quase sempre* a UBS é reconhecida pela população como local para resolver antigos e novos problemas de saúde. Os usuários idosos, por sua vez, opinaram que *quase sempre* identificam a equipe da ESF responsável por sua família. Assim, tanto a UBS como os profissionais são fontes regulares de cuidados no contexto da ESF.

No entanto, para os usuários idosos, tendo por base as diretrizes de adscrição e territorialização da ESF, esta avaliação quanto à fonte regular de cuidados é limitada, pois não permite a livre escolha do usuário de sua fonte regular de atenção. Assim, UBS e profissionais pouco efetivos podem ser avaliados pelos usuários como de alta efetividade, pois os mesmos não têm alternativas para comparação, como analisa o texto da Organização Mundial de Saúde (1992 *apud* CUNHA; GIOVANELLA, 2011) sobre continuidade.

A PAS para as ações em saúde tem como macro-objetivo, garantir atenção integral à saúde da pessoa idosa e de portadores de doença crônica com estímulo ao envelhecimento ativo e fortalecimento das ações de promoção e prevenção. Observamos que cabe aos profissionais da ESF executar a maioria das ações. Mesmo com resultados parciais, destacamos que há uma baixa porcentagem no alcance dessas atividades.

Portanto, questionamo-nos se essas ações seriam realmente factíveis, no sentido de serem planejadas sem um direcionamento com as diretrizes da ESF, nem com Pacto pela Saúde ou se ocorre falta de registro e/ou baixo desempenho das equipes da ESF quanto à saúde do idoso.

Constatamos que entre as atividades que obtiveram melhor resultado foram as relacionadas as ações de imunização, haja vista que essa ação é prioritária na ESF e deve constar o registro das vacinas na caderneta da pessoa idosa.

No ELB de Piccini *et al.* (2006), sobre a efetividade na oferta e utilização dos serviços de atenção básica pelos idosos em 41 municípios das Regiões Nordeste e Sul, evidenciou perda sequencial de efetividade pela oferta insuficiente de cuidados aos idosos, e também pela qualidade de desempenho, sugerida pela elevada medicalização de idosos hipertensos e diabéticos e pela busca por outras formas de tratamento além da preconizada pelo médico. O estudo mostrou que as unidades da ESF revelaram-se mais adequadas do que as tradicionais, embora ainda distante do adequado e desejável do cuidado ao idoso.

O estudo de Luz *et al.* (2012) sobre as ações estratégicas em saúde do idoso nas UBS de Teresina corrobora com os achados mencionados anteriormente. Neste estudo, foi possível identificar déficits que se correlacionam com a prática profissional quanto ao alcance das ações de saúde do idoso.

Em outra perspectiva, tendo por base o usuário Paskulin, Valer e Vianna (2011) observaram em um estudo sobre o uso dos Serviços de Atenção Básica de Porto Alegre que as ações de saúde buscadas pelos idosos e as próprias demandas e expectativas destes parecem centrar-se no atendimento individual, prestado pelo profissional médico e com enfoque curativo. A PAS em seu macro-objetivo direciona as atividades de saúde ao idoso para a promoção da saúde, atendimento integral ao idoso e ao fortalecimento do envelhecimento saudável.

O estudo apresenta limitações quanto aos resultados que podem ser atribuídos à longitudinalidade do cuidado ao idoso na ESF na realidade pesquisada, embora haja evidências na literatura internacional dos benefícios da longitudinalidade. (STARFIELD, 2002).

Dentre as limitações da pesquisa, destacamos as seguintes:

- A amostra dos profissionais, não pela intencionalidade, pois era necessário estabelecer critérios de inclusão, mas sim pelo tamanho, isso provavelmente limitou a possibilidade de detectar outras diferenças significativas entre os profissionais;
- O local de coleta dos dados do usuário idoso ser a UBS, gerando um viés de intencionalidade, tendo em vista que o usuário mesmo após os esclarecimentos sobre a pesquisa faça uma associação do estudo com retaliações ou premiações pela UBS;
- Os Coordenadores da UBS, profissionais com formações variadas, muitos não tem formação em cursos de Ciências da Saúde, nem em gestão de serviços de saúde e haviam sido contratados como cargos comissionados pela gestão municipal a partir de janeiro de 2013, portanto há pouco tempo para ter conhecimento mais adequado sobre a estrutura da UBS e dos demais processos de trabalho na DRS-Sul;
- Torna-se necessário um estudo longitudinal para avaliar as possíveis mudanças favoráveis ou desfavoráveis relacionadas ao cuidado em saúde, no entanto, o fator tempo é limitante para uma maior compreensão dos resultados. Consideramos que a identificação da fonte regular de atenção pelo usuário idoso mostra-se como um potente resultado da Longitudinalidade, tendo por base o referencial de Donabedian (2003). A continuidade pode ser considerada um resultado e se os usuários procuram a unidade de saúde para resolver antigos e novos problemas, compreendemos que há um nível de satisfação do usuário com o serviço.

7 CONCLUSÕES

Diante do contexto vivenciado e das análises quantitativas, tendo por base no objetivo proposto realizar uma avaliação, chegamos ao final desta etapa preparados para emitir um juízo de valor sobre como se configura a longitudinalidade do cuidado ao idoso na ESF da Diretoria Regional de Saúde Sul de Teresina-PI.

Constatamos que se fazem necessárias mudanças estruturais, sobretudo melhorias na infraestrutura física para que de fato os usuários idosos sintam-se acolhidos na UBS. Outros fatores limitantes na estrutura para ofertar o cuidado longitudinal foram observados, como em relação à qualificação dos profissionais para exercer o cuidado. De acordo com o perfil dos profissionais da ESF pesquisados, alguns não têm formação na área da ESF e constatamos ainda rotatividade dos profissionais, sobretudo dos médicos.

A longitudinalidade como um dos quatro atributos essenciais da atenção básica está relacionada aos demais, o retorno dos exames e consultas com especialistas implica a coordenação, que como podemos observar apresentou uma média menor em relação as demais variáveis da dimensão continuidade informacional.

Um aspecto importante e bastante positivo relacionado à continuidade informacional foi o uso do prontuário familiar, que deve ser potencializado pelo acréscimo do genograma e ecomapa, sobretudo para as famílias com idosos acamados ou domiciliados.

Observamos quanto à dimensão relação interpessoal que estatisticamente não houve diferenças entre as opiniões dos médicos e enfermeiros, que opinaram *muitas vezes* para as variáveis que compõem esta dimensão da longitudinalidade do cuidado.

Os usuários idosos opinaram divergentemente aos profissionais e não obstante a média geral com variação para menos atribuída ao item sobre se os profissionais conhecem o histórico familiar e social do paciente. No contexto da ESF de Teresina-PI, embora ocorra aspectos da estrutura que contribuam para a orientação familiar como o prontuário familiar, no entanto o processo em que ocorrem práticas profissionais não estão ainda voltadas ao cuidado à família.

Destacamos que os usuários idosos valorizam a ESF no tocante a relação com os profissionais de saúde, tendo em vista que atribuíram *quase sempre* a maioria das variáveis que compõem a relação interpessoal.

Os profissionais e os usuários concordam que *quase sempre* a UBS é reconhecida pela população como local para resolver antigos e novos problemas de saúde. Os usuários idosos por sua vez opinaram que *quase sempre* identificam a equipe da ESF responsável por sua família. Assim, tanto a UBS, como os profissionais são fontes regulares de cuidados no contexto da ESF.

Quanto às ações de saúde para o idoso proposto na PAS-2013, mesmo com resultados parciais, destacamos que há uma baixa porcentagem no alcance dessas atividades. Portanto, questionamo-nos se essas ações seriam realmente factíveis, no sentido se foram planejadas sem um direcionamento com as diretrizes da ESF, nem com Pacto pela Saúde ou se ocorre falta de registro e/ou baixo desempenho das equipes da ESF quanto a saúde do idoso. Constatamos que entre as atividades que obtiveram melhor resultado foram as ações de imunização, haja vista que essa ação é prioritária na ESF e deve constar o registro das vacinas na caderneta da pessoa idosa.

A avaliação faz-se necessária para tomada de decisões, portanto, apontamos a partir deste estudo algumas sugestões. O estudo sugere que é preciso superar os limites estruturais no contexto da ESF em Teresina que não diferem da maioria do contexto nacional e continuar com a expansão da ESF:

- Realizar qualificações/treinamentos com base na educação permanente para os profissionais sobre temas relacionados a Atenção Primária, Atenção Básica e Estratégia Saúde da Família com ênfase no cuidado ao idoso e na abordagem familiar
- Garantir incentivos salariais para os profissionais das equipes que atuam em áreas de maior vulnerabilidade, afim de evitar a rotatividade dos profissionais
- Adequar as UBS's com infra-estrutura para o acolhimento ao usuário

Esse estudo vem em um momento no qual a conjuntura nacional mostra uma estagnação da ESF, após 20 anos do surgimento e expansão do PSF, no qual serviços paralelos como as Unidades de Pronto Atendimento (UPAS) e os Hospitais de Pequeno Porte (HPP) e a baixa cobertura populacional da ESF sobretudo nos grandes centros urbanos consolidam-se. No entanto, vale salientar que nenhum desses serviços poderá garantir uma extensão alta para a longitudinalidade do cuidado aos usuários idosos como encontradas na ESF de Teresina-PI.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, C.; MACINKO, J. **Validação de uma metodologia de avaliação rápida das características organizacionais e do desempenho dos serviços de atenção básica do Sistema Único de Saúde (SUS) em nível local**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2006.

ALMEIDA, P. T. *et al.* Desafios à coordenação dos cuidados em saúde: estratégias de integração entre níveis assistenciais em grandes centros urbanos. **Cad. de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 2, p. 286-298, fev. 2010.

ALMEIDA, P. T.; GIOVANELLA, L. Avaliação em Atenção Básica à saúde no Brasil: mapeamento e análise das pesquisas realizadas e/ou financiadas pelo Ministério da Saúde entre os anos de 2000 e 2006. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 8, p. 1727-1742, ago. 2008.

ANDRADE, L. O. M.; BARRETO, I. V. C. H. C.; BEZERRA, R. C. Atenção Primária à Saúde e Estratégia Saúde da Família. *In*: CAMPOS, G. W. S. *et al.* **Tratado de Saúde coletiva**. 2ª ed., São Paulo: Hucitec, 2012.

BALDONI, A. O.; PEREIRA, L. R. L. O Impacto do envelhecimento populacional brasileiro para os sistema de saúde sob a óptica da farmacoepidemiologia: uma revisão narrativa. **Rev. Ciências Farmácia Básica Aplicada**, v.32, n.3, p. 313-321, 2011.

BARATIERI, T.; MANDU, E. N. T.; MARCON, S. S. Longitudinalidade no trabalho do enfermeiro: relatos de experiência profissional. **Rev. Esc Enfermagem USP**, v. 46, n. 5, p. 1260-1267, 2102. Disponível em: <<http://www.scielo.br/reeusp>>. Acesso em: 05 mar. 2014.

BRASIL. Lei n. 10.741, de 1º de outubro de 2003. Estatuto do Idoso. **Diário Oficial da União**, Brasília, 3 out. 2003. Seção 1, p. 1

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Manual operacional para comitês de ética em pesquisa**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

_____. Ministério da Saúde. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. Normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Resolução nº 466/2012 - CNS. Brasília, 2012a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Autoavaliação para melhoria do acesso e da qualidade da Atenção Básica:AMAQ**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Avaliação para melhoria da qualidade da estratégia saúde da família**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação de Acompanhamento e Avaliação. **Avaliação na Atenção Básica em Saúde: caminhos da institucionalização**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa. Cadernos de Atenção Básica nº 19. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2007.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Manual do instrumento de avaliação da atenção primária à saúde: *Primary Care Assessment Tool PCATool***. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Monitoramento na Atenção Básica de saúde: roteiros para reflexão e ação**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 399, de 22 de fevereiro de 2006. **Divulga e aprova as diretrizes do Pacto pela Saúde 2006**. Diário Oficial [da República Federativa do Brasil], Brasília, DF, 2006a.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 648, de 28 de março de 2006. **Aprova a Política Nacional de Atenção Básica estabelecendo a revisão das diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS)**. Diário Oficial [da República Federativa do Brasil], Brasília, DF, 2006b.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.654, de 19 de julho de 2011. **Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde, o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) e o Incentivo Financeiro do PMAQ-AB, denominado componente de Qualidade do Piso de Atenção Básica Variável -PAB Variável**. Diário Oficial [da República Federativa do Brasil], Brasília, DF, 2011a.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 2488, de 21 de outubro de 2011. **Aprova a Política Nacional de Atenção Básica estabelecendo a revisão das diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS)**. Diário Oficial [da República Federativa do Brasil], Brasília, DF, 2011b.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.008, de 1º de dezembro de 2009. **Determina a Programação das Ações de Vigilância Em Saúde (PAVS)**. Diário Oficial [da República Federativa do Brasil], Brasília, DF, 02 dez. 2009.

_____. Portaria do Gabinete do Ministro de Estado da Saúde de nº 1395, 9 de dezembro de 1999. **Aprova a Política Nacional de Saúde do Idoso e dá outras providências**. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, nº 237-E, p. 20-24, seção 1, 13 dez 1999.

_____. Secretaria de Políticas Públicas. **Guia Prático do Programa de Saúde da Família**. Brasília, 2001.

BOSI, M. L. M.; UCHIMARA, K. Y. Avaliação da qualidade ou avaliação qualitativa dos cuidados em saúde? **Rev. De Saúde Pública**, São Paulo, v.47, n.1, p. 150-153, 2007.

CANESQUI, A. N.; SPINELLI, M. A. S. Saúde da família no estado do Mato Grosso do Sul, Brasil: perfis e julgamentos dos médicos e enfermeiros. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 9, p.1881-1892, set. 2006.

CAMARANO, A. A. **Envelhecimento da População Brasileira: problema para quem?** Rio de Janeiro, 2001. Mimeo.

CAMARANO, A. A.; KANSO, S.; MELLO, J. L. Como vive o idoso brasileiro? *In*: CAMARANO, Ana A. (Org.). **Os novos idosos brasileiros muito além dos 60?** Rio de Janeiro: Ipea, 2004. p. 25-73.

CAMPOS, CEA. Estratégias de Avaliação e melhoria contínua da qualidade no contexto da Atenção Primária à Saúde. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infantil**, Recife, v 5, supl 1, p.s63-s69, 2005

CAMPOS, C. V.; MALIK, A. M. Satisfação no trabalho e rotatividade dos médicos do PSF. **Rev. Adm. Pública**, Rio de Janeiro, v. 42, n. 2, mar./abr. 2008.

CHAIMOWICZ, F. A saúde dos idosos brasileiros às vésperas do século XXI: problemas, projeções e alternativas. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 31, n. 2, abr. 1997.

CHAMPAGNE, F. *et al.* A avaliação no Campo da Saúde: conceitos e métodos. *In*: BROUSSELLE, A. *et al.* (Org.). **Avaliação: conceitos e métodos**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2011.

CONILL, E. M. Ensaio histórico-conceitual sobre a Atenção Primária à Saúde: desafios para a organização dos serviços básicos e da Estratégia Saúde da Família em centros urbanos no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, Sup.1, p. S7-S27, 2008.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS MUNICIPAIS DE SAÚDE. **A Atenção Básica que queremos**. Brasília: CONASEMS, 2011.

CHRISTAKIS, D. A. Continuity of care: process or outcomes. **Ann Fam Med**, v. 1, n. 3, p.131-133, 2003. Disponível em: <<http://www.periodicos.capes.gov.br>>. Acesso em: 06 mar. 2014.

CUNHA, E. M.; GIOVANELLA, L. Longitudinalidade/continuidade do cuidado: identificando dimensões e variáveis para a avaliação da Atenção Primária no contexto do Sistema Público de saúde brasileiro. **Ciências e Saúde Coletiva**, v. 16, supl. 1, p. 1029-1042, 2011.

DESLANDES, S. F. Concepções em pesquisa social: articulações com o campo da avaliação em serviços de saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 1, p.103-107, jan./mar. 1997.

DONABEDIAN, Avedis. **An introduction to quality assurance in health care**. University Press Oxford, New York, 2003.

ESCOREL, Ligia Sarah *et al.* O Programa de saúde da Família e a Construção de um novo modelo para a atenção básica no Brasil. **Rev. Panam. de Saúde Pública**, v. 21, n. 2, p. 164-176, 2007.

FACCHINI, Luiz Augusto *et al.* **Projeto de Monitoramento e Avaliação do Projeto de Expansão e Consolidação da Saúde da Família (PROESF): Relatório Municipal do Estudo de Linha de Base de Teresina – Lote 2 NE**. Pelotas: Universidade Federal de Pelotas, 2006.

FIGUEIRÓ, A. C.; FRIAS, P. G.; NAVARRO, L. M. Avaliação em saúde: conceitos básicos para a prática nas instituições de saúde. *In*: SAMICO, I. **Avaliação em saúde: bases conceituais e operacionais**. Rio de Janeiro, 2010.

FIRMO J. O. A. *et al.* The Bambuí Health and Aging Study: factors associated with the treatment of hypertension in older adults in the community. **Cad. de Saúde Pública**, v. 19, n. 3, p. 817-827, mai./jun. 2003.

FURTADO, J. P. Avaliação de Programas e Serviços. *In*: CAMPOS, G. W. S. *et al.* **Tratado de Saúde coletiva**. 2ª ed., São Paulo: Hucitec, 2012.

FURTADO, J. P. Um método construtivista para a avaliação em saúde. **Ciências e Saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 1, p. 165-181, 2001.

GIACOMIN, K. C. *et al.* Estudo de base populacional dos fatores associados à incapacidade funcional entre idosos na região metropolitana de Belo Horizonte, Minas Gerais. **Cad. de Saúde Pública**, v. 24, n. 6, p. 1260-1270, jun. 2009.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 6ª ed., São Paulo: Atlas, 2011.

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

GIOVANELLA, Ligia *et al.* Saúde da Família: limites e possibilidades para uma abordagem integral de atenção primária à saúde no Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.14, n. 3, p. 783-794, maio/jun. 2009.

GOMES, Romeu *et al.* Organização, processamento, análise e interpretação de dados: o desafio da triangulação. *In*: MINAYO, M. C. S.; ASSIS, S. G., SOUSA E. R. (Org.) **Avaliação por triangulação de métodos: abordagem de programas sociais**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005.

GUARDA, F. R. B. *et al.* Perfil sociodemográfico dos médicos que compõem as equipes de saúde da família na Região Metropolitana do Recife, estado de Pernambuco. **Rev. Pan-Amaz.**

Saúde, Ananindeua-PA, v. 3, n. 2, jun. 2012. Disponível em: <<http://scielo.iec.pa.gov.br>>. Acesso em: 14 mar. 2104.

GUIMARÃES DOS SANTOS, T. M. M. *et al.* Tendências da produção Científica sobre Avaliação em Saúde no Brasil. **Rev. Rene.**, Fortaleza, v. 11, n. 3, p. 171-179, jul/set. 2010.

HARTZ, Z. M. A. Princípios e padrões em meta avaliação: diretrizes para os programs de saúde. **Ciênc. e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.11, n. 3, p. 733-738, 2006.

IBAÑES, N. *et al.* Avaliação de desempenho da atenção básica no estado de São Paulo. **Ciencia e Saúde Coletiva**, v.11, n. 3, p. 683-703, 2006.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Sinopse do Censo Demográfico 2010: Tabela 1.12: População residente, por sexo e grupos de idade, segundo as Grandes Regiões e as Unidades da Federação – 2010.

LIMA-COSTA M. F. F. *et al.* Diagnóstico da situação de saúde da população idosa brasileira: um estudo da mortalidade e das internações hospitalares públicas. **Informe Epidemiológico do SUS**, v. 9, n. 1, p. 23-41, 2000.

LITVOC, J.; BRITO, F. C. de. **Envelhecimento**: prevenção e promoção da saúde. São Paulo: Atheneu, 2004.

LUZ, L. *et al.* Avaliação das Ações Estratégicas na Atenção à Saúde do idoso em Unidades Básicas de Saúde de Teresina. **Rev Bras. Med Fam e Comunidade**, Florianópolis, v. 7, n. 22, p. 20-26, 2012. Disponível em: <<http://www.rbmf.org.br/rbmfc/article/view/379>>. Acesso em: 05 abr. 2014.

MALTA, D. C. *et al.* A construção da vigilância e prevenção das doenças crônicas não transmissíveis no contexto do Sistema Único de Saúde. **Epidemiol. Serv. Saude**, v. 15, n. 15, p. 47-65, 2006.

MARQUES, D. T.; PACHANE, G. G. Formação de educadores: uma perspectiva de educação de idosos em programa de EJA. **Educ. e pesquisa**, São Paulo, v. 36, n. 2, p. 475-490, 2010.

MARTINS, G. A.; THEOPHILO, C. R. **Metodologia da investigação Científica para Ciências Sociais Aplicadas**. 2ª ed. São Paulo: Atlas, 2009.

MENDES, E. V. Atenção Primária à Saúde nas Redes de Atenção à Saúde. *In*: MENDES, E. V. **O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde**: o imperativo da consolidação da estratégia de saúde da família. Brasília. OPAS, 2012.

MINAYO, M. C. S.; DESLANDES, S. F.; GOMES, R. **Pesquisa social**: teoria, método e criatividade. 31ª ed. Petrópolis, Rio de Janeiro: 2012.

MINAYO, M. C. S. *et al.* Métodos, técnicas e relações em triangulação. *In*:_____. **Avaliação por Triangulação de Métodos: abordagem de programas sociais**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. **Manual do Prontuário de Saúde da família**. Belo Horizonte, 2007.

MORAES, E. N. **Princípios Básicos de Geriatria e Gerontologia**. Belo Horizonte: Coopmed, 2008.

MOTTA, L. B.; AGUIAR, A. C.; CALDAS, C. P. Estratégia Saúde da Família e a Atenção ao idoso: experiências em três municípios brasileiros. **Cad. Saúde Pública**, v. 27, n. 4, p. 779-786, abr. 2011.

NASRI, Fabio. O envelhecimento populacional no Brasil. **Einstein**, 6 (Supl 1): S4-S6, 2008.

NATAL, S *et al.* A implementação do projeto Estratégico de Fortalecimento da Capacidade Técnica em Monitoramento e Avaliação das Secretarias de Saúde. *In*: HARTZ, Z.; FELISBERTO, E.; VIEIRA DA SILVA, L. M. **Meta-avaliação da atenção básica à saúde-teoria e prática**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.

NICODEMO, D.; GODOI, M. P. Juventude dos anos 60-70 e envelhecimento: estudo de casos sobre feminização e direitos de mulheres idosas. **Rev. Ciênc. Ext.**, v. 6, n. 1, p. 40, 2010.

NUTTING, P. A. *et al.* Continuity of primary care: to whom does it matter and when? **Ann Fam Med**, v. 01, n. 3, p. 149-155, 2003. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.gov/pubmed>>. Acesso em: 14 mar. 2014

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS). Renovação da Atenção Primária em Saúde. Documento de posicionamento da Organização Pan-Americana de Saúde/OMS, 2005.

PARAHYBA, M. I.; VERAS, R.; MELZER, D. Incapacidade funcional entre as mulheres idosas no Brasil. **Rev. Saúde Pública**, v. 39, n. 3, p. 383-391, 2005.

PARAHYBA, M. I.; SIMÕES, C. C. S. A prevalência de incapacidade funcional entre idosos no Brasil. **Cienc. Saúde Coletiva**, v. 11, n. 4, p. 967-974, 2006.

PASKULIN, L. M. G.; VALERD B.; VIANNA L. A. C. Utilização e acesso de idosos a serviços de atenção básica em Porto Alegre (RS, Brasil). **Ciências e Saúde Coletiva**, v. 16, n. 6, p. 2935-2944, 2011.

PEDROSA, J. I. S.; TELES, J. B. Consenso e diferenças em equipes do programa saúde da família. **Rev Saude Publica**, v. 35, n. 3, p. 303-11, jun. 2001.

PICCINI, R. X. *et al.* Necessidades de Saúde comuns aos idosos: efetividade na oferta e utilização em atenção básica à saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 11, n. 3, p. 657-667, 2006.

RABELO, D. F.; CARDOSO, C. M. Auto-eficácia, doenças crônicas e incapacidade funcional na velhice. **Psico-USF**, v. 12, n. 1, p.75-81, jan./jun. 2007.

RAMOS D. D.; LIMA, M. A. D. S. Acesso e acolhimento aos usuários em uma unidade de saúde de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 1, p. 27-34, jan./fev. 2003.

RAMOS L.R. Fatores determinantes do envelhecimento saudável em idosos residentes em centro urbano: Projeto Epidoso. **Cad. de Saúde Pública**, São Paulo, v. 19, p. 793-797, 2003.

ROCHA, Roberto; CAETANO, Marcelo. O Sistema Previdenciário Brasileiro: Uma Avaliação de Desempenho Comparada, n ° 1331, Discussion Papers. **Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada – IPEA**. 2008. Disponível em: <<http://EconPapers.repec.org/RePEc>>. Acesso em: 08 jan. 2013.

RODRIGUES, R. P. Prefácio. *In*: Wolff S. H. **Vivendo e envelhecendo**: recortes de práticas sociais nos núcleos de vida saudável. São Leopoldo: UNISINOS, 2009.

SAMPAIO, R. F.; LUZ, M. T. Funcionalidade e incapacidade humana: explorando o escopo da classificação internacional da Organização Mundial de Saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 3, p. 475-483, mar. 2009.

SAMICO, I *et al.* **Avaliação em Saúde: bases conceituais e operacionais**. Rio de Janeiro: Med Book, 2010.

SANCHO, L. G.; DAIN, S. Avaliação em Saúde e avaliação Econômica em Saúde. **Ciência e S. Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 3, p. 765- 774, 2012.

SANTOS, Glauber Eduardo de Oliveira. **Cálculo amostral**: calculadora on-line. Disponível em: <<http://www.calculoamostral.vai.la>>. Acesso em: 17 mar. 2013.

SERAPIONI, M. Avaliação da qualidade em saúde; delineamento para um modelo multidimensional e correlacional. *In*: BOSI, M. L. M.; MERCADO, F. J. (Orgs.). **Avaliação Qualitativa de Programas de Saúde**: enfoques emergentes. Petrópolis, RJ: Vozes, 2006.

SERAPIONI, J. M.; SILVA, M. G. C. Avaliação da qualidade do Programa Saúde da família em municípios do Ceará. Uma abordagem multidimensional. **Ciência e S. Coletiva**, v. 16, n. 11, p. 4315- 4326, 2011.

SILVA, L. M. V.; FORMIGLI, V. L. Avaliação em Saúde: limites e perspectivas. **Caderno de Saúde Pública**, v. 10, n. 1, p. 80- 91, 1994.

SILVA, L. M. V. Conceitos, abordagens e estratégias para a avaliação em saúde. *In*: HARTZ, Z. M. A.; SILVA, L. M. V. (Org.). **Avaliação em saúde**: modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005.

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

STRALEN, C. J. V. *et al.* Percepção dos usuários e profissionais de saúde sobre atenção básica; comparação entre unidades com e sem saúde da família na Região Centro-Oeste. **Cad. Saúde Pública**, v. 24, supl. 1, p. 148-158, 2008.

SOUSA, M. F.; HAMANN, E. M. Programa Saúde da Família no Brasil: uma agenda incompleta? **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 1325-1335, jan./fev. 2009.

TANAKA, O. Y. Avaliação da Atenção Básica em saúde: uma nova proposta. **Saúde Soc. São Paulo**, v. 20, n. 4, p. 927-934, 2011.

TAVARES, D. M. S. *et al.* Incapacidade funcional entre idosos residentes em um município do interior de Minas Gerais. **Texto e Contexto**, v. 16, n. 01, p. 32-39, jan./mar. 2007.

TERESINA. Lei Complementar nº 4.359, de 22 de janeiro de 2013. **Diário Oficial do Município**. Prefeitura Municipal de Teresina, n. 1498, 22 de janeiro de 2013.

TERESINA(prefeitura). Empresa de Processamento de dados – PRODATER. Coordenação de Geoprocessamento. **Mapa das Unidades por Regionais de Saúde de Teresina**. Teresina, 2014

VERAS, R. P. Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações. **Rev. Saúde Pública**. São Paulo, v. 43, n. 3, jun. 2009.

VERAS, R. P. *et al.* Promovendo a saúde e prevenindo a dependência: identificando indicadores de fragilidade em idosos independentes. **Rev Bras Geriatria e Gerontologia** v. 10, n. 3, p. 355-70, 2007.

VIANA, L. M. M. Avaliação da Atenção Primária à Saúde de Teresina na perspectiva das usuárias. Teresina, 2012. Dissertação (mestrado em Enfermagem). Universidade Federal do Piauí, Centro de Ciência da Natureza. Disponível em: <<http://www.ufpi.br/subsiteFiles/mestenfermagem/arquivos/pdf>>. Acesso em: 04 mar. 2014.

VITORIA, A. M. *et al.* Avaliação dos atributos da atenção primária à saúde em Chapecó, Brasil. **Rev Bras Med Fam Comunidade**, Florianópolis, v. 8, n. 29, p. 285-93, 2013. Disponível em: <[http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc8\(29\)832](http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc8(29)832)>. Acesso em: 08 abr. 2014.

WONG, L. R.; CARVALHO, J. A. O rápido processo de envelhecimento populacional do Brasil: sérios desafios para as políticas públicas. **Rev. bras. estud. popul.** v. 23, n. 1, São Paulo, jan./jun. 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-30982006000100002&script=sci_arttext&tlng=es>. Acesso em: 08 jan. 2013.

YÉPEZ, M. T.; MORAIS, A. S.; CELA, M. Construções discursivas acerca do usuário do PSF. **Psicologia, Ciência e Profissão**, v. 29, n. 2, p. 364-379, 2009.

**APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO –
PROFISSIONAIS**

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – PROFISSIONAIS

Esta pesquisa irá avaliar **“Longitudinalidade/cuidado continuado na ESF de Teresina-PI”**. Está sendo realizada por uma estudante do curso de “Mestrado Profissional em Saúde da Família” da Universidade Vale do Acaraú, Sobral –Ce. Farão parte do estudo os profissionais da Estratégia de Saúde da Família: médico(a) e enfermeiro(a) e os coordenadores das Unidades Básicas de Saúde que aceitarem livremente participar da pesquisa, após leitura, aceitação e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Sua participação nesta pesquisa compreenderá responder a um instrumento para avaliar a longitudinalidade/cuidado continuado na atenção à saúde prestada no seu serviço de saúde. Este estudo implica apenas na disponibilidade de tempo para responder ao instrumento. A entrevista será realizada no seu ambiente de trabalho.

Ressaltamos que a concordância ou não em participar da pesquisa em nada irá alterar sua condição profissional na Unidade de Saúde em que você trabalha e você poderá em qualquer momento desistir da pesquisa. Para fins de pesquisa os pesquisadores garantem que seu nome será preservado e que nenhum dado sobre sua pessoa ou do conteúdo individual da sua entrevista será divulgado.

Eu, _____, fui informado(a) dos objetivos da pesquisa acima de maneira clara e detalhada. Fui informado(a) da garantia de receber resposta a qualquer dúvida acerca dos procedimentos; da liberdade de tirar meu consentimento, a qualquer momento e da garantia de que não serei identificado(a) quando da divulgação dos resultados e que as informações obtidas serão utilizadas apenas para fins científicos vinculados ao presente projeto de pesquisa.

Assinatura do(a) Profissional

Nome

Data

Assinatura do(a) Pesquisador(a)

Nome

Data

Pesquisador responsável: Svetlana Coelho Martins

Telefone: (86) 94823514/(86) 8864 1147

APÊNDICE B – ROTEIRO DE ENTREVISTA

ROTEIRO DE ENTREVISTA*

(Para ser aplicado aos **profissionais** das unidades básicas de saúde)

Categoria profissional

() enfermeiro () médico

Tempo de atuação na equipe: _____

Curso de Formação na Área da ESF () Sim () Não

Se Sim, qual?

() Especialização () Curso introdutório () Outro. Qual? _____

1. A unidade possui adscrição de clientela?

() nunca () quase nunca () algumas vezes () muitas vezes () quase sempre () sempre

2. A unidade é reconhecida pela população adscrita como local de atenção para antigos e novos problemas de saúde?

() nunca () quase nunca () algumas vezes () muitas vezes () quase sempre () sempre

3. O paciente idoso é atendido regularmente pelo mesmo médico e/ou enfermeiro nas consultas de rotina?

() nunca () quase nunca () algumas vezes () muitas vezes () quase sempre () sempre

4. Os profissionais que atendem o paciente idoso conhecem o histórico familiar e social do paciente?

() nunca () quase nunca () algumas vezes () muitas vezes () quase sempre () sempre

5. No caso de dúvida sobre tratamento, o paciente idoso consegue falar com o profissional que o atende regularmente?

()nunca ()quase nunca()algumas vezes()muitas vezes()quase sempre()sempre

6. Durante o atendimento, há tempo suficiente para que os pacientes explicitem suas dúvidas, queixas e preocupações?

()nunca ()quase nunca()algumas vezes()muitas vezes()quase sempre()sempre

7.As dúvidas, preocupações e queixas do paciente idoso são valorizadas? São registradas no prontuário?

()nunca ()quase nunca()algumas vezes()muitas vezes()quase sempre()sempre

8. O profissional se expressa com clareza, de forma que o paciente entenda?

()nunca ()quase nunca()algumas vezes()muitas vezes()quase sempre()sempre

9. Há espaço para que o paciente idoso discuta seu tratamento e tome decisões junto com o profissional?

()nunca ()quase nunca()algumas vezes()muitas vezes()quase sempre()sempre

10. Os profissionais de saúde utilizam o prontuário nos atendimentos?

()nunca ()quase nunca()algumas vezes()muitas vezes()quase sempre()sempre

11. Os profissionais de saúde estão informados sobre todos os medicamentos utilizados pelo paciente?

()nunca ()quase nunca()algumas vezes()muitas vezes()quase sempre()sempre

12. Os profissionais de saúde estão informados sobre os exames realizados pelo paciente idoso?

()nunca ()quase nunca()algumas vezes()muitas vezes()quase sempre()sempre

13. Em caso de encaminhamento para especialista, este profissional recebe informações registradas da unidade que atende o paciente regularmente?

()nunca ()quase nunca()algumas vezes()muitas vezes()quase sempre()sempre

14. No caso de referência para consulta com especialistas ou exames externos, há retorno dos resultados para o médico ou enfermeiro que atende o paciente regularmente?

()nunca ()quase nunca()algumas vezes()muitas vezes()quase sempre()sempre

15. Os profissionais de saúde são informados quando o paciente idoso não consegue obter o medicamento prescrito?

()nunca ()quase nunca()algumas vezes()muitas vezes()quase sempre()sempre

***Adaptado.** CUNHA, E M; GIOVANELLA, L. Longitudinalidade/continuidade do cuidado: identificando dimensões e variáveis para a avaliação da Atenção Primária no contexto do Sistema Público de saúde brasileiro. **Ciências e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro,v. 16, supl. 1, p.1029-1042, 2011.

**APÊNDICE C – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO –
USUÁRIOS**

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – USUÁRIOS

Esta pesquisa irá avaliar **“Longitudinalidade/cuidado continuado na ESF de Teresina-PI”**. Está sendo realizada por uma estudante do curso de “Mestrado Profissional em Saúde da Família” da Universidade Vale do Acaraú, Sobral –Ce. Farão parte do estudo os usuários idosos das Unidades Básicas de Saúde que aceitarem livremente participar da pesquisa, após leitura, aceitação e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Sua participação nesta pesquisa compreenderá responder a um instrumento para avaliar a longitudinalidade/cuidado continuado da equipe da Estratégia de Saúde da Família responsável por sua família. Este estudo implica apenas na disponibilidade de tempo para responder ao instrumento. A entrevista será realizada no serviço de saúde e contamos com cerca de 30 minutos da sua atenção.

Ressaltamos que a concordância ou não em participar da pesquisa em nada irá alterar seu atendimento na Unidade de Saúde e que você poderá em qualquer momento desistir da pesquisa. Para fins de pesquisa os pesquisadores garantem que seu nome será preservado e que nenhum dado sobre sua pessoa ou do conteúdo individual da sua entrevista será divulgado.

Eu, _____, fui informado(a) dos objetivos da pesquisa acima de maneira clara e detalhada. Fui informado(a) da garantia de receber resposta a qualquer dúvida acerca dos procedimentos; da liberdade de tirar meu consentimento, a qualquer momento e da garantia de que não serei identificado(a) quando da divulgação dos resultados e que as informações obtidas serão utilizadas apenas para fins científicos vinculados ao presente projeto de pesquisa.

Assinatura do(a) Profissional	Nome	Data
-------------------------------	------	------

Assinatura do(a) Pesquisador(a)	Nome	Data
---------------------------------	------	------

Pesquisador responsável: Svetlana Coelho Martins

Telefone: (86) 94823514 / (86) 8864 1147

APÊNDICE D – ROTEIRO DE ENTREVISTA

ROTEIRO DE ENTREVISTA*

(Para ser aplicado aos **usuários idosos** das unidades básicas de saúde)

1. O(a) senhor (a) sabe a qual equipe da Estratégia de Saúde da Família que é responsável por sua família?

()nunca ()quase nunca()algumas vezes()muitas vezes()quase sempre()sempre

2. O(a) senhor(a) procura a unidade para resolver antigos e novos problemas de saúde?

()nunca ()quase nunca()algumas vezes()muitas vezes()quase sempre()sempre

3. O (a) senhor (a) é atendido regularmente pelo mesmo médico e/ou enfermeiro nas consultas de rotina?

()nunca ()quase nunca()algumas vezes()muitas vezes()quase sempre()sempre

4. Os profissionais que atendem o(a) senhor(a) conhecem seu histórico familiar e social?

()nunca ()quase nunca()algumas vezes()muitas vezes()quase sempre()sempre

5. No caso de dúvida sobre tratamento, o(a) senhor(a) consegue falar com o profissional que o atende regularmente?

()nunca ()quase nunca()algumas vezes()muitas vezes()quase sempre()sempre

6. Durante o atendimento, há tempo suficiente para que o (a) senhor (a) explicita suas dúvidas, queixas e preocupações?

()nunca ()quase nunca()algumas vezes()muitas vezes()quase sempre()sempre

7. Suas dúvidas, preocupações e queixas são valorizadas? São registradas no prontuário?

()nunca ()quase nunca()algumas vezes()muitas vezes()quase sempre()sempre

8. O profissional se expressa com clareza, de forma que o (a) senhor(a) entenda?

()nunca ()quase nunca()algumas vezes()muitas vezes()quase sempre()sempre

9. Há espaço para que o(a) senhor (a) discuta seu tratamento e tome decisões junto com o profissional?

()nunca ()quase nunca()algumas vezes()muitas vezes()quase sempre()sempre

10. Durante a consulta os profissionais de saúde anotam suas queixas no prontuário?

()nunca ()quase nunca()algumas vezes()muitas vezes()quase sempre()sempre

11. Os profissionais de saúde estão informados sobre todos os medicamentos que o (a) senhor(a) está utilizando?

()nunca ()quase nunca()algumas vezes()muitas vezes()quase sempre()sempre

12. Os profissionais de saúde estão informados sobre os exames realizados pelo (a) senhor (a)?

()nunca ()quase nunca()algumas vezes()muitas vezes()quase sempre()sempre

13. Os profissionais de saúde são informados quando o(a) senhor (a) não consegue obter o medicamento prescrito?

()nunca ()quase nunca()algumas vezes()muitas vezes()quase sempre()sempre

* **Adaptado.** CUNHA, E M; GIOVANELLA, L. Longitudinalidade/continuidade do cuidado: identificando dimensões e variáveis para a avaliação da Atenção Primária no contexto do Sistema Público de saúde brasileiro. **Ciências e Saúde Coletiva**, v. 16, supl. 1, p.1029-1042, 2011.

APÊNDICE E – ROTEIRO DE ENTREVISTA

ROTEIRO DE ENTREVISTA

(Para ser aplicado aos coordenadores das Unidades Básicas de Saúde)

1. CONTINUIDADE INFORMACIONAL

1.1.A UBS tem prontuário da família?

Sim Não

1.2.Em que medida os profissionais de saúde utilizam o prontuário nos atendimentos?

nunca quase nunca algumas vezes muitas vezes quase sempre sempre

1.3.Os profissionais de saúde estão informados sobre todos os medicamentos utilizados pelo paciente?

nunca quase nunca algumas vezes muitas vezes quase sempre sempre

1.4. Os profissionais de saúde estão informados sobre os exames realizados pelo paciente?

nunca quase nunca algumas vezes muitas vezes quase sempre sempre

1.5. Em caso de encaminhamento para especialista, este profissional recebe informações registradas da unidade que atende o paciente regularmente?

nunca quase nunca algumas vezes muitas vezes quase sempre sempre

1.6. No caso de referência para consulta com especialistas ou exames externos, há retorno dos resultados para o médico ou enfermeiro que atende o paciente regularmente?

nunca quase nunca algumas vezes muitas vezes quase sempre sempre

1.7.Os profissionais de saúde são informados quando o paciente não consegue obter o medicamento prescrito?

nunca quase nunca algumas vezes muitas vezes quase sempre sempre

2.INFRAESTRUTURA E EQUIPAMENTOS

2.1. A UnidadeBásica de Saúde (UBS) considerando sua infra-estrutura física e equipamentos está adequada para o desenvolvimento das ações básicas de saúde e o acolhimento dos usuários.

()nunca ()quase nunca()algumas vezes()muitas vezes()quase sempre()sempre

2.2. A Unidade Básica de Saúde dispõe de consultórios com infra-estrutura e equipamentos básicos que permitem o atendimento individual dos usuários com garantia de privacidade visual e auditiva

()nunca ()quase nunca()algumas vezes()muitas vezes()quase sempre()sempre

2.3.A Unidade Básica de Saúde dispõe de infraestrutura, equipamentos e instrumentos odontológicos completos que permitem o desenvolvimento das ações de saúde bucal de maneira concomitante e integrada com o técnico de saúde bucal (TSB)

()nunca ()quase nunca()algumas vezes()muitas vezes()quase sempre()sempre

2.4. A Unidade Básica de Saúde possui planejamento dos serviços de manutenção das instalações físicas, equipamentos e instrumentais de forma regular e sistemática

()nunca ()quase nunca()algumas vezes()muitas vezes()quase sempre()sempre

2.5. A Unidade Básica de Saúde dispõe de linha telefônica, equipamentos de informática com acesso à internet, aos quais os profissionais têm livre acesso

()nunca ()quase nunca()algumas vezes()muitas vezes()quase sempre()sempre

2.6.A Unidade Básica de Saúde dispõe dos materiais e equipamentos necessários ao primeiro atendimento nos casos de urgência e emergência

()nunca ()quase nunca()algumas vezes()muitas vezes()quase sempre()sempre

2.7. O deslocamento dos profissionais das equipes da Unidade Básica de Saúde para a realização de atividades externas programadas é realizado por meio de veículo oficial

()nunca ()quase nunca()algumas vezes()muitas vezes()quase sempre()sempre

2.8. A Unidade Básica de Saúde está adequada para atendimento de pessoas com deficiência, analfabetos e idosos

()nunca ()quase nunca()algumas vezes()muitas vezes()quase sempre()sempre

2.9. A Unidade Básica de Saúde possui identificação visual externa e interna em todas as suas dependências

()nunca ()quase nunca()algumas vezes()muitas vezes()quase sempre()sempre

2.10.A Unidade Básica de Saúde dispõe de insumos em quantidade suficiente para o desenvolvimento regular das ações de saúde, incluindo saúde bucal e atividades educativas

()nunca ()quase nunca()algumas vezes()muitas vezes()quase sempre()sempre

2.11. A Unidade Básica de Saúde dispõe de materiais e insumos necessários para o trabalho dos agentes comunitários de saúde

()nunca ()quase nunca()algumas vezes()muitas vezes()quase sempre()sempre

2.12. A Unidade Básica de Saúde dispõe de todas as vacinas do calendário básico do Programa Nacional e Estadual de Imunização

()nunca ()quase nunca()algumas vezes()muitas vezes()quase sempre()sempre

2.13. A Unidade Básica de Saúde dispõe de material impresso em quantidade suficiente para o desenvolvimento regular das ações em saúde

()nunca ()quase nunca()algumas vezes()muitas vezes()quase sempre()sempre

2.14. A Unidade Básica de Saúde dispõe de materiais de insumos para as práticas integrativas e complementares

()nunca ()quase nunca()algumas vezes()muitas vezes()quase sempre()sempre

2.15. A Unidade Básica de Saúde dispõe de insumos e medicamentos indicados para o primeiro atendimento nos casos de urgência e emergência

()nunca ()quase nunca()algumas vezes()muitas vezes()quase sempre()sempre

2.16. A Unidade Básica de Saúde dispõe de equipamentos de proteção individual de forma regular e suficiente

nunca quase nunca algumas vezes muitas vezes quase sempre sempre

2.17. A Unidade Básica de Saúde disponibiliza os medicamentos do Componente Básico da Assistência Farmacêutica com suficiência e regularidade

nunca quase nunca algumas vezes muitas vezes quase sempre sempre

2.18. A Unidade Básica dispõe de mecanismos de monitoramento e controle de estoque (abastecimento) de materiais/insumos, medicamentos e imunobiológicos e das condições adequadas de conservação destes

nunca quase nunca algumas vezes muitas vezes quase sempre sempre

APÊNDICE F – CARTÃO COM OPÇÃO DE RESPOSTAS**CARTÃO COM OPÇÃO DE RESPOSTAS**

APÊNDICE G – TABELA DE IDOSOS ENTREVISTADOS POR UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE (n_i) DE ACORDO COM O NÚMERO DE ATENDIMENTOS POR UBS (m_i)

TABELA DE IDOSOS ENTREVISTADOS POR UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE(n_i) DE ACORDO COM O NÚMERO DE ATENDIMENTOS POR UBS (m_i)			
TERRITÓRIO	UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE	(n_i)	(m_i)
TERRITÓRIO 01	2406985 CENTRO DE SAUDE TRES ANDARES	24	1.405
	3810852 CENTRO DE SAUDE DO CRISTO REI	10	1.104
	6924603 UNIDADE BASICA DE SAUDE MONTE CASTELO	22	1.216
	5312450 UNIDADE SAUDE DA FAMILIA VILA CONFIANCA	10	1.831
	2443848 UNIDADE BASICA DE SAUDE NOSSA SENHORA DA PAZ	11	566
TERRITÓRIO 02	2407019 CENTRO DE SAUDE SACI	36	1.166
	2444208 CENTRO DE SAUDE DR FRANCISCO SOARES FILHO /SAO PEDRO	31	1.541
	6428045 UNIDADE DE SAUDE DA FAMILIA CAROLINA SILVA	13	333
	6901468 UNIDADE DE SAUDE DA FAMILIA PROMORAR/ FELIPE EULÁLIO	59	193
	UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE JOSÉ WILSON BATISTA/ VERMELHA	33	1.650
TERRITÓRIO 03	2444135 CENTRO DE SAUDE DR FRANCILIO RIBEIRO DE ALMEIDA ANGELIM	22	176
	2593564 CENTRO DE SAUDE DR AUGUSTO DE CASTRO KM 7	4	513
	3722090 UNIDADE BASICA SAUDE DA FAMILIA DO BETINHO	3	194
	5225884 UNIDADE DE SAUDE DA FAMILIA ESPLANADA	4	202
	5221005 UNIDADE DE SAUDE DA FAMILIA PARQUE PIONEIRO I/SANTO ANTONIO	6	362
	2444062 CENTRO DE SAÚDE IRMA DULCE	23	497
TERRITÓRIO 04	2406624 CENTRO DE SAUDE DR DURVALINO COUTO/ BELA VISTA	26	396
	2406632 CENTRO DE SAUDE SAO CAMILO LOURIVAL PARENTE	20	173
	2588862 CENTRO DE SAUDE PORTO ALEGRE	7	679
	5286239 UNIDADE DE SAUDE DA FAMILIA DAGMAR MAZZA	4	3.159
	5307503 UNIDADE BASICA DE SAUDE VAMOS VER O SOL	6	1.443
	5343054 UNIDADE DE SAUDE DA FAMILIA PORTAL DA ALEGRIA	8	312
	6428010 UNIDADE SAUDE DA FAMILIA DRA VIRGINIA CASTELO BRANCO/SANTA CLARA	3	1.310
	TOTAL	385	20.421

Fontes: m_i DATA-SUS/SIA (Janeiro a abril de 2013)/ n_i Pesquisade Campo (janeiro a fevereiro de 2014)

ANEXOS

ANEXO A – TERMO DE ANUÊNCIA DA FMS

Estado do Piauí
Prefeitura de Teresina
Fundação Municipal de Saúde - FMS
Diretoria de Vigilância em Saúde

MEMO/DVS Nº217/2013

Teresina, 01 de agosto de 2013.

Da: Diretoria de Vigilância em Saúde – DVS
Para: DRS Sul

Apresentamos Svetlana Coelho Martins que realizarão trabalho de pesquisa intitulado **AVALIAÇÃO DA LONGITUDINALIDADE DO CUIDADO AO IDOSO EM TERESINA/PI**. O trabalho será realizado nas Unidades Básica de Saúde da região sul de Teresina.

Na conclusão do trabalho, deverá ser encaminhada uma cópia do relatório final à Presidência da FMS.

Atenciosamente,

Amariles de Souza Borba

Diretora de Vigilância em Saúde

ANEXO B – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP



UNIVERSIDADE ESTADUAL
VALE DO ACARAÚ - UVA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: AVALIAÇÃO DA LONGITUDINALIDADE DO CUIDADO AO IDOSO

Pesquisador: Svetlana Coelho Martins

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 20670813.0.0000.5053

Instituição Proponente: Universidade Estadual Vale do Acaraú - UVA

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 420.462

Data da Relatoria: 02/10/2013

Apresentação do Projeto:

AVALIAÇÃO NA LONGITUDINALIDADE DO CUIDADO AO IDOSO EM TERESINA-PIAUI

Projeto de pesquisa apresentado ao Mestrado Profissional em Saúde da Família.

Embora necessária a avaliação da Atenção Básica, partindo dos sujeitos envolvidos in loco, sabe-se da tarefa desafiante, tendo em vista a multiplicidade de serviços, ações e a dimensão a que ela se responsabiliza. Portanto, se faz necessário identificar se as dimensões exclusivas da Atenção Primária/Atenção Básica estão sendo contempladas no cotidiano das equipes que compõem a ESF. Em se tratando da Atenção Básica, no que se refere a longitudinalidade do cuidado nos parece ao primeiro momento um recorte representativo desta realidade para ser avaliado. Portanto, este estudo tem como objeto de investigação a avaliação da ESF de Teresina-PI em relação a longitudinalidade do cuidado ao idoso.

Objetivo da Pesquisa:

- Avaliar as características estruturais, processuais bem como os resultados da longitudinalidade do cuidado ao idoso na Estratégia Saúde da Família do município de Teresina-Piauí, a partir do referencial de Donabedian (2005);
- Conhecer a estrutura ofertada nas Unidades Básicas de Saúde para ofertar o cuidado em saúde;
- Investigar a relação entre as equipes da ESF e a população adscrita;

Endereço: Av Comandante Maurocélvio Rocha Ponte, 150

Bairro: Derby **CEP:** 62.041-040

UF: CE **Município:** SOBRAL

Telefone: (88)3677-4255 **Fax:** (88)3677-4242 **E-mail:** uva_comitedeetica@hotmail.com



UNIVERSIDADE ESTADUAL
VALE DO ACARAÚ - UVA



Continuação do Parecer: 420.462

- Verificar a utilização da Unidade Básica de Saúde pela população adscrita;
- Analisar os resultados da assistência prestada junto aos idosos assistidos pelas ESF.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Pesquisadores afirmam que a pesquisa não apresenta riscos.

Quanto ao princípio da beneficência, este estudo, a partir dos seus objetivos, tem a intenção de avaliar as características estruturais e processuais da longitudinalidade do cuidado ao idoso na Estratégia Saúde da Família do município de Teresina-PI e devolvendo os resultados da pesquisa a comunidade acadêmica da Instituição de Ensino Superior e para o serviço, o qual foi cenário de pesquisa.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Relevante, bem embasada em teoria.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Completos e informativos.

Recomendações:

Encaminhar relatório final para o CEP através da Plataforma Brasil. Ver ajuda na página principal da PB.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Sem pendência

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Projeto apresentado e discutido na reunião do colegiado do dia 09/10/2013, sendo classificado como aprovado, devendo a pesquisadora encaminhar a este CEP relatório final através da Plataforma Brasil.

Endereço: Av Comandante Maurocílio Rocha Ponte, 150

Bairro: Derby CEP: 62.041-040

UF: CE Município: SOBRAL

Telefone: (88)3677-4255 Fax: (88)3677-4242 E-mail: uva_comitedeetica@hotmail.com



UNIVERSIDADE ESTADUAL
VALE DO ACARAÚ - UVA



Continuação do Parecer: 420.462

SOBRAL, 09 de Outubro de 2013

Assinador por:
Maristela Ines Osawa Chagas
(Coordenador)

Endereço: Av Comandante Maucécilio Rocha Ponte, 150
Bairro: Derby **CEP:** 62.041-040
UF: CE **Município:** SOBRAL
Telefone: (88)3677-4255 **Fax:** (88)3677-4242 **E-mail:** uva_comitedeetica@hotmail.com