

UNIVERSIDADE ESTÁCIO DE SÁ

MARGARETH GLÓRIA SGAMBATO FERREIRA

**Implantação e monitoramento da Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa na
Estratégia de Saúde da Família: a experiência da Área Programática 5.1 do
Município do Rio de Janeiro**

RIO DE JANEIRO

2010

MARGARETH GLÓRIA SGAMBATO FERREIRA

Implantação e monitoramento da Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa na
Estratégia de Saúde da Família: a experiência da Área Programática 5.1 do
Município do Rio de Janeiro

Dissertação apresentada à Universidade
Estácio de Sá como requisito parcial para a
obtenção do grau de Mestre em Saúde da
Família.

Orientadora: Prof^{fa}. Dr^a. Adriana Cavalcanti Aguiar

Rio de Janeiro
2010

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

F383

Ferreira, Margareth Glória Sgambato

Implantação e monitoramento da caderneta de saúde da pessoa idosa na estratégia de saúde da família: a experiência da área programática 5.1 do município do Rio de Janeiro. / Margareth Glória Sgambato Ferreira. - Rio de Janeiro, 2010.

92 f.

Dissertação (Mestrado em Saúde da Família) – Universidade Estácio de Sá, Rio de Janeiro, 2010.

Bibliografia: p. 74

1. Saúde da família – Rio de Janeiro. 2. Envelhecimento populacional. 2. Saúde da família, Gestão. I. Título.

CDD: 616.02498153

AGRADECIMENTO

A Deus, por sempre me guiar e confortar em momentos difíceis. Por sempre estar presente mostrando-me o caminho melhor a ser seguido e me ajudando a superar os obstáculos.

Aos meus amigos que sempre torceram por mim nesta etapa da minha vida. Aqueles de contato diário e aqueles que não vejo há tempos, mas sei que sempre torceram por mim. Não vou enumerá-los aqui, pois poderia estar esquecendo de algum.

Aos profissionais da minha equipe da Gerência do Programa de Saúde do Idoso da SMSDC/RJ, seja na atual formação como também aos que já saíram para trilhar outros caminhos profissionais.

Aos professores e funcionários do curso do Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família, Universidade Estácio de Sá, pelo compartilhar, por todo o apoio e pelo convívio durante esta etapa de minha vida.

Aos professores integrantes da banca do exame de qualificação, cujas críticas e sugestões enriqueceram o trabalho.

Aos felinos, Sexta feira e Perseus, que sempre estiveram ao meu lado, mas principalmente ao Sexta, que sempre inventava alguma brincadeira com o meu material de estudo. Estes momentos de descontração me ajudaram muito.

A todos que, direta ou indiretamente, contribuíram para a realização deste estudo.

Muito obrigada!

DEDICATÓRIA

A minha mãe, Norma, que sempre esteve em todos os momentos de minha vida, me ajudando, apoiando e acreditando em mim. Foi mãe, foi pai, foi o meu alicerce por todo este período. Sem ela não teria conseguido atingir muitos de meus objetivos. Obrigada mãe por tudo!

Aos idosos,

Vencedores de inúmeras adversidades da vida e que muito têm contribuído para nossa sociedade e nem sempre, recebendo o reconhecimento e o respeito merecidos. Que o fruto deste trabalho seja instrumento estimulador para os gestores e profissionais redirecionarem suas políticas, condutas e tratamentos para a melhoria, cada vez maior, da qualidade de vida da população idosa.

A todos os profissionais da área de saúde que buscam alternativas e constroem espaços para disseminar seus conhecimentos, independente das dificuldades e obstáculos encontrados, principalmente aos que fizeram parte deste estudo, contribuindo para os resultados alcançados.

Às montanhas e trilhas que ainda quero conhecer.

RESUMO

Inúmeras políticas públicas brasileiras recentes estão voltadas ou incluem a atenção às necessidades da população idosa. Dentre elas, o Pacto pela Vida (2006) que preconiza a adoção da Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa (CSPI) (instrumento de cidadania com informações relevantes sobre a saúde da pessoa idosa, possibilitando um melhor acompanhamento por parte dos profissionais de saúde). O presente estudo de caso teve como objetivo conhecer e analisar a experiência de implantação e monitoramento da CSPI na Estratégia Saúde da Família (ESF), numa área programática do Município do Rio de Janeiro. Desde 1998, a ESF utiliza o Sistema de Informação na Atenção Básica (SIAB), criado para viabilizar o monitoramento da saúde e avaliação das atividades desenvolvidas junto à população acompanhada pelas equipes, mas no que é relativo à saúde do idoso, esse sistema não oferece acesso a dados suficientes. A coleta de dados incluiu a análise documental e entrevistas com informantes-chave, além do consolidado e discussão dos dados oriundos da planilha. Como resultados, identificaram estratégias de caráter inovador, como a construção de um instrumento de coleta de dados que otimizou a leitura da informação no nível loco-regional referente a população idosa adstrita, evidenciou o potencial do nível loco-regional da gestão em apoiar os níveis centrais dos municípios e mesmo o gestor federal com iniciativas criativas e desenhadas para fomentar a sustentabilidade das políticas de saúde; demonstrou também os desafios que se relacionam a necessidade de se definir as competências indispensáveis aos profissionais que atendem essa faixa etária; além disso, o estudo oferece subsídios para o melhor direcionamento da assistência aos idosos. Pois a informação é algo fundamental no trabalho das equipes da ESF, somente através da produção e análise de dados em nível loco-regional, numa grande cidade, marcada pela heterogeneidade, é que se poderá reorientar o modelo assistencial, a partir da detecção de necessidades e definição de prioridades.

Palavras-chave: Envelhecimento populacional. Estratégia de Saúde da Família. Sistema de informação em saúde. Saúde pública.

ABSTRACT

Countless Brazilian public politics are recent turned or they include the attention to the needs of the senior population. Among them, the Pacto pela vida (2006) that extols the adoption of Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa (CSPI) (citizenship instrument with important information about the senior person's health, making possible a better accompaniment on the part of the health professionals). The present case study had as objective knows and to analyze the implantation experience and close looking of CSPI in the Estratégia Saúde da Família (ESF), in an programatic area of the Municipal district of Rio de Janeiro. Since 1998, ESF uses the System of Information in the Basic Attention (SIAB), servant to make possible the monitor of the health and evaluation of the activities developed the population close to accompanied by the teams, but in what it is relative to the senior's health, that system doesn't offer access the enough data. The collection of data included the documental analysis and glimpses with informer-key, besides consolidated it and discussion of the data originating from of the spreadsheet. As results, identified strategies of innovative character, as the construction of an instrument of collection of data that optimized the reading of the information in the loco-regional level regarding limited senior population; it evidenced the potential of the loco-regional level of the administration in supporting the central levels of the municipal districts and even the federal manager with creative initiatives and drawn to foment the maintainable of the politics of health; also demonstrated the challenges that link the need to define the indispensable competences to the professionals that assist that age group; besides, the study offers subsidies for the best direction of the senior's attendance. Because the information is something fundamental in the work of the teams of ESF, only through the production and analysis of data in loco-regional level, in a great city, marked by the heterogeneity, it is that that makes possible reorient the assistential model, starting from the detection of needs and definition of priorities.

Keywords: Population aging. Family Strategy of Health. Information system of health. Public health.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1	– Demonstrativo da população em geral e da população idosa no Município do RJ, por AP	26
Figura 1	– Município do Rio de Janeiro e as dez Áreas Programáticas ...	39
Quadro 2	– Distribuição dos profissionais do SF da AP 5.1 para a capacitação em 2007 – nível elementar e médio	55
Quadro 3	– Distribuição dos profissionais do SF da AP 5.1 para a capacitação em 2007 – nível superior	55
Quadro 4	– Totais, por trimestre, das planilhas de avaliação dos indicadores, ano 2008	63

LISTA DE ABREVIATURAS

AB –	Atenção Básica
ACS –	Agente Comunitário de Saúde
AIVD –	Atividades Instrumentais de Vida Diária
AMQ –	Avaliação para Melhoria da Qualidade da Estratégia Saúde da Família
AVD –	Atividades de Vida Diária
AP –	Área Programática
CAP –	Coordenadoria de Área Programática
CSPI –	Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa
DAB –	Departamento de Atenção Básica
ESF –	Estratégia de Saúde da Família
GAT –	Grupo de Apoio Técnico
GPI –	Gerência do Programa de Saúde do Idoso
IBGE –	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IPP –	Instituto Pereira Passos
LOS –	Lei Orgânica da Saúde
MS –	Ministério da Saúde
NASF –	Núcleo de Apoio da Saúde da Família
OMS –	Organização Mundial de Saúde
ONU –	Organização das Nações Unidas
OPAS –	Organização Pan-Americana de Saúde
PACS –	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PCRJ –	Prefeitura da Cidade do Rio de Janeiro
PMSPI –	Planilha de Monitoramento da Saúde da Pessoa Idosa
PNAD –	Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios
PNI –	Política Nacional do Idoso
PNSI –	Política Nacional de Saúde do Idoso
PNSPI –	Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa
PROESF –	Projeto de Expansão e Consolidação da Saúde da Família
PSF –	Programa de Saúde da Família
QAICSPI –	Questionário de Avaliação da Implantação da Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa

RH –	Recursos Humanos
RJ –	Rio de Janeiro
SF –	Saúde da Família
SMSDC –	Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil
SMU –	Secretaria Municipal de Urbanismo
SIAB –	Sistema de Informação de Atenção Básica
SIS –	Sistema de Informação em Saúde
SUS –	Sistema Único de Saúde
UERJ –	Universidade do Estado do Rio de Janeiro
UNATI –	Universidade Aberta da Terceira Idade
USB –	Unidade de Saúde Básica

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	13
CAPÍTULO 1 - ENVELHECIMENTO POPULACIONAL E SAÚDE DO IDOSO NO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO	18
1.1 As Políticas Sociais e de Saúde para a Pessoa Idosa	18
1.2 A contribuição da Geriatria e Gerontologia e as Implicações para a Prática Assistencial	22
1.3 Demografia e “Epidemiologia do envelhecimento” no Rio de Janeiro	25
1.4 O Custo Social do Adoecimento da População Idosa para a Cidade do Rio de Janeiro	28
CAPÍTULO 2 - ENFRENTAMENTO DAS DEMANDAS E NECESSIDADES DE SAÚDE DOS IDOSOS: a organização da rede municipal de saúde do Rio de Janeiro	29
2.1 A Gerência do Programa de Saúde do Idoso	31
CAPÍTULO 3 - A ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA E A REORIENTAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA: consequências para a atenção ao idoso no Município do Rio de Janeiro	34
3.1 A Estratégia de Saúde da Família e a Reorientação da Atenção Básica no Município do Rio de Janeiro	34
3.2 A Ap 5.1 no Contexto do Município do Rio de Janeiro	38
3.3 A Atenção ao Idoso na AP 5.1 e a implantação da CSPI	40
CAPÍTULO 4 – OBJETIVOS	46
CAPÍTULO 5 - PERCURSO METODOLÓGICO	
5.1 Caracterização do Estudo	47
5.2 Local e critério de escolha do campo de estudo	48
5.3 Coleta de Dados	49
5.4 Organização e análise dos dados	51
5.5 Aproximação com o campo de estudo	53
CAPÍTULO 6 – RESULTADOS	54
6.1 A implantação da Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa na AP 5.1	54
6.2 Avaliação e monitoramento da Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa ..	59

CAPÍTULO 7 – DISCUSSÃO	67
CAPÍTULO 8 - CONSIDERAÇÕES FINAIS	71
REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA.....	74
APÊNDICE A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	79
APÊNDICE B – Roteiro de Entrevista	81
ANEXO A - Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa	83
ANEXO B - Termos da Resolução do Conselho Nacional de Saúde 196/96	89
ANEXO C - Questionário de Avaliação da Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa Ano 2008	90
ANEXO D - Planilha de Monitoramento da Saúde da Pessoa Idosa	92

INTRODUÇÃO

O envelhecimento da população é um dos maiores triunfos da humanidade e também representa um dos grandes desafios da sociedade contemporânea. Faz parte do ciclo natural da vida, mas neste processo natural cada indivíduo vive de uma maneira distinta. Existem aspectos biopsicossociais que fazem muita diferença, ou seja, ninguém envelhece igual.

O Brasil também está passando por essa transição demográfica. O “país eternamente jovem” (VERAS, 1994) ficou para trás; surge no horizonte o país maduro, cujo aumento na proporção de idosos¹ na população é mais um agente estressor para um sistema de saúde como o nosso, ainda centrado num modelo assistencial² à saúde baseado no modelo biomédico, com ênfase na doença e não na prevenção.

Portanto, para enfrentar esse desafio, de uma população em processo de envelhecimento, os gestores e as políticas públicas devem estar afinados, e é necessário avançar na intersectorialidade³ das ações, pois o conceito de saúde⁴ é mais amplo do que ausência de doença. Os segmentos sociais mais vulneráveis, dentre eles a população idosa, têm sua qualidade de vida comprometida quando a sociedade não é capaz de lhes oferecer meios que garantam seu acesso a direitos sociais, seja na área da saúde, assistência social, transporte e outros. O Brasil enfrenta o desafio da ampliação das políticas de Seguridade Social, compostas pelo tripé: Previdência Social, Assistência Social e Saúde, conforme art. 194 da Constituição Federal (BRASIL, 1988).

¹ Segundo a Organização das Nações Unidas (Resolução nº 39/125, de 1982), nos países em desenvolvimento, idoso é a pessoa com idade igual ou superior a 60 anos. A Política Nacional do Idoso e o Estatuto do Idoso brasileiro assim também definem cronologicamente a pessoa idosa. Já nos países desenvolvidos em geral o recorte etário é 65 anos.

² Modelo Assistencial é a forma de organização e articulação entre os diversos recursos físicos, tecnológicos e humanos disponíveis para enfrentar e resolver os problemas de saúde de uma coletividade (PAIM, 2003).

³ A intersectorialidade, na concepção de Junqueira (1997), é a articulação de saberes e experiências no planejamento, realização e avaliação de ações para alcançar efeito sinérgico em situações complexas visando o desenvolvimento social, superando a exclusão social.

⁴ O conceito de saúde para este grupo populacional não pode se basear no parâmetro de completo bem estar físico, psíquico e social preconizado pela Organização Mundial de Saúde, mas deve se reger pelo paradigma da capacidade funcional (RAMOS, 2002).

E já recuperando o conceito de capacidade funcional, segundo Néri (2001), é o grau de preservação da habilidade de realizar Atividade de Vida Diária – AVD, aquelas mais rotineiras que envolvem cuidados com higiene pessoal, com alimentação, locomover-se. E, Atividades Instrumentais de Vida Diária – AIVD refere-se aquelas mais instrumentais tais como: fazer compras, pagar contas, usar telefone, usar meios de transportes.

Para que possamos iluminar a discussão do tema proposto, é desejável resgatar o conceito de saúde estabelecido pela Lei Orgânica de Saúde, (Lei 8080/90), (BRASIL, 1990), onde a saúde é reconhecida através de *fatores determinantes e condicionantes, dentre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais.*

O atendimento a essa população, hoje, existe de forma desordenada e fracionada; não há um acolhimento adequado aos idosos que chegam as Unidade de Saúde Básicas (USB). Os problemas só se acumulam, gerando outros em decorrência dos primeiros. Além disso, tem o aspecto social que interfere na saúde, ou seja, o empobrecimento, cada vez maior, dessa população, demandando outras intervenções para além da saúde.

A demanda aos serviços de saúde pelos idosos aponta para a necessidade de reestruturação da Atenção Básica (AB)⁵. A Estratégia de Saúde da Família (ESF) visa reorientar as práticas e ações de saúde de forma integral e contínua, incorporando e reafirmando os princípios básicos do Sistema Único de Saúde (SUS): universalização, descentralização, integralidade e participação da comunidade (BRASIL, 1994), é a mudança no modelo de atenção à saúde. Com isso, a ESF vem se tornando o principal elo entre o sistema de saúde e a população, e o sucesso desse modelo depende, em grande parte, das estratégias de implantação, monitoramento e avaliação utilizadas e dos profissionais envolvidos neste processo, pois eles devem se tornar atores sociais chaves.

É necessário conhecer essa população a que se pretende prestar serviços. Na ESF, o sistema de informação utilizado, atualmente, é o SIAB (Sistema de Informação da Atenção Básica). Foi criado com a ambição de permitir o acompanhamento contínuo e a avaliação das atividades desenvolvidas pelas equipes da ESF. O SIAB deve agregar dados e processar as informações sobre a população acompanhada, servindo como importante ferramenta para o planejamento das ações das equipes (BRASIL, 2004). Mas no que é relativo à saúde do idoso, esse instrumento não coleta suficiente informação⁶. Assim, na ESF do Município do Rio de Janeiro foi criada uma ficha adicional de acompanhamento da pessoa idosa. Contudo essa ficha não foi implantada no *software*, só é utilizada no papel; sendo assim, não há como extrair relatórios sistematizados, além do que poucas equipes utilizam-na e outras até a desconhecem.

⁵ Atenção Básica considera o sujeito em sua singularidade, na complexidade, na integralidade e na inserção sociocultural e busca a promoção de sua saúde, a prevenção e tratamento de doenças e a redução de danos ou de sofrimentos que possam comprometer suas possibilidades de viver de modo saudável (BRASIL, 2006a).

⁶ No SIAB do Ministério da Saúde (BRASIL, 1998), existe dificuldade de tirar relatórios sobre a saúde do idoso especificamente, por exemplo, existem as doenças presentes nesta faixa etária, como hipertensão, diabetes, mas não tem a faixa etária acometida, sendo assim, existe muita dificuldade em gerar informação. Outro exemplo é na questão da informação da hospitalização por complicação por diabetes, que também não tem faixa etária acometida.

A informação é algo fundamental no trabalho das equipes da ESF. Somente através de estudos da realidade social e sanitária de cada área de uma grande cidade, marcada pela heterogeneidade e desigualdade, é que se poderá desestruturar o modelo existente e reestruturar um novo modelo de atenção, efetivamente mais resolutivo nos vazios sanitários das grandes cidades. Mas será que os profissionais de saúde sabem manusear os dados disponíveis e transformar essas análises em informação útil para orientar o planejamento de futuras ações na área?

Na tentativa de identificar os aspectos de morbidade que interferem no envelhecimento saudável, o Ministério da Saúde (MS), no início de 2007, propôs em nível nacional, a implantação de um instrumento de acompanhamento: a Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa (CSPI) (Pacto pela Vida, Portaria nº 399/GM/2006). Por determinação do próprio MS, os idosos cadastrados na ESF foram os primeiros a receber a CSPI (BRASIL, 2006b).

Coube à Gerência do Programa de Saúde do Idoso (GPI), que faz parte da estrutura organizacional da Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil da Cidade do Rio de Janeiro⁷ (SMSDC), o planejamento de todas as etapas do processo de implantação, da distribuição ao treinamento dos profissionais da ESF em nível municipal.

Sendo profissional da equipe técnica da GPI, me deparei com inúmeras situações, onde a utilização correta das informações coletadas foram de fundamental importância para a tomada de decisões, para o solucionamento de dificuldades e suporte para a formulação de condutas e norteamto de atividades e ações locais. Por outro lado, a falta deste planejamento, baseado nas informações coletadas ou o desconhecimento por parte dos profissionais de como trabalhar essas informações para gerar ações direcionadas, acabou dificultando e comprometeu o desenvolvimento de ações nos serviços de saúde.

Com a implantação da CSPI é grande a expectativa dos técnicos da GPI de dispor de informação adequada e atual sobre os idosos atendidos pela ESF, especialmente na identificação de idosos frágeis e das situações de vulnerabilidade individual e coletiva. Para tal, no entanto, se faz necessária a orquestração de uma

⁷ Essa designação é da atual gestão do Prefeito Eduardo Paes (2009-2012), que em 28/01/2009, altera pelo decreto nº 30.433 a estrutura organizacional da Prefeitura da Cidade do Rio de Janeiro. A antiga designação era apenas Secretaria Municipal de Saúde.

série de esforços que envolvem, não apenas as instâncias de formulação, mas também aquelas incumbidas da prestação de serviços em nível loco-regional.

O Município do Rio de Janeiro, no qual se realizou este estudo, está dividido em dez Áreas Programáticas (AP) (1.0, 2.1, 2.2, 3.1, 3.2, 3.3, 4.0, 5.1, 5.2 e 5.3). No que tange à implantação e monitoramento da CSPI, destaca-se o trabalho da A.P. 5.1, que foi a primeira a adotar este novo instrumento de coleta de dados. Além disto, a equipe de técnicos responsável pelo acompanhamento das atividades da ESF na área criou um instrumento próprio para acompanhar a utilização da CSPI pelos profissionais e idosos, em suas 36 unidades de saúde da família.

O presente estudo de caso enfoca a experiência de implantação da CSPI na AP 5.1 e a criação e utilização da planilha cuja elaboração foi uma iniciativa da equipe gestora local, o qual deveria agilizar e valorizar a utilização da caderneta, potencializando sua contribuição para os profissionais da ESF e para os usuários, idosos da área (facilitando o acompanhamento da saúde destes).

Como e porque os gestores desta área tomaram para si essa responsabilidade e como os profissionais do ESF receberam essa incumbência são perguntas a serem respondidas; afinal trata-se de mais um instrumento de coleta de dados, ou seja, mais uma demanda para esses profissionais que já têm sobre si uma sobrecarga de trabalho.

No final de 2008, houve uma primeira iniciativa de avaliação da implantação da CSPI por parte do MS/Secretaria de Atenção à Saúde/Área Técnica de Saúde do Idoso. Seu desenho, no entanto, não agregou dados novos para os envolvidos na implantação da CSPI, por motivos que serão apresentados posteriormente. O presente estudo pretende preencher algumas lacunas importantes, e que esse registro incentive a reflexão em nível loco-regional, com a premissa de que a base da gestão do sistema de saúde pode oferecer contribuições importantes ao nível central dos municípios e mesmo apoiar o gestor federal com iniciativas criativas e desenhadas para fomentar a sustentabilidade das políticas de saúde, apesar das adversidades que enfrentam.

Este estudo se estrutura em sete capítulos. O capítulo 1 apresenta um panorama sobre a contribuição da Geriatria e Gerontologia na transição demográfica e epidemiológica, suas implicações na atenção à saúde do idoso no Brasil e no Município do Rio de Janeiro, incluindo a legislação pertinente. O capítulo 2 introduz a organização da rede Municipal de Saúde e o papel da Gerência do Programa de

Saúde do Idoso nas propostas de reorganização da rede de serviços. Em seguida, o capítulo 3 descreve as propostas e desafios para a Atenção Básica/Saúde da Família na assistência ao idoso no Município do Rio de Janeiro, com menção à problemática dos recursos humanos e às peculiaridades da atenção ao idoso na AP 5.1 na implantação da Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa. No capítulo 4, propõe os objetivos, e no capítulo 5 é exposto o percurso metodológico utilizado neste estudo. No capítulo 6 são apresentados seus resultados. Em seguida, no capítulo 7 é realizada a discussão e problematização dos temas mais relevantes. Por último, para findar este estudo as considerações finais são sistematizadas no capítulo 8.

CAPÍTULO 1 – ENVELHECIMENTO POPULACIONAL E SAÚDE DO IDOSO NO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO

1.1 As Políticas Sociais e de Saúde para a Pessoa Idosa

Os desafios de uma população em processo de envelhecimento como a brasileira⁸ são muitos; superar esses desafios requer um planejamento inovador e reformas políticas substanciais. Apesar de já termos uma legislação vigente voltada para essa faixa etária, ainda não conseguiram colocar em prática o que está escrito nesta legislação.

No Brasil, convivemos com grandes desigualdades, sejam as econômicas, as sociais e as culturais, que clamam pela efetividade de programas complementares e reafirmação de valores de justiça distributiva envolvendo as atuais e futuras gerações.

As Políticas Sociais e Políticas de Saúde devem estar afinadas uma com a outra, pois o conceito de saúde⁹ é mais amplo do que ausência de doença. Nesta perspectiva, os segmentos sociais mais vulneráveis, dentre eles a população idosa, têm sua qualidade de vida comprometida quando a sociedade não é capaz de lhes oferecer meios que garantam o acesso aos demais direitos sociais. Trata-se, então, de pensar na direção de ampliação das políticas de Seguridade Social (Previdência Social, Assistência Social e Saúde).

A Política Nacional de Assistência Social (BRASIL, 2004) buscou transformar em ações diretas, os pressupostos da Constituição Federal (BRASIL, 1988) e da Lei Orgânica de Assistência Social (BRASIL, 1993). A inserção da Assistência Social na Seguridade Social aponta para seu caráter de política de proteção social.

⁸ O aumento da expectativa de vida no Brasil, segundo dados do IBGE (2008), entre os anos de 1997 e 2007, a população geral brasileira apresentou um crescimento relativo de 21,6%, enquanto a população de 60 anos e mais teve um aumento relativo de 47,8% e a faixa etária de 80 anos e mais atingiu 86,1% de crescimento.

⁹ O conceito de saúde para este grupo populacional não pode se basear no parâmetro de completo bem estar físico, psíquico e social preconizado pela Organização Mundial de Saúde, mas deve se reger pelo paradigma da capacidade funcional (RAMOS, 2002).

Na medida em que está estruturada em dois tipos de proteções: Proteção Social Básica e Proteção Social Especial¹⁰.

A Constituição Federal (Constituição Cidadã), promulgada em 1988, estabelece que saúde é um “direito de todos e dever do Estado” (BRASIL, 1988). Esta apontou as bases para a criação do SUS, que regulamentado pelas Leis 8.080/90, (Lei Orgânica da Saúde), (BRASIL, 1990a) e a Lei 8.142/90 (BRASIL, 1990b), tem como finalidade alterar a situação de desigualdade na assistência à saúde da população, tornando obrigatório o atendimento público a qualquer cidadão.

Já a Política Nacional de Saúde do Idoso (BRASIL,1999) estabelece como propósito basilar a promoção do envelhecimento saudável, a manutenção e a melhoria, ao máximo, da capacidade funcional dos idosos, a prevenção de doenças, a recuperação da saúde dos que adoecem e a reabilitação daqueles que venham a ter a sua capacidade funcional restringida, de modo a garantir-lhes permanência no meio em que vivem exercendo de forma independente suas funções no contexto da sociedade (SILVESTRE; COSTA NETO, 2003).

O tema do idoso já se destacava em vários artigos da Constituição (artigos 3º, 203, 204, 226, 229 e 230). Mas o suporte referente à proteção foi inserido com a promulgação do Estatuto do Idoso (2003) que veio para consolidar vários aspectos da proteção ao idoso. Para exemplificar o que queremos dizer, destacamos dois artigos:

O Art. 230 da Constituição “A família, a sociedade e o Estado têm o dever de amparar as pessoas idosas, assegurando sua participação na comunidade, defendendo sua dignidade e bem-estar e garantindo-lhes o direito à vida” (BRASIL, 1988). E em consonância com este, o Art. 10 do Estatuto do Idoso “É obrigação do Estado e da sociedade, assegurar à pessoa idosa a liberdade, o respeito e a dignidade, como pessoa humana e sujeito de direitos civis, políticos, individuais e sociais, garantidos na Constituição e nas leis” (BRASIL, 2003).

A Lei nº 10.741 (BRASIL, 2003) é uma grande conquista que tem como objetivo principal a regulamentação dos direitos dos cidadãos com mais de 60 anos.

¹⁰ Proteção Social Básica: Tem por objetivo contribuir para a prevenção de situações de risco social por meio do desenvolvimento de potencialidades e aquisições e o fortalecimento de vínculos familiares e comunitários. Destina-se à população que se encontra em situação vulnerável em decorrência da pobreza, privação (ausência de renda e precário acesso aos serviços públicos) e da fragilidade dos vínculos afetivos e de pertencimento social (discriminações etárias, por deficiência, entre outras). Os serviços de proteção básica serão organizados por meio dos CRAS – Centro de Referência da Assistência Social – que é uma unidade pública que atua em um território definido.

Porém, a sua efetividade impõe ao poder público, à sociedade e aos idosos (principais protagonistas do Estatuto), a observância dos direitos conquistados nesse instrumento legal.

O Estatuto do Idoso também contempla questões da saúde. Define que é direito do idoso ter uma atenção integral a sua saúde, por intermédio do Sistema Único de Saúde (SUS), garantindo-lhe o acesso universal e igualitário, em conjunto articulado e contínuo das ações e serviços, para a prevenção, promoção, proteção e recuperação da saúde (BRASIL, 2003).

Em relação à promoção da saúde da população idosa, a implementação de ações locais deve ser norteadada pela Política Nacional de Promoção da Saúde (BRASIL, 2006e). O objetivo é promover a qualidade de vida e reduzir vulnerabilidade e riscos à saúde relacionados aos seus determinantes e condicionantes, ou seja, modo de viver: condições de trabalho, habitação, ambiente, educação, lazer, cultura, acesso a bens e serviços essenciais.

A Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (BRASIL, 2006c) define que a atenção à saúde dessa população terá como porta de entrada a Atenção Básica/Saúde da Família, tendo como referência a rede de serviços especializada de média e alta complexidade.

Em 2006, o MS definiu a Agenda de Compromissos pela saúde que agrega três eixos: o Pacto em Defesa do Sistema Único de Saúde – SUS, o Pacto em Defesa da Vida e o Pacto de Gestão (BRASIL, 2006b). Destaca-se aqui o Pacto em Defesa pela Vida que constitui um conjunto de compromissos que deverão tornar-se prioridades inequívocas dos três entes federativos, com definição das responsabilidades de cada um. Foram pactuadas seis prioridades, sendo três delas: a Saúde do idoso, a Promoção da saúde; e Fortalecimento da Atenção Básica, todas três com conseqüências diretas para o planejamento, atenção e avaliação das ações voltadas para as necessidades da pessoa idosa.

Descrevendo um pouco o papel de cada um deles:

- Promoção da saúde é investir nas ações do governo e da sociedade civil que fortalecem as condições para viver bem. E o Pacto pela Vida propõe a construção de políticas e ações que incentivem hábitos saudáveis na população brasileira como: a prática de atividades físicas; a alimentação saudável; o controle ao tabagismo; o desenvolvimento da consciência da responsabilidade individual e coletiva com a qualidade da própria saúde,

Proteção Social Especial: Tem por objetivo o atendimento às famílias e indivíduos em situação de risco pessoal e social em decorrência de abandono, maus tratos físicos ou psíquicos, abuso sexual, uso de substâncias psicoativas (...). Essa modalidade de atendimento prevêem a constituição de CREAS - Centro de Referência Especializado da Assistência Social (BRASIL, 2004).

mobilizando e produzindo conhecimentos em conjunto com a população; e o combate à prática e hábitos de vida que produzem doenças.

- A saúde do idoso, envelhecer pode ser um processo saudável e vivido sem as conhecidas “mazelas da idade”. Para tanto, é preciso oferecer suporte para que o risco de adoecer se reduza, a qualidade de vida melhore e se ofereça uma atenção integral à saúde dos idosos. Ou seja, é preciso que o idoso seja atendido em todas as suas necessidades.

- O fortalecimento da Atenção Básica: (...) Uma das estratégias de melhoria da atenção básica envolve melhorar o Programa de saúde da Família, por meio da estruturação de suas equipes, organização do seu processo de trabalho e formação adequada dos profissionais. (...) Requer também a existência de serviços de retaguarda, como clínicas especializadas para os casos mais complicados a serem encaminhados pelo SF e demais serviços básicos. (BRASIL, 2007)

Duas ações estratégicas que o Pacto pela Saúde promove são as publicações do Caderno de Atenção Básica¹¹ n° 19, voltado para atenção ao idoso e a implantação da Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa (BRASIL, 2006b, p.10), que tem como função primordial “propiciar um levantamento periódico de determinadas condições do indivíduo idoso e de outros aspectos que possam interferir no seu bem-estar”. Assume como premissa que

Antes do adoecimento orgânico, a pessoa idosa apresenta alguns sinais de risco e é função do profissional de saúde, por meio do registro na caderneta, identificar esses sinais para que as ações possam ser assumidas de maneira precoce, contribuindo não apenas para a melhoria da qualidade de vida individual, mas também para uma saúde pública mais consciente e eficaz. (BRASIL, 2006d, p.6)

A CSPI pode ser um instrumento de promoção cidadania para a pessoa idosa e fomentar a co-responsabilidade do idoso e de seus familiares e profissionais de saúde na manutenção da Caderneta (cuidado no manuseio, verificação das anotações realizadas) e na demanda aos profissionais de saúde para que utilizem esse importante instrumento de monitoramento.

Por fim, a Política Nacional de Atenção Básica (BRASIL, 2006a) demanda um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, com repercussões evidentes para a saúde do idoso. Estas abrangem a promoção e a proteção à saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. Englobam práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob a forma de trabalho em equipe, dirigido as populações de

¹¹ No Caderno de Atenção Básica estão preconizadas as ações que os profissionais de saúde devem considerar ao trabalhar na atenção a pessoa idosa.

A articulação entre a CSPI e o Caderno de AB é de facilitar a identificação do problema de saúde do idoso; a discussão em equipe usando o Caderno de AB como referência, buscando resolver o problema; estabelecer estratégias de capacitação de acordo com os processos de supervisão já definidos como rotina.

territórios bem delimitados, considerando a dinamicidade local. A Política Nacional de Atenção Básica reitera a Estratégia Saúde da Família como proposta para a reorientação do modelo assistencial, o que será abordado no capítulo 3 deste estudo.

1.2 A Contribuição da Geriatria e Gerontologia e as Implicações para a Prática Assistencial

A geriatria e gerontologia são dois campos de estudo conexos fundamentais para análise e compreensão do processo de envelhecer. Segundo Vieira (1996, p. 71), conceitualmente,

Geriatrics is a part of medicine that occupies the study and treatment of diseases and disorders proper to the elderly. (...) Gerontology is the science that studies aging as a process in its biopsychosocial aspects, in order to try to maintain an optimal level of life and functioning, not only delaying and declining physical or prolonging life, but leading to a more significant life with quality and new expectations.

São especialidades abrangentes, cuja contribuição extrapola tratar e cuidar aqueles que já possuem os problemas típicos das pessoas de idade avançada (por exemplo, imobilidade, instabilidade locomotora, incontinência de esfíncteres, demência). O desafio maior está em prevenir ou adiar o aparecimento desses agravos, e profissionais de saúde capacitados são fundamentais para seu enfrentamento, mediante compreensão global do idoso, percebendo as alterações biológicas sem dissociá-las das necessidades sociais, psicológicas e culturais.

A ausência desses profissionais capacitados condiciona, em boa medida a realidade que enfrentam milhões de idosos que ao longo dos anos, não tiveram acompanhamento e, por conseqüência, apresentam complicações e sequelas que comprometem sua independência e diminuem sua capacidade funcional. Segundo Kalache (2009, p.13), “os profissionais de saúde são absolutamente despreparados para lidar com idosos”. Para complicar o quadro, este pesquisador pioneiro entende que não se trata de tornar o envelhecimento um problema médico, mas é necessário treinar todos os profissionais de saúde para lidar melhor com essa população. Geralmente esses profissionais na sua prática cotidiana têm que saber de tudo: de crianças, de gestante, mas segundo ele, “não sabem nada sobre terceira idade”.

Diante disso, conclui-se da necessidade em preparar equipes de profissionais para melhor assistir a esse grupo de pessoas, para que possam trabalhar as questões do envelhecimento, possibilitando um cuidar efetivo e eficiente.

A formação de recursos humanos qualificados em saúde é uma questão que as Políticas de Saúde vêm apontando como fundamental. Esse déficit de conteúdo geronto-geriátrico está subdimensionado nos currículos das Instituições de Ensino Superior brasileiras. A falta de campos específicos para a prática, além da inexperiência do corpo docente, são algumas das limitações presentes nos cursos de graduação da área da saúde. Para Aguiar e Cordeiro (2004, p.167),

É fundamental ressaltar a importância do treinamento com idosos durante toda a graduação, pois isto reduz o preconceito, principalmente quando o aluno é colocado junto a idosos saudáveis, do treinamento em equipe, em cenários diversos, além da articulação do processo de ensino-pesquisa-extensão que permite ao aluno contextualizar melhor seu papel social através de contribuições concretas às instâncias prestadoras de serviços.

Ampliar e qualificar a força de trabalho em saúde é um investimento essencial para a perspectiva de evolução do SUS (BRASIL, 2006f). Também diz respeito diretamente com a qualidade de vida na velhice. O desenvolvimento de competências (entendida como conhecimentos, habilidades e atitudes), para os profissionais de saúde, devem ser trabalhadas desde a graduação, até a pós-graduação, educação continuada e na educação permanente (MOTTA, 2008).

O MS considera que, no processo de educação permanente em Saúde, o aprender e ensinar devem se incorporar ao cotidiano das organizações e ao trabalho, tendo como objetivos a transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho, sendo estruturados a partir da problematização do processo de trabalho, onde a atualização técnico-científica é um dos aspectos da transformação das práticas, porém, não é seu foco central. Desta forma, é considerada como algo mais abrangente da educação enquanto formação integral e contínua do ser humano com um referencial teórico-metodológico problematizador. Enquanto que a educação continuada é um processo que se inicia após a formação básica e tem como intuito atualizar e melhorar a capacidade de uma pessoa ou grupo, frente à evolução técnico-científica e às necessidades sociais.

Tanto uma como outra devem culminar no estímulo ao trabalho em equipe, que deve ser cada vez mais valorizado, pois o enfermeiro, o assistente social, o nutricionista, o fisioterapeuta, o terapeuta ocupacional, o psicólogo, o dentista, o musicoterapeuta e até o advogado e o arquiteto podem contribuir efetivamente para

o equilíbrio físico, mental e social do idoso. Todos devem ter uma visão Gerontológica, integrativa e cooperativa, em benefício da maior compreensão da situação do idoso, evitando o monopólio de uma ou outra profissão.

Portanto, a finalidade da geriatria, da gerontologia, de qualificar os profissionais está em promover um envelhecimento saudável¹², que está muito além de ausência de doenças, até porque entre os indivíduos idosos, como já vimos, é comum acontecerem multimorbidades, frequentemente por doenças crônicas¹³ e quedas.

Na prática, porém, iniciativas institucionais de promoção do desenvolvimento profissional enfrentam obstáculos decorrentes da sobrecarga de trabalho. Ou seja, ao mesmo tempo em que existe insuficiência de profissionais em muitas unidades de saúde para o atendimento da demanda cotidiana, é necessário garantir parte de sua carga horária para participarem de capacitações e cursos, ao longo de sua vida profissional. O gestor local, por exemplo, um diretor de Unidade Básica de Saúde (UBS) tem que avaliar esse impasse e optar por manter o atendimento imediato à população, ou investir na qualificação desse profissional, sem perder de vista a questão do investimento futuro em relação à qualidade do serviço.

Para reorientar o sistema de saúde para atender às necessidades dos idosos, existem alguns conceitos que os profissionais devem se apropriar para promover o envelhecimento saudável. O conceito de qualidade de vida, de capacidade funcional, de fragilidade, entre outros, são importantes para uma avaliação de estado físico e mental do idoso e definição de planos de cuidado.

O conceito de qualidade de vida pode ser concebido como uma representação social com parâmetros objetivos – satisfação das necessidades básicas e criadas pelo grau de desenvolvimento econômico e social da sociedade – e subjetivos – bem estar, felicidade, amor prazer, realização pessoal. (MINAYO; HARTZ; BUSS, 2000)

A percepção do idoso acerca de sua própria saúde, de sua posição na vida (projetos de vida, sonhos), é um ponto importante que vai influenciar na sua qualidade de vida. A percepção do estado de saúde apresenta uma relação direta com algumas situações que ele está inserido: sua renda, sua escolaridade, rede de

¹² Também conhecido como envelhecimento ativo, é o processo de otimização das oportunidades de saúde, participação e segurança, com o objetivo de melhorar a qualidade de vida à medida que as pessoas ficam mais velhas (WHO, 2005).

¹³ Um idoso com uma ou mais doenças crônicas pode ser considerado um idoso saudável, se comparado com um idoso com as mesmas doenças, porém sem controle destas, com sequelas decorrentes e incapacidades associadas.

apoio familiar, pois essas variáveis vão interferir na sua autopercepção a respeito de sua saúde.

Promover um envelhecimento saudável é o caminho, mas temos uma parcela da população idosa que não alcançou essa meta. E depende do SUS para sua assistência em saúde quando da eminência de doenças. Outro conceito útil no contexto brasileiro e para a definição de prioridades é o conceito de fragilidade, Motta (2008) se utiliza de alguns autores para discutir o conceito de fragilidade:

A definição de fragilidade, apontada por Fried e Walston (2003), se expressa como um estado de vulnerabilidade fisiológica relacionada à idade, decorrente do comprometimento da reserva homeostática e da redução da capacidade do organismo em lidar com o stress. Ferrucci e Cols (2004) definem fragilidade física pela ausência/dificuldade de: mobilidade, equilíbrio, força muscular, processamento motor, cognição, nutrição, sensação de fadiga, atividade física. (FRIED e WALSTON, FERRUCCI e COLS, apud MOTTA, 2008, p.41)

Na verdade, o que está em jogo na velhice é a autonomia, ou seja, a capacidade de determinar e executar seus próprios desígnios. Em situações de fragilidade identificada, existem medidas individuais e coletivas que os serviços de saúde, famílias e comunidades podem lançar mão. Para tal, a disponibilidade de informação de boa qualidade é determinante, especialmente em face de um contexto de mudança, conforme será apresentado a seguir.

1.3 Demografia e “Epidemiologia do Envelhecimento” no Rio de Janeiro

“O Brasil envelheceu nos últimos 50 anos e na Cidade do Rio de Janeiro essa transformação se deu de forma ainda mais intensa” (SMS/IPP, 2006, p.11)¹⁴. Dados da PNAD/2005 mostram que a Cidade do Rio de Janeiro pode ser considerada como a capital nacional do idoso, pois só aqui eles respondem por 16% do total da população (a população geral da cidade já ultrapassou a barreira dos seis milhões), ou seja, aproximadamente um em cada grupo de seis moradores tem pelo menos 60 anos de idade. (apud SMS/IPP, 2006, p.11)

¹⁴ Primeira Pesquisa Sobre Condições de Saúde e Vida dos Idosos da Cidade do Rio de Janeiro, essa pesquisa foi realizada na Cidade do Rio de Janeiro durante a campanha de vacinação contra gripe no ano de 2006, no período de 24/04/06 a 05/05/06, nos postos de vacinação da rede municipal de saúde, captando aproximadamente 77% da população idosa da cidade. Trabalho conjunto entre a Secretaria Municipal de Saúde e o Instituto Municipal de Urbanismo Pereira Passos. Dados disponíveis no site: www.armazemdedados.rio.rj.gov.br. Acesso em: 21 jan. 2009.

Deste quantitativo, 75% dos idosos se mantêm independentes, ou seja, conforme já dito, apesar de terem suas doenças crônicas, estas estão controladas e não interferem em sua autonomia¹⁵. Essa parcela da população idosa independente dá certo alívio para a rede municipal de saúde, mas com o avançar da idade ou o não acompanhamento adequado de saúde, essa situação pode mudar, resultando num aumento de demanda para a saúde, nos níveis mais especializados de assistência.

O quadro 1 abaixo compara a porcentagem do quantitativo da faixa etária idosa (60 anos e mais) ao restante do conjunto da população, dividido por AP, no Município do RJ.

Quadro 1 - Demonstrativo da população em geral e da população idosa no Município do RJ, por AP.

AP	População do Município	População de idosos	%
1.0	251.312	37.471	14,9
2.1	638.440	141.797	22,2
2.2	357.125	77.673	21,7
3.1	903.598	118.178	13,1
3.2	553.123	95.159	17,2
3.3	965.648	136.439	14,1
4.0	797.387	89.094	11,2
5.1	687.045	78.555	11,4
5.2	692.411	65.155	9,4
5.3	348.778	31.339	9,0

Fonte: Projeção para 2006. GIE/SVS/SUBASS/SMSDC/RJ/2006.

A questão territorial e as condições de saúde apresentam alta correlação. No caso da Cidade do Rio de Janeiro, esta relação fica nítida quando utilizamos o conceito de determinantes sociais em saúde¹⁶.

Utilizamos alguns dados dessa Primeira Pesquisa Sobre Condições de Saúde e Vida dos Idosos da Cidade do Rio de Janeiro, para demonstrar, neste estudo, o

¹⁵ Fonte: GIE/SVS/SUBASS/SMS/RJ – 2006.

¹⁶ Para a Comissão Nacional sobre os Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS), “os Determinantes Sociais em Saúde (DSS) são os fatores sociais, econômicos, culturais, étnicos/raciais, psicológicos e comportamentais que influenciam a ocorrência de problemas de saúde e seus fatores de risco na população”. A OMS (2001) adota uma definição mais curta, segundo a qual os DSS são as condições sociais em que as pessoas vivem e trabalham. Krieger (2001 apud Buss e Pellegrini, 2009) introduz um elemento de intervenção, ao defini-los como os fatores e mecanismos através dos quais as condições sociais afetam a saúde e que potencialmente podem ser alterados através de ações baseadas em informação. Tarlov (1996 apud Buss e Pellegrini, 2009) propõe, finalmente, uma definição bastante sintética, ao entendê-los como as características sociais dentro das quais a vida transcorre.

perfil epidemiológico da população idosa da Cidade. A pesquisa serviu-se da fala dos próprios idosos, a autoavaliação¹⁷ de seu estado de saúde (morbidade referida).

Alguns dados sinalizam o perfil epidemiológico da população idosa, confirmando a prevalência das doenças crônicas:

- Aproximadamente, 91% dos idosos cariocas declararam pelo menos uma doença crônica. A média de doenças foi de três, variando de uma a nove doenças.

- As seis doenças mais frequentes foram Hipertensão, Artrite, Catarata, Depressão, Osteoporose e diabetes. Destas, exceto a Diabetes, todas foram mais frequentes entre as mulheres, sendo mais elevadas as diferenças para Hipertensão, Depressão e principalmente a Artrite e a Osteoporose. (SMS/IPP, 2006, p.148)

No caso da população idosa, a falta de identificação deste perfil e consequente investimento na prevenção dos agravos ocasionam custos desnecessários, para indivíduos, famílias e para a própria sociedade. Para Campinas e Negrini (2005), é fundamental conhecer o perfil epidemiológico de uma população para se determinar suas necessidades de saúde, possibilitando adequar os recursos.

1.4 O Custo Social do Adoecimento da População Idosa para a Cidade do Rio de Janeiro

À medida que as sociedades envelhecem, o aumento da prevalência de doenças crônicas acarreta crescimento das despesas do sistema de saúde, pois esses tratamentos médicos e hospitalares, geralmente são mais demorados e exigem intervenções custosas. Negri (2000) observa que durante décadas, no Brasil, não se deu a necessária prioridade à assistência básica de saúde da população. Como resultado, pessoas portadoras de doenças que poderiam ter sido evitadas formam filas desumanas diante de hospitais, onde nem sempre encontram o atendimento necessário. A outra consequência perversa é a pressão sobre os governos para gastar mais e mais dinheiro com o tratamento de doenças que se multiplicam devido à falta de prevenção (sendo os exemplos mais evidentes as

¹⁷ A percepção de saúde, ou auto avaliação da saúde é um dos indicadores mais utilizados em pesquisas Gerontológicas porque essa percepção prediz a mortalidade e o declínio funcional. Reflete uma percepção integrada do indivíduo, que inclui as dimensões biológica, psicossocial e social. (LIMA-COSTA; FIRMO; UCHOA, 2004).

seqüelas da hipertensão arterial e do diabetes mellitus), o que acaba gerando um círculo vicioso.

Coloca-se, então, um grande desafio para as autoridades sanitárias, especialmente no que tange à implantação de novos modelos e métodos de planejamento, gerência e prestação de cuidados. O desafio é no sentido de manter os cidadãos idosos socialmente e economicamente integrados e independentes, postergando ao máximo que o idoso chegue a uma internação hospitalar.

Podemos citar a atuação da ESF, que hoje se coloca como uma esperança para dar conta da porta de entrada da Atenção Básica, com um baixo custo. Quando falamos em custo, não é só com o sistema de saúde, temos que pensar no que esse evento acarreta para a família e sociedade. Este é agravado pela incerteza de um atendimento adequado na hora da urgência, ou da falta de acesso devido a insuficiências na rede de saúde pública, como por exemplo a inexistência de um acompanhamento ambulatorial regular que possa detectar sinais de alteração na saúde no idoso e decorrente fragilidade.

CAPÍTULO 2 – ENFRENTAMENTO DAS DEMANDAS E NECESSIDADES DE SAÚDE DOS IDOSOS: a organização da rede municipal de saúde do Rio de Janeiro

O Município do Rio de Janeiro possui uma vasta rede de serviços públicos de saúde, organizadas nas dez APs, mas a distribuição espacial da rede de unidades do SUS no Município está em desacordo com a população e gera uma enorme disparidade em termos e oferta dos serviços, que se configura em três situações: uma área de grande concentração de recursos formada pelas APs 1.0, 2.1 e 2.2, com 21,6% da população; um verdadeiro “vazio sanitário” (APs 3.3, 5.1, 5.2 e 5.3), onde residem 42,4% dos cariocas; e uma área intermediária formada pelas APs 3.1, 3.2 e 4.0, onde vivem 36,0% dos habitantes da Cidade¹⁸.

A rede do SUS no Município é composta por 195 unidades de saúde de todos os tipos. Dentre estas há: 82 hospitais (56 públicos e 26 privados); 20 unidades de caráter claramente secundário (02 Policlínicas e 18 Postos de Assistência Médica – PAM); outras 18 que combinam características de unidades secundárias e primárias (Centros Municipais de Saúde – CMS); 34 postos de saúde municipais (PS)¹⁹, incluindo nessa rede, a ESF, que vem se tornando dentro Município um importante elo nessa rede. Até março de 2009 havia 220 equipes de ESF em 63 Unidades de Saúde da Família²⁰. No capítulo 4.5 será analisada exclusivamente a distribuição das unidades de saúde na AP 5.1, nosso campo de estudo.

A Atenção Básica/ESF é o principal elo entre o sistema de saúde e a população. Para tal, esta não pode ser entendida apenas como porta de entrada do sistema, porque essa imagem sugere baixa capacidade resolutiva e, historicamente significou desqualificação e isolamento. A ESF também não pode ser a única porta de entrada, porque as necessidades das pessoas se manifestam de maneira variável e precisam ser acolhidas. Mas a premissa das PNSI (BRASIL, 2006) é que a atenção à saúde da população idosa, usuária do SUS será oferecida, preferencialmente, pela rede de AB²¹. Já a PNAB considera o sujeito em sua

¹⁸ Relatório da Comissão Parlamentar de Inquérito da Câmara de Vereadores do Município do Rio de Janeiro, 2005.

¹⁹ Fonte: GIE/SVS/SUBASS/SMS/RJ (2006).

²⁰ Fonte: www.rio.rj.gov.br, link da SMSDC. Acesso em: 30 mar. 2009.

²¹ A imagem predominante que a organização e hierarquização das redes assistenciais na Atenção Básica (AB) passa é de uma “pirâmide” para a atenção à saúde. Supõe-se que essa imagem, a “pirâmide”, organiza a assistência em graus crescentes de complexidade, com a população fluindo de forma organizada entre os níveis por meio de mecanismos formais de referência e contra-referência (hospital no topo e rede básica como porta de entrada do sistema de saúde).

singularidade, na complexidade, na integralidade e na inserção sociocultural e busca a promoção de sua saúde, a prevenção e tratamento de doenças e a redução de danos ou de sofrimentos que possam comprometer suas possibilidades de viver de modo saudável (BRASIL, 2006a).

Na prática, entretanto, o usuário que é atendido na UBS, muitas vezes enfrenta uma “via crucis” sem garantia de final feliz. Um grande entrave nas redes de saúde municipais é a precariedade da referência e contra referência entre os níveis de atenção. O que deveria ser um instrumento para facilitar a vida do usuário que está no nível da AB, na transição para um nível mais especializado de serviço (dependendo de seu problema), acaba sendo um nó. Na prática, os serviços funcionam com lógicas muito diferentes, a articulação entre eles não acontece. No caso do idoso, por exemplo, a especialidade de geriatria²² é difícil de ser encontrada na rede. E quando se localiza qual unidade oferece esse serviço, não se encontra vaga, ou a data de atendimento torna-se desumana de tão distante. Além disto, a população idosa demanda atenção especializada de várias naturezas, em consequência dos processos fisiopatológicos inerentes ao envelhecimento, como por exemplo, a oftalmologia, a neurologia, a fisioterapia, e a odontologia, entre outros, que atualmente tem oferta subdimensionada.

Especificamente, em relação à oferta de serviços específicos para a população idosa, apesar de toda a legislação em vigor, encontramos a seguinte situação na rede municipal: um hospital especializado que também é pólo de atendimento ao idoso frágil (hospital municipal de Geriatria e Gerontologia Miguel Pedro); um Pólo de atendimento ao Idoso Frágil (no Hospital Municipal Rocha Maia) e um serviço de atendimento domiciliar, na CAP 3.1, onde atende a população idosa da Ilha do Governador e arredores²³. Em algumas UBS existe programa do idoso, onde se desenvolvem ações de prevenção de agravos, promoção de saúde, grupos de convivência, e outras atividades diversas.

²² Até março 2009 existiam apenas quatro médicos geriatrias (concurados) na rede municipal de saúde, localizados um no Pólo do Idoso Frágil (hospital municipal Rocha Maia), um na policlínica Hélio Pellegrino e dois no hospital municipal de Geriatria e Gerontologia Miguel Pedro.

Fonte: Gerência do Programa de Saúde do Idoso – março de 2009.

Cabe ressaltar, que a geriatria do Pólo do Idoso Frágil, saiu desta função e agora é a gerente do Programa de Saúde do Idoso/SMSDC, deste de julho de 2009. No lugar deste profissional está um outro médico com especialização na área, mas na rede é lotado em outra especialidade.

²³ Baseado nas políticas de atenção a saúde do idoso, a GPI vem fomentando a implantação de ambos os serviços: Pólos de Atendimento ao Idoso Frágil um em cada AP, onde atuariam na atenção especializada para os idosos referenciados para esse serviço, como também o serviço de atendimento domiciliar em cada área.

2.1 A Gerência do Programa de Saúde do Idoso

Desde 2000, a Gerência do Programa de Saúde do Idoso (GPI) faz parte da estrutura organizacional da Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil da Cidade do Rio de Janeiro²⁴ (SMSDC). A GPI tem como atribuições o planejamento, a coordenação e a supervisão do atendimento ao idoso em todas as Unidades de Saúde da Rede Municipal do Rio de Janeiro.

Procurando trabalhar com a perspectiva de atenção humanizada em todas as Unidades de Saúde, empreende ações voltadas para promover a saúde no envelhecimento, mediante composição de equipes preparadas para identificar e atender às necessidades da pessoa idosa, evitando ou reduzindo a perda da autonomia e da capacidade funcional.

A GPI pauta suas ações nas diretrizes das políticas de saúde voltadas para a faixa etária idosa (principalmente a PNSPI e o Estatuto do Idoso), como a promoção do envelhecimento ativo e saudável; atenção integral, integrada à saúde da pessoa idosa; estímulo às ações intersetoriais, visando à integralidade da atenção; provimento de recursos capazes de assegurar qualidade da atenção à saúde da pessoa idosa; estímulo à participação e fortalecimento do controle social; formação e educação permanente dos profissionais de saúde do SUS na área de saúde da pessoa idosa; divulgação e informação sobre a PNSPI para profissionais de saúde, gestores e usuários do SUS; promoção de cooperação nacional e internacional das experiências na atenção a saúde da pessoa idosa; e apoio ao desenvolvimento de estudos e pesquisas²⁵.

A qualificação dos profissionais da rede de saúde é ponto estratégico nas ações da gerência. O processo de desenvolvimento profissional é concebido como sendo permanente, atendendo às necessidades e às possibilidades que o dinamismo do cotidiano traz ao serviço. A realização de Encontros Técnicos Científicos mensais é a principal iniciativa que a GPI desenvolve no sentido do fomento ao desenvolvimento profissional na rede. A partir da definição participativa de temas de interesse, são convidados profissionais da própria rede ou não, para apresentarem e debaterem com uma audiência composta por profissionais das

²⁴ Essa designação é da atual gestão do Prefeito Eduardo Paes (2009-2012), que em 28/01/2009, altera pelo decreto número 30.433 a estrutura organizacional da Prefeitura da Cidade do Rio de Janeiro. A antiga designação era apenas Secretaria Municipal de Saúde.

²⁵ Fonte: site da SMSDC. www.rio.rj.gov.br/smsdc/programas. Acesso em março de 2009.

diversas APs. Inclui a divulgação de experiências positivas de unidades de saúde da rede, mostrando como é possível concretizar algumas das ações recomendadas pelas políticas voltadas para a pessoa idosa, bem como pesquisas e estudos na área do envelhecimento.

A frequência dos profissionais é espontânea, são de várias carreiras, oriundos dos diversos tipos de Unidades de Saúde da rede. E dependendo da pertinência do tema para a rede básica, a frequência desses profissionais varia. Em um estudo realizado pela equipe da GPI²⁶, que analisou as listas de presença destes eventos no período de 2000 a 2008, com um total de 5.292 profissionais participantes. Das onze categorias profissionais que tiveram maior frequência às reuniões, três foram bem significativas: médico (20%), enfermeiro (17%) e assistente social (16%). Destacamos que, dentro do quantitativo de profissionais, médico, enfermeiro, auxiliar e técnico de enfermagem estão incluídos os integrantes da ESF, e que a aproximação destes profissionais foi incentivada a partir das capacitações para a implantação da CSPI em 2007.

A liberação para participação deles nem sempre é concebida facilmente por suas chefias diretas, a maioria negocia troca de plantão ou outro recurso. Mas a GPI sempre envia para todas as unidades de saúde ofício solicitando às chefias a liberação do profissional.

Ainda na área da formação, a Gerência estabelece parcerias com instituições de ensino (públicas ou não), que oferecem cursos na área de geriatria e gerontologia (Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia (SBGG), Associação Nacional de Gerontologia (ANG), SESC, SENAI, ENSP/FIOCRUZ, Universidades, entre outras). As vagas que essas instituições cedem (seja com desconto ou gratuitamente) vão para profissionais da rede que já atuam ou que demonstrem interesse em trabalhar com a população idosa. A contrapartida do município para as instituições parceiras se traduz na oferta de vagas de estágio nos serviços da rede. As parcerias, que podem se dar entre instâncias da própria Prefeitura, também envolvem produção e troca de conhecimento, como, por exemplo, o Inquérito do Idoso/2006, realizado junto com o Instituto Pereira Passos, que resultou na publicação, conjunta com a SMSDC da Pesquisa Sobre Condições de Saúde e Vida de Idosos da Cidade do Rio de Janeiro (2008).

²⁶ Fonte: Ferreira; Mello (2009). Qualificação profissional: a experiência da Gerência do Programa de Saúde do Idoso.

Faz parte também das ações da GPI divulgar e estimular os profissionais da rede de saúde a participarem de congressos, seminários, fóruns, conselhos e eventos diversos voltados para a melhoria do atendimento ao idoso. No primeiro semestre de 2010, por exemplo, serão apoiados 20 servidores na participação na VIII Jornada Brasileira de Enfermagem Geriátrica e Gerontológica.

Até junho de 2009, a equipe da gerência era formada por um médico clínico (gerente), duas assistentes sociais e uma terapeuta ocupacional, todos com especialização na área do envelhecimento. A autora deste trabalho faz parte da equipe da GPI desde 2006.

CAPÍTULO 3 – A ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA E A REORIENTAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA: consequências para a atenção ao idoso no Município do Rio de Janeiro

3.1 A Estratégia de saúde da Família e a reorientação da Atenção Básica no Município do Rio de Janeiro

A implantação da Estratégia de Saúde da Família (ESF) no Brasil se iniciou em 1994, quando o MS elegeu a estratégia como condutora do processo de reorientação do modelo assistencial²⁷ do SUS a partir da Atenção Básica. Primeiramente conhecido como “programa”, num segundo momento é caracterizada como “estratégia” (BRASIL, 1997), cuja matriz teórica filia-se ao campo da vigilância à saúde. Sendo assim, seu trabalho está quase que restritivamente centrada no território²⁸ (territorização e adscrição da clientela), de acordo com as concepções desenvolvidas pela Organização Pan Americana de Saúde.

O MS (BRASIL, 2000) preconiza para a ESF, referente sua resolutividade, que esta deve ser capaz de resolver 85% dos problemas de saúde em sua comunidade, prestando um atendimento de bom nível, prevenindo doenças, evitando internações desnecessárias e melhorando a qualidade de vida da população. Trata-se de reorganizar o modelo assistencial²⁹ vigente no país, tarefa que não é fácil. Ainda mais quando se trata de mudar o comportamento dos usuários perante os recursos de saúde, bem como o do próprio segmento produtor de serviços nessa área. Para substituir as práticas tradicionais de assistência (modelo biomédico, organizados em torno da atenção às doenças), o compromisso e a responsabilidade devem ser de todos, desde os governos federal, estadual e

²⁷ Hoje, o sistema de saúde brasileiro não contempla as necessidades de saúde da população; é pautado na demanda espontânea, que reforça a atitude dos indivíduos de só procurarem os serviços de saúde quando se “sentem doentes”. A preocupação das instituições de saúde é apenas de manter uma determinada oferta de serviços, pois é a pressão espontânea e desordenada da demanda que condiciona a organização de recursos para a oferta de serviços. Essa oferta é distorcida em relação às necessidades, mas coerente com os interesses mercantis, que determinam o consumo de serviços.

Paim (2003) discute ser o modelo assistencial uma das áreas nas quais se concentram os mais relevantes entraves de um sistema de saúde. No Brasil, o modelo tradicional (modelo biomédico) ainda é vigente e hegemônico.

²⁸ O território, para SANTOS (2002), é um objeto dinâmico, vivo de interrelações. O território engloba as características físicas de uma dada área, bem como as marcas e relações produzidas pelo homem.

²⁹ O modelo assistencial diz respeito ao modo como são organizadas, em uma dada sociedade, as ações de atenção à saúde, envolvendo os aspectos tecnológicos e assistenciais.

municipal, seus respectivos gestores, as equipes multiprofissionais³⁰, até a sociedade civil, através de comunidades organizadas em prol de cada família, de cada cidadão.

A proposta é uma nova dinâmica para a organização dos serviços básicos de saúde, bem como para a sua relação com a comunidade e entre os diversos níveis de complexidade, assumindo os compromissos de³¹:

- Reconhecer a saúde como um direito de cidadania, humanizando as práticas de saúde e buscando a satisfação do usuário pelo seu estreito relacionamento com os profissionais de saúde;
- Prestar assistência universal, integral, equânime, contínua e, acima de tudo, resolutiva e de boa qualidade à população, na unidade de saúde e no domicílio, elegendo a família, em seu contexto social, como núcleo básico de abordagem no atendimento à saúde;
- Identificar os fatores de risco aos quais a população está exposta e neles intervir de forma apropriada;
- Proporcionar o estabelecimento de parcerias pelo desenvolvimento de ações intersetoriais que visem à manutenção e à recuperação da saúde da população;
- Estimular a organização da comunidade para o efetivo exercício do controle social.

A ESF se operacionaliza a partir de Unidades de Saúde da Família, mas a continuidade da atenção deve ser garantida, por um fluxo contínuo setorial. A implantação da mesma vem possibilitando a integralidade da assistência e a criação de vínculos de compromisso e de responsabilidade compartilhados entre os serviços de saúde e a população. Portanto, o modelo proposto favorece a mudança, pois supõe estabelecer novas relações entre gestores de saúde, profissionais de saúde e a própria população, em que cada parte atuante é sujeito do processo.

As equipes de SF têm a responsabilidade de acompanhar um número definido de famílias, não ultrapassando 4.000 habitantes por equipe (localizadas em uma área geográfica delimitada) e devem cumprir uma carga horária de 40 horas semanais. Além disso, esses profissionais devem ter como suporte para seu

³⁰ A equipe profissional da ESF deve ser multidisciplinar e é formada por: médico generalista, enfermeiro, auxiliar de enfermagem e agentes comunitários de saúde (esta é a composição básica da equipe). Pode ser ampliada com a participação da equipe de saúde bucal (BRASIL, 2006f).

³¹ Fonte: Programa de Saúde da Família (BRASIL, 1994).

trabalho o apoio da rede local de saúde para garantir os fluxos de referência e contra referência aos serviços especializados, de apoio diagnóstico e terapêutico, ambulatorial e hospitalar, não esquecendo da questão dos insumos que são necessários para o seu funcionamento (BRASIL, 1996).

A ESF no município do Rio de Janeiro teve o seu primeiro projeto implantado em 1995, na Ilha de Paquetá, sofrendo sua efetiva expansão em 1999, para as comunidades do Borel (Tijuca), Parque Royal (Ilha do Governador), Canal do Anil (Jacarepaguá), Vila Canoas (São Conrado) e Vilar Carioca (Campo Grande).

É importante ressaltar que em 2002³², no Município do RJ houve uma tática diferencial na implantação da ESF; foi criado em todas as APs, um Grupo de Apoio Técnico³³ (GAT) para as equipes do SF. Na verdade, essa estratégia não constava nas diretrizes operacionais do MS, mas estes grupos se tornaram, na prática, gestores locais da ESF, atuando como interlocutores entre equipes de SF (uma espécie de supervisão técnica) e a Coordenações das Áreas Programáticas (CAPs), instâncias formais de gestão loco-regional estabelecidas pela SMS-RJ. Além disso, na prática acabaram assumindo outras tarefas burocráticas como, por exemplo, o controle de pessoal (falta, licença médica). Os motivos pelos quais os GATs vieram a assumir estas tarefas, são vários, e cada área tem sua especificidade.

Com a mudança do governo municipal em janeiro de 2009, os GATs foram extintos. Um novo modelo de supervisão vem sendo discutido, mas por enquanto nas CAPs existe um grupo que tem o papel de coordenação da ESF, sem realizar a supervisão que anteriormente o GAT desempenhava junto às equipes.

Visando oferecer mais suporte para as equipes do SF, o MS lança a Portaria nº 154, de 24/01/08 (BRASIL, 2008), que cria o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF). Os núcleos surgem com a proposta de ampliar o escopo de ações da Estratégia de Saúde da Família e, conseqüentemente, a sua resolubilidade. É importante ressaltar que os NASF não se constituirão como porta de entrada do sistema; eles vão atuar de forma integrada com as equipes de saúde da família e com toda a rede de serviços em saúde. As diretrizes do NASF³⁴ incluem a

³² Fonte: Coordenação da Estratégia de Saúde da Família (SMSDC/RJ, 2002).

³³ Esta equipe gestora local, na AP 5.1, realizava a supervisão técnica das equipes da ESF no território, era composta por dez profissionais de nível superior, oriundos das diversas carreiras da área de saúde.

³⁴ Os NASFs tem a responsabilidade de atuar e reforçar nove diretrizes na atenção a saúde: a interdisciplinaridade, a intersetorialidade, a educação popular, o território, a integralidade, o controle social, a educação permanente em saúde, a promoção da saúde e a humanização.

Fonte: www.saude.gov.br/noticias. Acesso em: 27 jan. 2010.

responsabilização compartilhada entre as equipes SF e equipe do NASF, baseado na prática da referência e contra-referência; os NASF³⁵ devem instituir a plena integralidade do cuidado físico e mental do usuário do SUS. Um ponto importante é que o NASF não contempla a saúde do idoso. Cabe ressaltar que não é função destes núcleos preencher o papel que os Grupos de Apoio Técnico (GATs) desempenhavam junto às equipes do SF, antes de sua extinção, como, por exemplo, o controle de pessoal (dos profissionais do atendimento direto a população adscrita).

Os NASFs se classificam em: NASF 1 deverá ser composto por, no mínimo, cinco profissionais de nível superior de ocupações não coincidentes; (Médico Acupunturista, Assistente Social, Professor de Educação Física, Farmacêutico, Fisioterapeuta, Fonoaudiólogo, Médico Generalista, Médico Homeopata, Nutricionista, Médico Pediatra, Psicóloga, Médico Psiquiatra e Terapeuta Ocupacional); e NASF 2 deverá ser composto por, no mínimo, três profissionais de nível superior de ocupações não coincidentes (Assistente Social, Professor de Educação Física, Farmacêutico, Fisioterapeuta, Fonoaudiólogo, Nutricionista, Psicólogo e Terapeuta Ocupacional). Cabe ressaltar que até o presente momento (fevereiro 2010) os NASFs ainda não foram implantados.

Apesar da pouca cobertura (este encerrou o ano de 2009 com menos de 10% da população municipal adscrita)³⁶ e da descontinuidade, a ESF está em expansão. Ao término do primeiro ano de mandato do novo governo, há muita especulação a respeito dos caminhos que a ESF vai tomar nos próximos anos neste município. De qualquer modo, é possível observar que a gestão municipal está investindo neste modelo de prestação de serviços, comprometendo-se com seu fortalecimento e expansão da cobertura na Cidade. Podemos constatar este fato observando que no ano de 2009 e já no início de 2010 ocorreram algumas inaugurações de unidades de saúde da família. Por exemplo, na AP 5.1, em novembro de 2009, no bairro de Realengo a primeira Clínica da Família foi inaugurada, no mês seguinte, na AP 2.1, a segunda Clínica da Família foi inaugurada no Pavão-Pavãozinho. A promessa é que até 2012 serão inauguradas 70 clínicas da família na cidade. Além disso, outra proposta que vem sendo divulgada na mídia é a expansão da cobertura da ESF em 100%, em duas áreas da cidade, a AP 5.3 e a 3.2.

³⁵ Cabe ressaltar que o NASF não contempla a área de saúde do idoso.

³⁶ Fonte: Relatório de Gestão 2008 da CAP 5.1. Cedido pela Gerência do Programa de Saúde do Idoso (2008).

Na atenção à saúde da população, o profissional da equipe de Saúde da Família deve atuar como elo entre os usuários dos serviços, seu entorno familiar e social e o sistema de saúde. Mas são inúmeros os problemas relacionados aos recursos humanos na rede municipal, destacando-se a insuficiência de profissionais preparados para o desempenho das atividades preconizadas pela ESF, além da rotatividade e pouca fixação de trabalhadores³⁷ nos diferentes territórios. Por exemplo, na área estudada nesta investigação, no fim do ano de 2008³⁸ atuavam 14 médicos, embora a necessidade fosse de 36 médicos.

Além disso, os profissionais da ESF vivenciam as questões da violência das comunidades, onde a maioria das equipes está localizada. Esse estresse e o risco provavelmente são fatores que interferem muito quando se trata em fixar um profissional no território. Portanto, a qualidade de vida e as práticas dos profissionais exigem melhoria das condições de trabalho e vínculo, a oferta de incentivos (desenvolvimento profissional através de iniciativas de educação continuada e permanente, por exemplo) e infraestrutura adequada para que estes possam desenvolver sua prática cotidiana.

3.2 A AP 5.1 no Contexto do Município do Rio de Janeiro

O Município do Rio de Janeiro está dividido em dez Áreas de Planejamento de Saúde (Áreas Programáticas – APs): 1.0, 2.1, 2.2, 3.1, 3.2, 3.3, 4.0, 5.1, 5.2 e 5.3, que contam com coordenações próprias, as Coordenações das Áreas de Planejamento (CAPs.)³⁹.

³⁷ A diferenciação de vínculos entre os trabalhadores – celetista, estatutário, terceirizado, cedido, cooperativado. Esse é um fator que prejudica a interação entre os profissionais e contribui para o desgaste e fragmentação estrutural. Verifica-se acirramento dos conflitos nas relações de trabalho relacionado às transformações vivenciadas nesta área, com a precarização dos vínculos trabalhistas devido à terceirização, ao incentivo à formação de cooperativas e a prestação de serviços autônomos; como consequência tem-se a desregulamentação, o enxugamento de direitos sociais historicamente conquistados (contrato de trabalho – CLT, férias, FGTS, auxílio desemprego, previdência social, assistência à saúde enquanto responsabilidade do empregador).

³⁸ Fonte: Relatório de Gestão 2008 da CAP 5.1. Cedido pela Gerencia do Programa de Saúde do Idoso.

³⁹ A Resolução nº. 431 de abril de 1993, da Secretaria Municipal de Saúde, considerando o que estabelece a Lei Orgânica do Município e o Plano Diretor Decenal da Cidade do Rio de Janeiro, cria nessa cidade Áreas de Planejamento Sanitário, na tentativa de viabilizar a regionalização das ações e serviços de saúde com a implantação do SUS no Município do Rio de Janeiro. Neste sentido, pela extensão territorial e concentração populacional foram criadas dez áreas de planejamento constituídas por 32 regiões administrativas, que agregam 157 bairros.

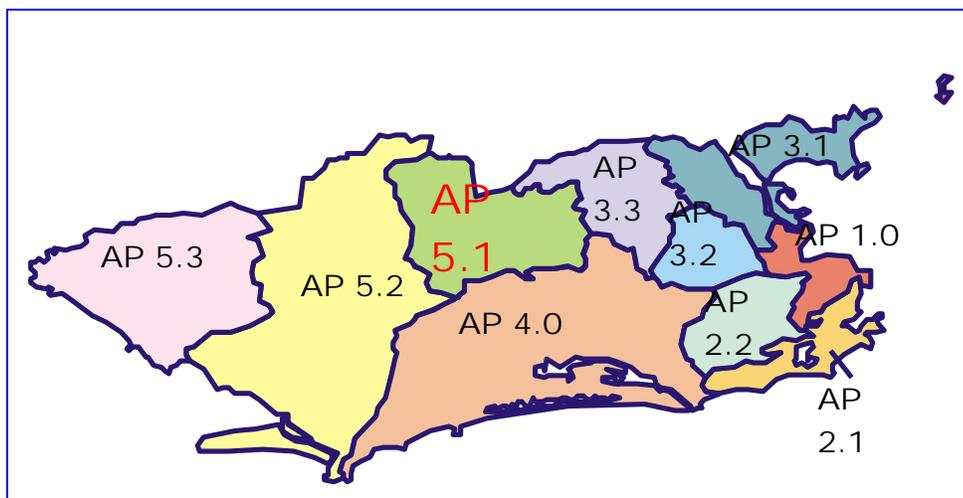


Figura 1 – Município do Rio de Janeiro e as dez Áreas Programáticas.

As CAPs configuram uma instância mediadora entre o nível central da gestão, as unidades de saúde localizadas em seu território e, em algumas APs, lideranças e conselhos de saúde da área. Enfrentam diversos desafios, de ordem financeira, técnico-administrativa e política, as quais dificultam suas ações, obrigando-as, muitas vezes, a atuar como instância burocrático-administrativa, assoberbadas na resolução de problemas emergenciais.

Encontramos especificidades de uma AP para outra. Essa diversidade pode ser observada em vários aspectos, sejam nas questões da área de abrangência (tamanho territorial, modo de ocupação desse território, meio ambiente, etc), econômicas (instalação de indústrias, comércio, etc) e sociais (maior ou menor concentração de comunidades em vulnerabilidade social, violência, acesso a serviços, etc). Também o funcionamento das CAPs experimenta variações decorrentes de seu histórico de implantação, a infraestrutura, disponibilidade de equipes e sua coesão. As particularidades da configuração urbana definem riscos diferenciados de adoecimento, cabendo lembrar que é necessário considerar as diferenças existentes no planejamento e avaliação de ações desencadeadas local-regionalmente.

3.3 A Atenção ao Idoso na AP 5.1 e a Implantação da CSPI

O presente estudo enfoca ações e iniciativas oriundas da ESF da AP 5.1, localizada na zona oeste do Município do Rio de Janeiro, que abrange os bairros de Bangu, Padre Miguel, Realengo, Senador Câmara, Deodoro, Vila Militar, Magalhães Bastos, Jardim Sulacap e Campo dos Afonsos. Sua população total estimada para o fim de 2008, era de 687.045 pessoas⁴⁰.

Segundo a Primeira Pesquisa sobre Condições de Saúde e Vida dos Idosos da Cidade do Rio de Janeiro (2006), as APs 5.1, 5.2 e 5.3 juntas formam o maior território da cidade, ou seja, metade da área da cidade. Em termos demográficos, é a segunda mais populosa, respondendo por 20% da população da cidade, em outras palavras, de cada cinco cariocas⁴¹, um mora na zona oeste. Elas têm em comum a escassez de recursos em várias áreas (lazer, transporte, saúde, assistência social, cultura, entre outras). Especificamente falando da AP 5.1, o bairro de Bangu, de acordo com a mesma pesquisa, é um exemplo; tem sua ocupação populacional mais antiga, com um importante contingente populacional acima de 60 anos e também com um perfil socioeconômico empobrecido.

Para compreender o grau de desenvolvimento econômico e a qualidade de vida oferecida à população desta área, vale identificar o IDH⁴² (Índice de Desenvolvimento Humano) dos bairros que abrangem a área de estudo: Senador Câmara – 0,768, Bangu – 0,794, Magalhães Bastos – 0,802, Realengo – 0,803, Padre Miguel – 0,804 e Deodoro, Vila Militar, Campos dos Afonsos e Jardim Sulacap – 0,856⁴³. Na média, o IDH desta área tem desenvolvimento médio, mas temos que levar em conta os guetos existentes. Estas comunidades têm em comum, a predominância de grupos populacionais em risco social. O somatório de pobreza e falta de oportunidades, resulta em comunidades caracterizadas pela segregação social e urbana, falta de coesão, alta taxa de desemprego, restrita oferta de serviços

⁴⁰ Dados da Gerência do Programa de Saúde da Família/SMS (Dez/2008) e do Relatório Anual/2008 da CAP 5.1.

⁴¹ O termo “carioca” se refere ao indivíduo que nasceu e mora na cidade do Rio de Janeiro.

⁴² Classificação do IDH: com valores até 0,499 tem desenvolvimento baixo, com valores de 0,500 a 0,799 tem desenvolvimento médio, com valores de 0,800 a 1 tem desenvolvimento bom. Morar em uma cidade ou país com alto Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) significa ter melhores oportunidades econômicas, sociais, culturais e políticas. O inverso também serve para as localidades com IDH baixo. Para simples comparação, o IDH do Município do RJ é 0,842.

⁴³ Fonte: www.armazemdedados.rio.rj.gov.br. Acesso em 26 fev. 2010.

Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDH), segundo os bairros ou grupos de bairros. Instituto Pereira Passos/IPP (2000).

públicos essenciais, como educação, saúde e saneamento, além da exposição constante ao crime organizado e violência. O sofrimento e a desesperança presentes na vida dos seus moradores são agravados pelas precárias condições de vida, o que incide de forma particularmente aguda na população idosa.

A AP 5.1 apresenta uma população idosa estimada de 78.555 (SMSDC/GPI, 2008), ou seja, 11,4% da população desta área já estão com 60 anos ou mais⁴⁴. É neste contexto que a ESF tem seu papel de destaque, desempenhando ações de atenção à saúde voltada para a assistência integral e contínua de todos os membros das famílias vinculadas à suas 36 USF (SMSDC/GPI, 2008), em cada uma das fases de seu ciclo de vida, sem perder de vista o seu contexto familiar e social.

Deste modo, cabe às equipes de saúde perceber as mudanças no perfil populacional em sua área de abrangência. No caso da população idosa, que vem crescendo progressivamente devido à queda da fecundidade e redução da mortalidade (VERAS, 1994), são necessárias ações de atenção à saúde apropriada, com ênfase na detecção de riscos e vulnerabilidade. Significa implantar medidas promocionais e de proteção específica, identificação precoce de agravos mais frequentes (e sua intervenção), bem como, com medidas de reabilitação voltadas a evitar a sua apartação do convívio familiar e social.

Destaca-se ainda, a importância de se alertar a comunidade sobre os fatores de risco e situações de fragilidade a que as pessoas idosas estão expostas, no domicílio e fora dele, bem como de serem identificadas formas de intervenção sempre em parceria com o próprio grupo de idosos e os membros de suas famílias, bem como as demais instituições da área.

Afinal, a saúde do idoso não é apenas inferida pela presença ou ausência de doença, e sim pelo grau de preservação da capacidade funcional. Um idoso com uma ou mais doenças crônicas pode ser considerado saudável, se comparado com um idoso com as mesmas doenças, porém sem controle destas, com sequelas decorrentes e incapacidades associadas.

Segundo o Relatório de Gestão 2008 da CAP 5.1 (SMSDC/GPI, 2008), a atenção ao idoso, tanto na rede pública de saúde tradicional como para a ESF, inclui ações de Promoção de Saúde que valorizam a inclusão social, as habilidades individuais, hábitos alimentares saudáveis e modificações no estilo de vida,

⁴⁴ Fonte: Relatório de Gestão 2008 da CAP 5.1. Cedido pela Gerência do Programa de Saúde do Idoso (SMSDC/GPI).

consciência comunitária, além da saúde bucal. Essas atividades foram desenvolvidas através dos grupos de caminhada, de alfabetização, de memória, atenção e raciocínio, de promoção de saúde e cidadania, de convivência da geriatria e de sala de espera da geriatria. Ou seja, há alguns anos a CAP 5.1 vem desenvolvendo ações que extrapolam a mera identificação e tratamento de patologias, abrindo espaço para um trabalho voltado para a Promoção da Saúde.

Neste contexto, foi que, em 2006, o MS propõe em nível nacional o Pacto pela Vida (Portaria/GM nº 399, de 22 de fevereiro de 2006), firmado entre os gestores do SUS, e que contempla a implantação de um instrumento de acompanhamento e coleta de dados⁴⁵, que é a Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa.

A CSPI foi criada⁴⁶ com o intuito de registrar e organizar informações de indivíduos acima de 60 anos, de forma a possibilitar um acompanhamento sistemático de suas condições de saúde e qualidade de vida.

O próprio manual de preenchimento da CSPI esclarece qual é a sua premissa:

Antes do adoecimento orgânico, a pessoa idosa apresenta alguns sinais de risco e é função do profissional de saúde, por meio do registro na caderneta, identificar esses sinais para que as ações possam ser assumidas de maneira precoce, contribuindo não apenas para a melhoria da qualidade de vida individual, mas também para uma saúde pública mais consciente e eficaz. (BRASIL, 2006d, p.6)

A CSPI é um documento para ficar de posse do próprio usuário, supostamente circulando pelas mãos dos diversos profissionais de saúde que venham a atender ao seu portador, em qualquer serviço de saúde (público ou privado). Ela visa permitir a identificação do indivíduo frágil ou em risco de fragilidade, podendo nortear as ações específicas de abordagem e prevenção para esta faixa etária⁴⁷. A meta é que todos os brasileiros com 60 anos e mais tenham acesso à caderneta.

⁴⁵ Existe a proposta desses dados/indicadores de saúde serem incorporados no Sistema de Informação - GIL (Gerenciador de Informação Local), criando um banco de dados onde os gestores possam retirar relatórios quando necessário.

⁴⁶ Elaborada pelo Ministério da Saúde/Secretaria de Atenção a Saúde/departamento de ações Programáticas e Estratégicas/Área Técnica Saúde do Idoso.

⁴⁷ A atenção integral a saúde do idoso é assegurada pela Lei Orgânica da Saúde (BRASIL, Lei 8.080/1990), pelo Estatuto do Idoso (BRASIL, Lei 10.741/2003), e reafirmada principalmente na Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (BRASIL, Portaria nº 1.395/1999), e no Pacto em Defesa da Vida (BRASIL, Portaria/GM nº 399/2006b). Todos assinalam o interesse da gestão Pública em chegar a resultados, e apontam a saúde do idoso como meta prioritária, configurando novo status às Políticas, programas e serviços direcionados a esse grupo etário.

No Município do Rio de Janeiro, como em outros Municípios (nesta primeira fase), apenas os idosos cadastrados na ESF receberam a Caderneta⁴⁸. As razões informadas para que MS optasse por esta estratégia de implantação deste instrumento dão idéia de sua expectativa:

A ESF acompanha um número definido de famílias, localizadas em uma área geográfica delimitada (territorialização); é a estratégia estruturante dos sistemas municipais de saúde; busca intervir sobre os fatores de risco ao qual a comunidade está exposta; utiliza sistemas de informação para o monitoramento e a tomada de decisões; propõem-se a atuar de forma intersetorial, por meio de parcerias estabelecidas com diferentes segmentos sociais e institucionais, de forma a intervir em situações que transcendem a especificidade do setor saúde e que tem efeitos determinantes sobre as condições de vida e saúde dos indivíduos, famílias e comunidades. (BRASIL, 2009)

Coube à Gerência de Saúde do idoso (apresentada no capítulo 2.1), em parceria com a Coordenação do Programa de Saúde da Família, o planejamento de todas as etapas da implantação deste instrumento, da capacitação dos profissionais da ESF, até a distribuição e o monitoramento da caderneta. Neste processo, a etapa de capacitação dos profissionais do SF foi uma ação estratégica para que eles se apropriassem de conhecimentos básicos acerca da saúde do idoso e do envelhecimento, a fim de habilitá-los para o preenchimento da Caderneta e percepção da importância de sua utilização. Para esta tarefa, a GPI contou com o apoio da Coordenação da Estratégia de Saúde da Família, das CAPs, e dos GATs. Uma das expectativas destas duas instâncias da gestão do município (a GPI e a Coordenação da ESF) era a produção e consolidação de dados fidedignos sobre a população idosa adscrita.

A CSPI veio com esta proposta, de contribuir para suprir esse déficit de informação, já que foi pensada em um novo molde de avaliar o envelhecimento, a capacidade funcional. A premissa é que, se houver um manuseio e preenchimento correto da caderneta, será possível identificar idosos que já se encontrem fragilizados ou em processo de fragilização⁴⁹.

Os dados que estão previstos de serem coletados pela CSPI incluem uma primeira parte de identificação do portador da caderneta, identificação da rede de

⁴⁸ Cabe ressaltar que hoje (março de 2010) por orientação do MS, está sendo planejada pelo gestor municipal a distribuição da CSPI para os idosos que são acompanhados nas unidades básicas de saúde.

⁴⁹ Cabe ressaltar que está para ser viabilizada a proposta de mudança do sistema de informação da ESF, ou seja, trocar o SIAB pelo GIL – Gerenciador de Informações Locais do DATASUS, que já é o sistema utilizado pela rede básica de saúde (atendimento ambulatorial). Para a CSPI esta troca será importante porque o GIL já contempla os dados da caderneta, assim será possível gerar relatórios via o programa Integrador.

apoio social que o idoso dispõe, a autopercepção de sua saúde, a medicação que utiliza, ocorrência de internação hospitalar, ocorrência de quedas e, por último, a identificação de outros fatores de risco como alergias, controle de pressão arterial, peso e glicemia.

De posse de instrumentos de coleta de dados adequados, é possível produzir informação de boa qualidade e avançar na construção da integralidade da atenção a saúde do idoso. Para tal, no entanto, a gerência loco-regional precisa garantir o acesso a todos os níveis do sistema de saúde, a partir do estabelecimento de prioridades.

O presente estudo investigou as iniciativas adotadas pela SMSDC-RJ e pela AP 5.1 na implantação e monitoramento da CSPI, com a premissa de que é possível produzir e analisar dados em nível loco-regional com a agilidade necessária para a adequada tomada de decisões.

Diante do que foi apresentado ao longo dos capítulos, justificamos este estudo baseado no crescimento significativo da faixa etária idosa e às especificidades necessárias para o seu cuidado, ou seja, a manutenção da sua saúde seja ela psíquica, cognitiva, social, física e funcional. É que se evidencia a necessidade de implantar estratégias que atendam de maneira integral esta população. Esta nova realidade sugere mudanças em vários setores, mas é no setor saúde que este estudo se baseou, pois historicamente os modelos de atenção voltados para este campo não têm contribuído para a melhoria do bem-estar dos idosos. Como também se torna necessário a adequação dos sistemas de informação em saúde, pois estes não contemplam as informações necessárias para o acompanhamento da saúde da pessoa idosa.

É com base na priorização da identificação de riscos (ou seja, idosos em risco vulnerabilidade) e atuação dentro de um territorial definido, segundo o que preconiza as políticas de saúde brasileira, é que podemos pensar no planejamento das ações de saúde do idoso. Para realizar tal tarefa, foi criado o instrumento CSPI, que mesmo que ainda necessite de aprimoramento, principalmente quanto ao seu adequado uso por parte dos profissionais e dos usuários (idosos), pode gerar informação a partir dos dados que fornece.

Sendo assim, analisar e refletir como pode ser aprimorada uma iniciativa pioneira de uma Área Programática da cidade do Rio de Janeiro, que pensou e elaborou um instrumento de coleta de dados para acompanhar a saúde da pessoa

idosa e a implementação da CSPI, pode contribuir para a plena implementação e aproveitamento da própria caderneta, como também da importância da qualidade da informação na definição de prioridades.

Portanto, este estudo volta-se para compreender as condições de produção desta iniciativa, com base nas percepções dos envolvidos e na análise de documentos do período.

CAPÍTULO 4 - OBJETIVOS

Geral

- Analisar o processo de implantação e monitoramento da Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa na Área Programática 5.1.do município do Rio de Janeiro

Específicos

- Descrever as estratégias utilizadas para a implantação da Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa no município do Rio de Janeiro e na AP 5.1;
- Analisar as estratégias para o monitoramento da utilização da Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa na AP 51;
- Compreender como os gestores locais percebem e utilizam as informações em saúde do idoso na ESF a partir da implantação da CSPI;
- Analisar iniciativas de desenvolvimento profissional das equipes da ESF, quanto à produção e utilização de informações para melhoria do atendimento a saúde do idoso.

CAPÍTULO 5 - PERCURSO METODOLÓGICO

5.1 Caracterização do Estudo

Esta investigação teve por objetivo descrever e analisar o processo de implantação e monitoramento da Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa (CSPI) (Anexo A) na Área Programática 5.1 do Município do Rio de Janeiro. Caracteriza-se como um estudo de caso de estilo descritivo, sendo a abordagem utilizada qualitativa. Segundo Honorato e Barreto (1998), a metodologia qualitativa é fundamental para a percepção da opinião dos sujeitos sociais e da forma como estes encaram determinado problema, ou ainda, para a percepção de questões obscuras até mesmo para os próprios sujeitos sociais.

Ressalta-se que, apesar de ser dada maior ênfase à pesquisa qualitativa o estudo vai utilizar dados quantitativos, como, por exemplo, dados sobre quantidades de cadernetas distribuídas, de idosos por AP.

Inicialmente, foi realizado o levantamento bibliográfico, com foco na Política Nacional de Saúde do Idoso, com ênfase no município do Rio de Janeiro, bem como, temas sobre a saúde do idoso nos serviços de saúde com ênfase na Estratégia de Saúde da Família. E também a coleta dos documentos que fizeram parte do processo de implantação da CSPI. Da Gerência do Programa de Saúde do Idoso, documentos referentes à distribuição da CSPI para as APs, da capacitação para os profissionais da ESF da AP 5.1 e o Questionário de Avaliação da Implantação da Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa, e dos gestores locais da ESF da AP 5.1 as Planilhas de Monitoramento da Saúde da Pessoa Idosa.

Do mesmo modo, realizado também uma pesquisa documental pautada na análise de documentos oficiais do setor público Federal, Estadual e Municipal sobre o tema, uma vez que são estes documentos que norteiam a intervenção de programas e projetos. Pretendeu-se, então, a análise de documentações, tais como: resoluções, portarias, decretos, Lei Orgânica do Município, isto é, a legislação municipal.

Após aprovação do projeto pela banca de qualificação, realizou-se a entrega deste ao Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil – CEP SMS/RJ. Solicitando parecer seguindo os Termos da Resolução do

Conselho Nacional de Saúde 196/96, e que foi aprovado em 27/07/09, de acordo com registro no CAAE: 0102.314.308-09 (Anexo B).

5.2 Local e Critério de Escolha do Campo de Estudo

A AP 5.1 por ocasião da coleta de dados (setembro de 2009) contava com 36 equipes da ESF, atuando em onze módulos; além de quatro equipes de PACS⁵⁰. Além da equipe básica de Saúde da Família, cada módulo contava com uma equipe de saúde bucal (no total de onze).

Ademais, existiam doze equipamentos próprios da SMS-RJ: sete postos de saúde, um centro municipal de saúde, uma policlínica, um centro de atenção psicossocial para adultos, um centro de atenção psicossocial infanto-juvenil e uma casa de parto. Além disso, a área conta com unidades de saúde da rede estadual: Hospital Estadual Albert Schweitzer, UPA de Realengo, UPA de Bangu, Hospital Penitenciário Hamilton Agostinho de Castro, Hospital Penal Psiquiátrico Roberto Medeiros, Hospital Penal Fábio Soares Maciel e o Sanatório Penal.

Por fim, faziam parte também dessa rede as unidades de saúde conveniadas com o SUS: Ação Cristã Vicente Moretti, Serviço de Assistência Social Evangélico (SASE), Centro Integrado de Nefrologia, Casa de Saúde e Maternidade Nossa Senhora das Graças, Casa de Saúde Souza Cruz.

As 36 equipes de SF realizavam o acompanhamento de 38.070 famílias, equivalentes a 152.280 pessoas (22,47% da população da AP⁵¹). A composição dos profissionais da ESF que atendia essa população era de: 14 médicos, 38 enfermeiros, 32 auxiliar de enfermagem, 242 agentes comunitários (ACS), 11 odontólogos, 02 técnicos de higiene bucal (THB) e 11 auxiliar de consultório dentário (ACD)⁵².

⁵⁰ PACS – Programa de Agentes Comunitários em Saúde. Este pode ser considerado um programa de transição para a Saúde da Família. No PACS, as ações dos agentes comunitários de saúde são acompanhadas e orientadas por um enfermeiro/supervisor lotado em uma unidade básica de saúde.

⁵¹ De acordo com a projeção para o ano 2008 do CENSO – estimando uma população de 677.397 habitantes na AP 5.1. Dados retirados do Relatório de Gestão 2008 da CAP 5.1.

⁵² GPSF/SMSDC e do Relatório Anual/2008 da CAP 5.1.

A AP 5.1⁵³ foi escolhida porque foi área piloto para a implantação da CSPI no Município do Rio de Janeiro, sendo a única AP em que todos os profissionais⁵⁴ passaram por capacitação/treinamento realizado pela GPI para a utilização da CSPI. Além disso, o GAT da área elaborou um instrumento de acompanhamento da saúde do idoso baseado na CSPI – a Planilha de Monitoramento da Saúde da Pessoa Idosa, numa iniciativa pioneira de sistematização dos dados produzidos em nível loco-regional.

5.3 Coleta de Dados

Métodos:

1) Análise documental trata-se de uma investigação sistemática nos documentos que nortearam todo o processo de implantação da CSPI no município do RJ, incluem-se os que faziam parte do acervo da GPI, da AP 5.1 – gestores da ESF e os disponíveis para consulta pela internet ou nos órgãos competentes (legislações, decretos, textos referentes ao assunto, indicadores do SUS, dentre outros). Cabe esclarecer o que é o Questionário de Avaliação da Implantação da CSPI (Anexo C). Este instrumento foi elaborado pela Gerência do Programa de Saúde do Idoso – GPI, a partir de uma solicitação da Área Técnica de Saúde do Idoso do Ministério da Saúde, para avaliar a implantação da CSPI no Município do RJ, após um ano do envio do primeiro lote das CSPI para o município (dezembro de 2007). As respostas desses questionários foram consolidadas em um quadro único (primeira parte quantitativa, na segunda parte respostas abertas/livres);

2) Sistematização e análise dos dados da Planilha de Monitoramento da Saúde da Pessoa Idosa (Anexo D), instrumento elaborado e implementado pela equipe de gestores locais da ESF da AP 5.1 em nível local. Criado pela equipe do GAT da área, esse instrumento é que as equipes da ESF da AP 5.1 (técnicos da equipe: enfermeiro, médico, auxiliar de enfermagem e cirurgião dentista) preenchiam com dados dos idosos no momento das visitas domiciliares ou em consulta nas

⁵³ Cabe ressaltar que apesar da AP 2.1 ter maior quantitativo de idosos (IPP, 2006), era uma área de pouco cobertura da ESF, portanto, na escolha da AP 5.1 foi levado em consideração esta realidade.

⁵⁴ De abril a maio de 2007, passaram pelo treinamento 323 profissionais (dos 350 existentes naquela época) da ESF da AP 5.1 (médicos, enfermeiros, técnico e auxiliar de enfermagem, nutricionista, assistente social, cirurgião dentista, psicólogo, agente comunitário de saúde, técnico de higiene dentária e auxiliar de consultório dentário). Fonte: Gerência do Programa de Saúde do Idoso/SMSDC.

Unidades de Saúde da Família. A pesquisadora teve acesso a todas as fichas referentes ao ano de 2008 (quatro trimestres). O material disponibilizado foi consolidado por trimestre, ou seja, em quatro trimestres. O objetivo era obter uma melhor visualização dos indicadores⁵⁵ de saúde dessa população idosa e contextualizar a percepção dos informantes a respeito da construção e utilização da planilha;

3) Entrevistas com informantes-chave. Foram entrevistados dois gestores locais da equipe técnica da ESF da AP 5.1, diretamente envolvidos com a implantação e monitoramento da CSPI na área. As entrevistas ocorreram em setembro de 2009, após assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice A).

Foram selecionadas duas pessoas da equipe mais afeitas ao monitoramento da saúde do idoso. Um técnico que acompanhava especificamente as ações ligadas à saúde do idoso na área e que também era responsável por um número de equipes onde fazia a supervisão não somente técnica, mas a supervisão gerencial dessas equipes (há seis anos nesta função). E o outro técnico que tinha como uma de suas atribuições manusear o banco de dados procedente das planilhas que as equipes utilizavam, ou seja, fazia o monitoramento das equipes em relação ao preenchimento das planilhas, da coleta de dados e da consolidação destes. Ajudando as equipes no planejamento das suas estratégias baseadas nessas informações. Além disso, assessorava a própria Coordenação de Área Programática da AP 5.1 na organização da informação.

A opção pelas entrevistas semi-estruturadas se deu por entender que após a análise dos dados do questionário de avaliação da CSPI era fundamental conhecer as perspectivas dos gestores, frente às expectativas que tinham sobre esta estratégia pioneira na rede municipal. O roteiro (Apêndice B), semi-estruturado de forma a abordar alguns tópicos de interesse gerais e específicos, tais como: contexto e estratégias de implantação e monitoramento da CSPI na área, importância percebida dos dados e dos sistemas de informações em saúde, processo de trabalho na ESF e a atenção ao idoso.

⁵⁵ Indicadores foram desenvolvidos devido à necessidade de tratar a informação, na forma original ou “bruta”, de modo a torná-la acessível, permitindo entender fenômenos complexos, tornando-os quantificáveis e compreensíveis de maneira que possam ser analisados, utilizados e transmitidos aos diversos níveis da sociedade, contribuindo com uma adequada planificação das políticas; e avançando na modernização institucional através da otimização do manejo das informações (RAMOS, 1997).

As entrevistas foram realizadas individualmente, no local de trabalho dos entrevistados e foram gravadas em fita magnética com autorização dos profissionais, tendo duração de cerca de duas horas e trinta minutos cada. Os cuidados éticos relativos à pesquisa foram observados resguardando-se a identificação dos profissionais entrevistados.

5.4 Organização e Análise dos Dados

1) Análise documental, a organização e seleção do material bibliográfico coletado ocorreram durante todo o processo do estudo: na elaboração do anteprojeto de pesquisa para apreciação na seleção do mestrado; na reelaboração do projeto de pesquisa para a qualificação e na elaboração da dissertação, constituindo num processo exaustivo e denso de superação do que já está constituído em termos de pesquisa bibliográfica que durante estes dois anos foi levantado tanto para a construção do projeto quanto para a dissertação. Este levantamento foi feito através, principalmente das ferramentas de busca da internet (scielo), como em distintas bibliotecas: UERJ-IMS e Fiocruz (foco nas publicações da revista de Saúde Coletiva e Saúde Pública).

Em relação ao material bibliográfico referente à CSPI no município do Rio de Janeiro, em virtude da ausência de publicações a respeito, foi necessária a realização de entrevistas com representantes da gestão local da ESF da AP 5.1.

Quanto ao Questionário de Avaliação da Implantação da CSPI, todas as respostas foram agrupadas num consolidado, proporcionando as primeiras impressões sobre o processo de implantação da CSPI nas áreas. Este foi organizado para ser analisado individualmente ou como contribuição para ponderar as falas dos informantes nas entrevistas.

2) O Consolidado da Planilha de Monitoramento da Saúde da Pessoa Idosa, esses dados foram organizados para serem trabalhados com as entrevistas, pois serviram de suporte para materializar algumas análises. Por exemplo, com o resumo da tabulação das Planilhas, foi possível conhecer um pouco o perfil epidemiológico do idoso de cada micro área, ajudando na identificação dos idosos em risco de fragilidade ou já classificados como frágil. A partir desse reconhecimento, auxiliar as equipes no planejamento das ações voltadas para essa faixa etária na área. Além

disso, os resultados podem suscitar hipóteses sobre a eficácia da CSPI, pois os indicadores de saúde utilizados na Planilha são oriundos da caderneta.

3) As informações oriundas das entrevistas foram apresentadas de modo descritivo e analisadas sob uma perspectiva qualitativa. A partir dos dados coletados no campo procurou-se organizá-las de modo que a descrição das situações observadas retratasse a realidade de trabalho no serviço, buscando compreender as razões que norteiam as atitudes manifestadas pelos indivíduos e evidenciar avanços e dificuldades enfrentadas e suas conseqüências para a implantação e monitoramento da CSPI, bem como das ações daí decorrentes.

Optamos pela utilização da técnica de análise temática que, segundo Bardin (1979), compreende a investigação de temas, a possibilidade rápida ou eficaz de categorização, podendo ser aplicada a discursos diretos e simples. Portanto, duas categorias analíticas foram eleitas: a implantação da CSPI na AP 5.1 e a experiência de monitoramento da utilização da CSPI. Que resultaram em alguns temas: estratégias utilizadas para a implantação da CSPI; a distribuição da CSPI; o despreparo dos profissionais da ESF; a capacitação dos profissionais da ESF; potencial utilização da CSPI para melhoria do atendimento ao idoso na ESF; dificuldades das equipes da ESF em utilizar a informação no planejamento de suas ações; construção de iniciativas dentro do território/AP 5.1; desenvolvimento e utilização de instrumentos de coleta de dados e construção de indicadores de saúde da população idosa - Planilha de Monitoramento.

Os dados foram preparados em três fases distintas: pré-análise; exploração do material; tratamento dos resultados, inferências e interpretação.

As entrevistas gravadas foram transcritas e codificadas. Posteriormente foram realizadas novas leituras, assinalando-se as idéias importantes, ordenando e numerando as respostas, para destacar os temas, as idéias chaves e os núcleos de sentido. Partindo dessa ordenação, foram retirados trechos do diálogo nos quais os argumentos construídos permitiram uma melhor compreensão dos sentidos buscados nos objetivos da pesquisa.

Os aspectos de análise dos dados que serão apresentados no capítulo 5 - Resultados estarão divididos em dois blocos temáticos: Tema 1 – A implantação da Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa na AP 5.1 e o Tema 2 – Uma experiência de monitoramento da utilização da Caderneta de saúde da Pessoa Idosa.

5.5 Aproximação com o Campo de Estudo

Em função da inserção da pesquisadora no campo de estudo, por fazer parte da equipe da Gerência do Programa de Saúde do Idoso, instância onde as ações relacionadas à implantação, o monitoramento e avaliação da caderneta aconteceram, e cujos desdobramentos ainda acontecem. Portanto, algumas observações vão prover desta vivência profissional da pesquisadora. Essa proximidade do pesquisador com o objeto de estudo é analisada por um método proposto por Loïc Wacquant (2002), que chamou de “Participação Observante”.

O termo “Participação Observante” é utilizado para demarcar um deslocamento metodológico diante da clássica “Observação Participante”, oriunda das pesquisas etnográficas. Loïc Wacquant salienta que a diferença central está no fato de a “Participação Observante” ter uma maior intervenção, uma vivência corporal, uma experimentação do pesquisador com a prática cultural (objeto) que ele está investigando.

No caso, esse contato direto da pesquisadora com o fenômeno estudado, buscou-se um “diagnóstico” de situações e relações não registradas nas entrevistas, a fim de compreender as reações e interações dos sujeitos da pesquisa, ou seja, identificar os fatores explícitos e implícitos que fizeram parte do processo que compreende o período da implantação até a avaliação da CSPI.

CAPÍTULO 6 – RESULTADOS

6.1 A implantação da Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa na AP 5.1

A coleta de dados sobre a implantação da CSPI incluiu como fontes os documentos da Gerência do Programa de Saúde do Idoso, as entrevistas com informantes chaves - os gestores locais e a “participação observante” da pesquisadora que atua como técnica da GPI desde 2006.

O que estamos chamando de período de implantação da CSPI no Município, começou no início de 2007 com uma solicitação da GPI para as APs, pedindo que mapeassem em suas áreas o quantitativo de idosos, quantos idosos vivem só, quantos idosos são acamados e quantos idosos sofreram queda nos últimos doze meses. O diferencial no investimento nos dados acerca dos idosos já se fez notar: o GAT da AP 5.1 foi o único que prestou informações completas solicitadas.

Após esta coleta preliminar de dados de caracterização da população idosa adscrita à ESF, a implantação da CSPI na AP 5.1 incluiu capacitações para todos os profissionais nos meses de abril a maio de 2007. A proposta era apresentar o novo instrumento e debater sua lógica e as prioridades que estabelece. Seu conteúdo priorizou conceitos de envelhecimento patológico e saudável, legislação, direitos sociais, além da apresentação do instrumento CSPI e regras para sua correta utilização (com o auxílio do manual de preenchimento).

A instância responsável pela execução dessa ação foi a GPI (à época composta por um médico, duas assistentes sociais e uma terapeuta ocupacional), com apoio da Gerência do Programa de Saúde da Família do Município e de técnico do GAT, como também da CAP, responsável pela saúde do idoso na AP.

A metodologia utilizada incluiu palestras, utilização de *datashow*, além de pequenos filmes de sensibilização sobre o envelhecimento e textos reflexivos. Foram realizados oito encontros, sendo que dois dias para os profissionais de nível superior e seis dias para os de nível médio e elementar, abarcando um total de 323 profissionais da ESF, conforme observamos nos quadros a seguir.

Quadro 2 – Distribuição dos profissionais do SF da AP 5.1 para a capacitação em 2007 – nível elementar e médio

	03/04	10/04	24/04	15/05	22/05	29/05	Totais
Categoria profissional dos participantes					(*) (**)	(*)	
Agente comunitário de saúde	24	25	52	32	42	55	236
Auxiliar de consultório dentário	-----	02	01	01	-----	-----	04
Auxiliar de enfermagem	04	01	02	03	03	03	16
Técnico de enfermagem	-----	02	-----	-----	-----	-----	02
Técnico de higiene dentária	-----	-----	-----	02	01	-----	03

Fonte: Documento da GPI – Planilha de treinamento dos profissionais da ESF da AP 5.1 (2007).

Nota: (*) Participação de outra categoria profissional – enfermeiro: dois em 22/05 e um em 29/05.

(**) Participação de outra categoria profissional - médico: três em 22/05.

Quadro 3 – Distribuição dos profissionais do SF da AP 5.1 para a capacitação em 2007 – nível superior

Categoria profissional dos participantes	19/04	08/05	Totais
Assistente social	-----	01	01
Cirurgião Dentista	04	04	08
Enfermeiro (*)	13	11	(24 + 03) = 27
Enfermeiro sanitaria	01	-----	01
Médico (**)	12	08	(20 + 03) = 23
Nutricionista	-----	01	01
Psicólogo	01	-----	01

Fonte: Documento da GPI – Planilha de treinamento dos profissionais da ESF da AP 5.1 (2007).

Nota: (*) Devido ter faltado na data agendada para a categoria Enfermeiro, dois compareceram no dia 22/05/07 e um em 29/05/07.

(**) Devido ter faltado na data agendada para a categoria médica, três compareceram no dia 22/05/07.

A divisão dos profissionais entre nível superior e nível médio/elementar foi uma estratégia da GPI, pois no conteúdo programático das palestras para adequar os conteúdos da sessão à clientela. A proposta era que todos os profissionais de nível superior posteriormente se tornassem multiplicadores para as equipes de SF que viessem a ser implantadas na própria AP⁵⁶.

Para a GPI a capacitação da AP 5.1 constituiu uma verdadeira “maratona” pois seus técnicos da própria Gerência exerciam o papel de palestrantes, tendo estado presentes em todos os encontros e se revezando para abordar todos os temas planejados, a partir da perspectiva de suas áreas de especialidade. Para as outras APs, por envolverem dois dias apenas, o processo foi mais calmo, apesar de compreender oito horas seguidas de exposição e debate.

⁵⁶ Essa idéia foi utilizada nas outras APs, visto que só alguns profissionais de nível superior participaram da capacitação, e estes ficaram com a missão de reproduzir para os outros profissionais de suas respectivas áreas o conteúdo da capacitação.

A distribuição da caderneta ocorreu no Município do Rio de Janeiro entre dezembro de 2007 e agosto de 2008. A AP 5.1 recebeu todo o quantitativo solicitado e foram distribuídas, entre dezembro de 2007 e janeiro de 2008, um total de 12.452 cadernetas. O gestor responsável pelo monitoramento da saúde do idoso na área acompanhava de perto essa distribuição. *“Eu tinha um controle do quantitativo que enviei para cada equipe, quando eu mandava as equipes recebiam com guia de remessa. Quando precisavam de mais, para aqueles que entravam na faixa etária, eu disponibilizava”*. Após reavaliação da área sobre o quantitativo necessário houve um segundo envio, que abrangeu todos os idosos cadastrados naquela época integralizando a cobertura do instrumento. *“Cada equipe se organizou de um jeito que a gente conseguiu cobrir toda a área, porque todos os nossos idosos foram contemplados com a caderneta”*. (Informante 1)

Em outubro de 2008 a GPI realizou a primeira avaliação do processo, aplicando o Questionário de Avaliação da Implantação da CSPI, Sobre este instrumento, cabe esclarecer que a GPI recebeu do MS um questionário de avaliação da implantação da caderneta e avaliou que o mesmo não abrangia todas as questões que a própria gerência necessitava identificar, ampliando o instrumento⁵⁷, que foi encaminhado para as dez APs (em outubro de 2008), para serem preenchidos pelos gestores locais, que na época, era a equipe do GAT da ESF de cada área⁵⁸.

Na avaliação qualitativa, no que tange às capacitações, foi possível observar uma insatisfação do GAT da AP 5.1 quanto à divisão dos profissionais em nível superior e nível médio/elementar, principalmente porque a separação na capacitação acabou gerando uma divisão entre as equipes, ou seja, profissionais de uma mesma equipe foram separados por serem de nível de escolaridade diferentes. Contudo na percepção de um gestor local entrevistado o saldo foi positivo, permitindo o encadeamento de ações subseqüentes.

Todos foram sensibilizados para importância da CSPI, como preencher a caderneta e da assistência voltada para o idoso. Depois em supervisão na área a gente ia direcionando as equipes, tirando as dúvidas que ainda

⁵⁷ Este instrumento apresenta dados quantitativos das áreas, que compreende a identificação das áreas quanto a recursos humanos; quantitativo de módulos/unidades de saúde da família, de profissionais, de idosos cadastrados, de cadernetas distribuídas e quem eram os profissionais responsáveis pelo preenchimento da caderneta junto aos idosos.

⁵⁸ Estipulou-se um prazo de aproximadamente 15 dias para retorno dos questionários preenchidos, as respostas embasaram o preenchimento do instrumento recebido do MS. Ao todo foram sete áreas que responderam, das três que faltaram, uma não havia nenhum módulo do ESF implantado e duas não retornaram o questionário. Cabe ressaltar que no município do RJ o processo de implantação da caderneta foi diferenciado nas APs.

pudessem ter ficado pelo caminho para o preenchimento da caderneta.
(Informante 2)

Nas falas dos entrevistados, apesar do relativo sucesso da capacitação, o processo de implantação da CSPI enfrentou resistências de alguns profissionais da ESF, que achavam que seria *“mais uma coisa que eles teriam que estar constantemente vendo, analisando como está sendo preenchida”* (Informante 1). Os gestores locais reconhecem a sobrecarga de trabalho que existe nas equipes do SF: *“É um processo de trabalho denso, não é fácil, é um volume grande de atividades, pouca equipe técnica em relação ao número de famílias e de população. O número de profissionais não é o ideal, não dá conta”*. (Informante 2). A falta de clareza sobre a importância da informação também não ajudou. Segundo um gestor, os profissionais da ESF *“encaram isso como mais uma estatística”* (Informante 2).

Outro tipo de resistência ao uso da CSPI, emergiu dos profissionais das Unidades de Saúde tradicionais que desconheciam o instrumento. Vale lembrar que a prioridade no treinamento foi dada aos profissionais da ESF e a distribuição restringiu-se aos idosos adscritos, sendo excluídos naquele primeiro momento profissionais e idosos externos à ESF. Na visão dos gestores houve uma não integração da rede de informação, pois quando um idoso apresentava a CSPI num centro ou posto de saúde que não estivesse incluído na ESF havia uma surpresa ou mesmo estranhamento: *“O profissional não identificava esse instrumento – Ué porque o Sr. está me mostrando isso? O que é isso? Eu não sei o que é isso, então eu não vou anotar nada nisso”* (Informante 2).

Esse problema foi recorrente: *“O que não faltavam eram relatos dos usuários que passavam por essa situação com os profissionais de outras unidades de fora do SF”*. (Informante 1)

Apesar de problemática, os entrevistados entendem porque os profissionais das demais unidades não participaram da implantação: *“Eu até entendo porque o MS quis implantar primeiro na ESF, você tem uma população cadastrada, conhece essas pessoas, e aí consegue monitorar isso melhor.”* Porém estas situações colidiam com o trabalho de sensibilização realizado junto aos idosos para estimular o uso da caderneta por eles.

Explicávamos para os idosos que [a CSPI] era um instrumento de identificação, (...) de cidadania, um direito deles, que continha informação sobre sua saúde e se acontece alguma coisa na rua com ele, poderia ser facilmente identificado. (Informante 1)

Mas ao atender ao que lhes era orientado, os idosos não eram bem recebidos. Os profissionais externos à ESF mantiveram-se alheios à iniciativa, apesar da estrutura da CSPI ser, em boa parte, auto-explicativa:

Eles [profissionais de saúde] não tinham a sensibilidade de perceber (...) que ela é uma forma do idoso estar levando informação que recebeu do médico para sua casa. (...) O processo de implantação poderia ter começado pelo SF, mas deveria ter tido uma divulgação maior, em toda a rede. (...) foi isso que atropelou o processo de implantação. (Informante 2)

Estas situações de constrangimento originaram queixas por parte dos idosos, o que levou os gestores locais a formalizar junto à coordenação da CAP 5.1 sua insatisfação. *“Eu falei com a CAP na época que a gente precisava trabalhar com as unidades, principalmente as unidades que são referências para o SF, para dizer que a caderneta está aí e qual é a sua”* (Informante 1)

Destaca-se o papel do gestor local no processo de implantação e monitoramento, desde os primeiros momentos

Eu fazia uma avaliação dessa implantação, como foi, qual foi a impressão do usuário em relação à caderneta, qual foi a sua impressão do serviço em relação à utilização da caderneta. Eu ia às equipes e fazia esse levantamento de quais foram às dificuldades, quais foram as facilidades, o que estava aparecendo mais (...). (Informante 1)

Os gestores locais precisavam de sensibilidade para considerar singularidades do território, marcado pela violência urbana, para resguardar os usuários de riscos ou constrangimentos.

Por orientação da GPI, as cadernetas foram identificadas por comunidade, para isso elaborou-se um carimbo de cada comunidade para marcar a caderneta, para saber a origem daquele usuário. Mas em algumas comunidades tivemos problemas em relação a isso, porque as comunidades são de facções [bando] diferentes [disputam poder dentro da comunidade]. Então aquele idoso poderia ficar exposto a algum tipo de violência por ser morador daquela comunidade, sendo assim, algumas comunidades a gente não identificava. (Informante 1)

Ainda tomando como fonte o Questionário de Avaliação da Implantação da CSPI, os gestores da AP 5.1 informaram os seguintes pontos positivos decorrentes da implantação da CSPI: Houve um aumento da aplicação da vacina DT, permitindo a atualização da situação vacinal dessa população; aumento na identificação dos idosos frágeis e de suas necessidades; e fácil visualização da situação de saúde.

Acerca de pontos negativos, além do problema com profissionais externos à ESF, aparecem ainda as dificuldades de obtenção de dados a partir de informantes *“Idosos que vivem sozinhos e não conseguem dar todas as informações; os que*

trabalham fora, sendo difícil encontrá-los para a entrega e preenchimento". Ou seja, necessidade de sensibilização das famílias e a importância dos ACS (revisitar até encontrar a pessoa, e outros entraves).

Em suma, apesar de alguns entraves previsíveis e outros não, a caderneta chegou aos idosos adscritos, mas para que não se transformasse em mais um documento para ocupar tempo, os profissionais necessitariam reconhecer sua utilidade na prática, através da utilização de seu potencial de produção de informação no direcionamento das ações. Para tal, o Grupo do GAT elaborou uma planilha de sistematização de dados acerca dos idosos, num processo que será analisado a seguir.

6.2 Uma Experiência de Monitoramento da Utilização da Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa

O monitoramento loco-regional da utilização da CSPI na AP 5.1 merece registro e análise em função de seu pioneirismo e das inúmeras demandas que os gestores locais sofrem, além de desgastes inerentes à proximidade com áreas populosas com inúmeras necessidades. A construção de um instrumento desta natureza sugere expressivo acúmulo teórico-conceitual e político, além de sensibilidade para com a questão da informação e da saúde do idoso, ambas estratégicas para a plena efetivação da ESF. Neste capítulo, serão apresentadas a análise dos dados da própria Planilha de Monitoramento da Saúde da Pessoa Idosa (PMSPI) e as percepções dos gestores locais (informantes-chave) acerca do seu uso e perspectivas.

A PMSPI foi inicialmente utilizada em janeiro de 2008, logo após a distribuição do primeiro lote de CSPI na AP 5.1 (dezembro de 2007). Os dados foram coletados ao longo do ano de 2008, tendo sido seu uso descontinuado em função dos rearranjos decorrentes da mudança no governo municipal⁵⁹.

A PMSPI (Anexo D) é um instrumento de coleta de dados quantitativos, desenhado para ser preenchido pelos profissionais de nível médio e superior (menos

⁵⁹ Vale esclarecer como está hoje (fevereiro de 2010) esta questão na área estudada. Quando em janeiro de 2009 os GATs foram extintos (rearranjos decorrentes da mudança no governo municipal), a maioria dos profissionais desta equipe do GAT foram para outras áreas (inclusive os informantes chaves aqui entrevistados). Atualmente houve uma nova reorganização nas CAPs, e alguns destes profissionais voltaram para esta área, inclusive ocupando cargos de gestores locais.

o ACS, que não faz o atendimento) quando da visita domiciliar ou no atendimento na unidade da saúde da família. Contém várias questões relevantes para a identificação de riscos de fragilidade⁶⁰ em idosos. Inspirada na CSPI se propõe a viabilizar um levantamento epidemiológico de dados para o planejamento das ações locais voltadas para a população idosa adscrita. Na percepção de um entrevistado a respeito desta iniciativa, esta foi uma ação diferenciada: *“Não tínhamos conhecimento nenhum e nem tinha notícia que outra área tivesse elaborado algum instrumento assim. Não foi exigência da GPI que se construísse algum instrumento para monitorar a CSPI. Essa iniciativa foi nossa”*. (Informante 1)

O objetivo da elaboração deste instrumento, de acordo com as falas dos gestores entrevistados foi proporcionar um caminho para o monitoramento da CSPI e a obtenção de informações necessárias sobre a população idosa com maior agilidade. Para eles, mudanças na atenção ao idoso demandam acompanhamento: *“a planilha foi criada para monitorar a implantação da caderneta e fazer um rastreo dos idosos frágeis”*. A idéia era *“fazer um instrumento para que as unidades do ESF de fato pudessem apontar, em paralelo com a caderneta, as ações que realmente fossem precisas (...), reorganizar a atenção ao idoso na sua integralidade”*. Neste instrumento foram utilizados indicadores definidos como estratégicos na política de saúde.

A gente pegou os dados que tem na caderneta do idoso, até porque são indicadores que estão sendo trabalhados pelo MS, por exemplo, a questão das quedas (...). Principalmente a questão das internações por quedas, isto precisamos monitorar. (Informante 1)

A iniciativa facilitou o monitoramento da CSPI, tornando a planilha uma ferramenta de informação sobre a saúde da pessoa idosa acessível para as equipes, caso estivessem motivadas para aprofundar as causas (e possíveis consequências) dos agravos aos idosos adscritos.

Pela planilha podíamos dizer no trimestre, ou no semestre, ou mês quantos idosos eram acamados, quantos idosos tiveram internação, assim até investigar melhor essas internações. O SIAB até tem essa informação referente à internação, mas não tem internação dizendo que é internação de idoso, (...) antes o profissional tinha que levantar essa informação no prontuário, e esse processo leva mais tempo, retardando ações mais imediatas. Então a planilha permitia isso, identificar situações mais rapidamente. (Informante 1)

⁶⁰ Conceito utilizado pelo MS na CSPI e que significa a incapacidade do indivíduo idoso de recuperar o estado funcional após uma doença aguda ou leve *stress* orgânico.

Fonte: Manual da Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa (BRASIL, 2006).

Houve situações positivas que evidenciaram as possibilidades que este instrumento pode oferecer aos profissionais. Foi possível rastrear pelo uso da planilha um problema que ocorria na área e que até então não tinha sido sinalizado. O exemplo foi na questão da cobertura vacinal dos idosos. Por exemplo, indicadores que puderam subsidiar ações locais: *“Quando fizemos um levantamento pela planilha, observamos um número considerável de idosos não vacinados”*. Esta iniciativa nos leva a ponderar sobre como é estratégico o papel que podem desempenhar para viabilizar na prática o que preconiza a ESF:

Foi realizado o diagnóstico de todas as comunidades, aliais isso é uma das etapas da ESF. Neste diagnóstico apareceu que os idosos eram uma grande parcela naquela comunidade. Eu tinha um pouco mais de sensibilidade para perceber que precisávamos desenvolver ações que fossem voltadas para essa população. (Informante 2)

Na caracterização do contexto institucional onde a iniciativa aqui investigada ocorreu, é digna de nota a participação de alguns membros do GAT da área 5.1 nos Grupos de Trabalho, criados na SMSDC, chamados de GT da informação. Os dois informantes⁶¹ que participam deste estudo faziam parte deste grupo no nível central desde 2004. Um deles coloca que sua atuação era justamente ajudar as equipes no planejamento das suas estratégias baseadas nas informações coletadas. Essa tarefa não se resumia na atuação dentro da ESF, mas também junto à própria CAP e na SMSDC.

No processo de construção e implementação da PMPI seus autores envidaram esforços sustentados para estimular a adesão dos profissionais que estão no atendimento direto nas comunidades: *“ficou aberto para sugestões, para que as pessoas pudessem usar e depois trazer suas sugestões. Inclusive, de um ano para o outro, duas planilhas⁶² foram alteradas por sugestão da própria equipe”*. (Informante 2) No entanto seus esforços não necessariamente eram observados, criando situações frustrantes:

Em uma destas reuniões de avaliação destas planilhas, uma pessoa perguntou para nós: *“nossa que fantástico a Secretaria que mandou esse material?”* Eu acho que eles não conseguiram atentar que a gente estava ali pensando em formas de monitorar essas coisas [de âmbito loco-regional]. (Informante 2)

⁶¹ Vale ressaltar que quem mais frequentou as reuniões deste GT da informação, foi o informante 2, por se identificar com este trabalho (SIC).

⁶² Segundo o informante 1, a equipe do GAT da AP 5.1, na época elaborou outras planilhas de monitoramento (por exemplo, para a criança, mulher).

Esta atribuição da autoria do instrumento para o nível hierárquico superior é provavelmente estimulada pela baixa frequência com que iniciativas desta natureza emergem tão próximas da prática cotidiana. Neste sentido, a dificuldade das equipes do ESF em trabalhar com dados é um problema identificado pelos informantes. Em suas falas, podemos perceber que houve por parte das equipes do SF uma grande dificuldade para sistematizar os dados coletados e depois trabalhar essas informações para gerar o planejamento das ações.

Há um esforço e uma tentativa de se planejar, mas ainda nada muito sistematizado. Nem todo mundo percebe que essa planilha, após ser analisada pode trazer um retorno para a própria comunidade. (...) as análises dessas informações ficavam muito a cargo da gente lá na CAP. (Informante 2)

Ou seja, a relação entre o trabalho com informação e as conseqüências concretas para aprimorar os processos de trabalho, com potenciais benefícios para usuários e profissionais ainda não estavam claras, particularmente dada a pressão de demanda que estas equipes enfrenta.

As equipes falavam: *“a gente tá sempre apagando incêndio.”* Eu sempre dizia para as equipes que eles iam continuar apagando incêndio na medida em que eles não se planejam, não planejam com base no que é feito, com base nas informações que são geradas nos atendimentos realizados por eles, na qualidade desse atendimento. (Informante 1)

O quadro abaixo, trata-se do resumo do consolidado da PMSPI da AP 5.1. Foi elaborado pela pesquisadora, mediante o material cedido⁶³ para o estudo pela equipe gestora loco-regional. Neste, podemos observar os indicadores trabalhados (indicadores estes que foram extraídos da CSPI, com exceção de: “idosos que apresentaram a caderneta” e “ocorrência de maus tratos”), sinalizando alguns exemplos do tipo de informação que este instrumento de monitoramento da saúde do idoso pode gerar. Cabe ressaltar, que como a CSPI fica em poder do idoso, a planilha seria o “espelho” que ficaria com a equipe de saúde para o acompanhamento.

⁶³ O material são todas as Planilhas de Monitoramento da Saúde da Pessoa Idosa referente ao ano de 2008 (de janeiro a dezembro) das equipes desta área.

Quadro 4 – Totais, por trimestre, das planilhas de avaliação dos indicadores, ano 2008.

Indicadores	Totais Absolutos			
	1º trimestre	2º trimestre	3º trimestre	4º trimestre
Idosos internados ou com internação	66	64	126	125
Idosos atendidos em consulta ou VD	2.023	3.060	4.887	5.460
Idosos que sofreram queda	28	32	52	67
Idosos acamados	193	186	166	263
Idosos com vacina em dia	3.362	4.770	5.075	8.003
Idosos classificados frágeis	533	564	370	667
Idosos que apresentaram a caderneta	1.547	1.558	2.408	2.543
Ocorrência de maus-tratos	0	0	0	0

Fonte: Elaboração da autora. Rio de Janeiro, 2009.

Foi com base nestes indicadores, que a equipe gestora local da ESF trabalhou ao longo de 2008, são oito indicadores que podem revelar várias situações de saúde dos idosos da AP 5.1. Por exemplo, houve um aumento na cobertura vacinal (como já foi dito anteriormente). Por outro lado, podemos observar dados que continuaram a aumentar, como é o exemplo do indicador “idosos que sofreram quedas”, que sinaliza a necessidade de planejar ações de caráter preventivo e mudanças de práticas. Portanto, os instrumentos de coleta de dados, PMSPI e CSPI, chamam a atenção pela quantidade de informação que eles podem gerar. Porém sua utilização tende a aumentar a visibilidade da desintegração da rede de serviços. Quando algum idoso era identificado como frágil, sendo necessário encaminhá-lo para outros níveis de atenção, esta situação denuncia inadequações do sistema.

Quando o idoso da nossa comunidade precisava de um especialista [um geriatra, um oftalmologista, por exemplo] a gente não conseguia referenciar, porque o geriatra do PAM (...) estava abarrotado por outros atendimentos, que não eram só voltados para os idosos. Além disso, havia muita dificuldade para outros serviços, por exemplo, de fisioterapia, de fonoaudiólogo, enfim, outros serviços para dar suporte. (Informante 1)

A realidade da AP 5.1 não é muito diferente de outras APs com esse perfil, mas esses gestores locais buscavam fazer alguma coisa em nível loco-regional. Por exemplo, orientar a família quanto à correta execução do cuidado e a adoção de medidas preventivas de incapacidades e doenças como preconizadas para a ESF.

Dependendo da necessidade ele vai ter um aumento na frequência de visitas ou de consultas. A equipe pode trabalhar a família desse idoso, oferecendo um suporte adequado (...). Se existe necessidade de uma adaptação do domicílio desse idoso, ver com a família a possibilidade disso, ou então, acionar outros setores para dar conta das demandas desse idoso.

Na avaliação de um gestor local a CSPI estimulou uma reflexão a cerca da saúde da pessoa idosa na área: *“Foi a partir da CSPI que conseguimos desenvolver algumas ações que pudessem de fato traçar uma linha de cuidado para essa população idosa. Trabalhar a questão do idoso na ESF”*. (Informante 2) Outro problema identificado na PMSPI e que foi objeto de reflexão, por exemplo, a questão da violência contra a pessoa idosa, enfocada na PMSPI sob o rótulo de ocorrência de “maus tratos”. Chamou a atenção dos gestores que esta ocorrência, sabidamente comum, não aparecia quando do consolidado dos dados. Foi um indicador que não surgiu através da CSPI, porque nesta não consta nenhum item a respeito, surgiu porque esses gestores locais identificaram a necessidade em seu território⁶⁴.

Trabalhávamos este tema [violência contra a pessoa idosa] com as equipes, a questão de notificar eles já notificavam em relação à criança e adolescente, mas em relação ao idoso, eles relatavam para nós, mais observávamos que nada era informado por escrito. (Informante 1)

A violência, ou abuso contra a pessoa idosa, frequentemente acontece dentro do domicílio, realizada por algum familiar. Minayo (2003) salienta que a alta prevalência da violência intrafamiliar contra os idosos se deve provavelmente ao choque de gerações, espaço físico, dificuldade financeira associada a esta pouca importância social imputada aos idosos. Apesar de sabidamente frequente é uma questão ainda muito velada, embora seja considerada um problema de saúde pública.

Os maus tratos, violência ou abuso às pessoas idosas são aspectos relevantes na assistência à sua saúde, bem como para o preparo dos profissionais, pois são responsáveis por altos índices de morbimortalidade, podendo se manifestar por: abuso físico, psicológico, sexual, financeiro, abandono, negligência e autonegligência, sendo comum que o idoso sofra simultaneamente mais de uma forma de violência (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2002).

⁶⁴ Segundo fala destes informantes, quem iniciou esta discussão no grupo foi a assistente social, pois geralmente, os profissionais das equipes passavam estas questões primeiro para o assistente social do grupo. Este técnico trabalhava com as equipes estas questões.

O que os informantes perceberam referente a essa ausência de informação, como se não existisse nenhuma situação de violência contra a pessoa idosa:

As pessoas têm medo de passar essa informação e que consequências isso terá em função dele informar. Eles até relatavam pra gente, mais nada era notificado, nada era informado no papel. O tempo todo a gente trabalhava isso com a equipe, mas eles diziam: *Ah! Esqueci! Ah! Não sei bem se é!* (Informante 1)

A fala dos informantes reconhece as reticências dos profissionais referentes a esse tema. *“As pessoas esquecem mesmo de trabalhar estas questões, ou se recusarem de trabalhar essa questão, por medo do que vão ouvir.”* (Informante 2) No entanto, a visita domiciliar é estratégica para identificação de maus-tratos, onde os profissionais, principalmente os ACS, podem tomar conhecimento destas situações. É sabido também que muitas vezes o idoso, vítima de violência omite o fato para proteger a família da punição ou por temer o aumento das agressões. Os gestores locais reconhecem a ausência de suporte institucional, tanto para que o profissional de saúde que notifique o problema, como também para os usuários, incluindo aqueles que necessitariam uma ação emergencial.

Uma das questões formuladas aos informantes-chave abordou se, após um ano de utilização, teriam sugestões para o aprimoramento da PMSPI, no sentido de complementar as informações necessárias ou excluir algo. As respostas foram positivas e refletem sensibilidade para a cadeia de eventos envolvida com a manutenção da saúde do idoso:

Eu colocaria informação referente às questões das doenças crônicas (...) ou então se ele tem alguma doença degenerativa, por exemplo, se ele tem Alzheimer, ou Parkinson. (...) A gente colocou [dados sobre] internação, mas não colocou o motivo da internação, que é importante até para saber se foi por uma complicação por diabetes, se foi por AVC. (...) Se eu tenho muita gente na minha microárea tendo AVC, com certeza não estou tendo o controle dessa pressão. (Informante 1)

Algumas coisas ficaram de fora, na época a gente pensou incluir a vigilância nutricional, a questão da saúde bucal, a questão das doenças associadas/relacionadas, (...) para entender a prevalência de doenças nessa faixa etária. (Informante 2)

CAPÍTULO 7 - DISCUSSÃO

Os gestores loco-regionais da ESF da AP 5.1 demonstram ter o entendimento que elaborar instrumentos de coleta de dados que facilitem a prática cotidiana dos profissionais, é o caminho para gerar a informação que é tão importante para o planejamento das ações. Segundo Barbosa (2006, p. 24), em seu estudo sobre Sistemas de Informação em Saúde,

As novas propostas existentes na área de saúde requerem fácil acesso de informação no local de uso e no momento em que é necessária para uma intervenção mais ágil e precisa que além de melhorar a evolução do tratamento dos indivíduos e as estratégias de intervenção individuais e coletivas, quando estas informações encontram-se disponíveis a acesso imediato, aumentam a segurança e qualidade da informação, dando aos dados relevância, interpretabilidade, credibilidade e reputação.

Como também é preciso que iniciativas, como as evidenciadas neste estudo, sejam apoiadas pelos níveis hierárquicos superiores, pois podem fomentar uma mudança na cultura institucional.

A análise documental e as entrevistas realizadas ofereceram subsídios que apontaram situações que se transformaram em entraves para a concretização do processo de implantação da CSPI. Por exemplo, a alta rotatividade e pouca fixação de profissionais de saúde, em especial aos que trabalham na ESF, nos diferentes territórios, aliadas à heterogeneidade de vínculos empregatícios, gerando a convivência, nem sempre tranquila, de celetistas, estatutários, terceirizados, cedidos, cooperativados⁶⁵ notoriamente prejudicam a interação entre os profissionais e contribui para o desgaste e fragmentação das ações. Como exemplo, na área estudada no fim do ano de 2008⁶⁶ atuavam 14 médicos, embora a necessidade fosse de 36 médicos.

Ainda, referente aos profissionais de saúde, algumas iniciativas já vêm sendo realizadas para capacitá-los no assunto CSPI, mas abrangendo apenas os profissionais da ESF, que ainda são uma parcela pequena dos que atuam na rede municipal de saúde, se pensarmos no quantitativo de profissionais que trabalham na rede nos vários níveis de atenção. A ação da GPI de capacitar os profissionais da

⁶⁵ Verifica-se acirramento dos conflitos nas relações de trabalho decorrentes da precarização dos vínculos trabalhistas devido à terceirização, ao incentivo à formação de cooperativas e a prestação de serviços autônomos; como consequência tem-se a desregulamentação, o enxugamento de direitos sociais historicamente conquistados, não apenas no município estudado como em inúmeros outros do país (ANTUNES, 2000).

⁶⁶ Relatório de Gestão 2008 da CAP 5.1, Gerencia do Programa de Saúde do Idoso.

ESF foi considerada, pelos entrevistados, importante passo no processo de implantação da CSPI. Ao invés de limitar-se a apresentar o instrumento e treinar sobre como preenchê-lo, aproveitou a oportunidade de contextualizar o instrumento agregando conhecimentos sobre temas ligados à geriatria e gerontologia.

Outro ponto relevante é a dificuldade enfrentada por parte das equipes da ESF para transformar dados locais em informação útil para o planejamento de suas ações. Os gestores entrevistados, embora reconheçam o risco de multiplicidade de instrumentos de coleta de dados sobrepostos funcionando em paralelo, perceberam em sua prática a necessidade de conhecer a população que eles têm que acompanhar, neste caso, a população idosa.

Recorrendo a Barbosa (2006, p. 81), que realizou um estudo sobre Sistemas de Informação em Saúde, este coloca:

São identificáveis algumas limitações dos Sistemas de Informações em Saúde, como por exemplo, o nível de desagregação e a falta de unicidade ou intercomunicação entre os sistemas já que, no Brasil eles são de responsabilidade de distintas agências nacionais e de diversos setores do próprio MS.

A partir do momento que os profissionais da ESF identificam seu território e passam a conhecer a população adscrita, torna-se mais fácil perceberem as dificuldades também. Portanto, a percepção dos profissionais quanto aos problemas, que vão além de seu âmbito de atuação, ou seja, as insuficiências da rede municipal de saúde, por exemplo, a precariedade do sistema de referência e contra referência dos pacientes. É positivo o profissional perceber este obstáculo para poder contribuir para balizar ações da gestão e do uso de recursos para lidar com esta dificuldade importante na preconizada “reorientação do modelo assistencial”. É preciso aumentar a visibilidade do fato de que, para avançar na construção da integralidade da atenção à população, é necessária a mudança do modelo assistencial de saúde vigente, ainda centrado na doença, para um modelo de saúde hierarquizado, resolutivo, tecnicamente competente, integral, universal, humanizado e ético (BRASIL, 2006).

Outro aspecto, que particularmente afetou a AP 5.1, e que no setor saúde considera-se como um fenômeno relevante que tem o poder de interromper uma iniciativa em curso. Trata-se da mudança de gestores a cada troca de Prefeito, Governador ou Presidente da República, provocando o que se conhece amplamente como “descontinuidade administrativa” (NOGUEIRA, 2006). Devido à mudança do

Governo Municipal⁶⁷, em janeiro de 2009, houve um reposicionamento dos quadros de gestão em todos os níveis, gerando redirecionamentos de ações que estavam em curso. Foram extintos os Grupos de Apoio Técnico (GAT) da ESF e se implantou o que se chama hoje de coordenação da Saúde da Família na CAP, cuja implantação ocorreu no início de 2009⁶⁸. Na área estudada, a maioria dos profissionais do GAT inicialmente foi lotada em outras APs, tendo alguns posteriormente retornado. Essa interrupção trouxe consequências, entre elas a descontinuidade da utilização da PMSPI e no acompanhamento das equipes.

A redistribuição de profissionais, com acúmulo relevante de experiência na gestão loco-regional, pode ter um aspecto positivo se considerarmos que sua *expertise* pode ser útil independente do local de trabalho. Por outro lado, iniciativas interessantes correm o risco de serem descontinuadas sem a oportunidade de serem avaliadas e se consolidarem na cultura institucional. É provável que isto esteja ocorrendo em inúmeros municípios do país, gerando um desperdício de recursos e desgaste e desmotivação profissional.

Segundo Nogueira (2006), a “descontinuidade administrativa” é uma das características marcantes do setor público. É revelada na interrupção de obras, projetos e programas quando ocorre à mudança de gestão no setor público, seja na esfera federal, estadual ou municipal. Ao ser administrado por novas chefias, as quais impõem seus métodos de trabalho, novas idéias e princípios (ou nenhum princípio), o serviço público muda de feição a cada novo gestor público.

Termino esta discussão, reafirmando as idéias de Néri (2001), que afirma que estudos sobre condições que resultem uma melhoria da qualidade de vida na velhice, demonstrando as especificidades da própria velhice, são de grande importância científica e social. Seus resultados podem contribuir para o conhecimento dos limites do ser humano e auxiliar na criação de alternativas de intervenção para esta crescente parcela da população.

O interessante nos resultados apresentados é que, em meio a inúmeras pressões e situações urgentes que incluem epidemias, inundações, violência explícita, agravos de várias naturezas acometendo crianças e adultos jovens, demandando intervenções numa rede tão complexa, gestores de âmbito loco-

⁶⁷ A mudança do Governo Municipal, no início de 2009, sai Prefeito César Maia (gestão até dezembro de 2008) e entra Prefeito Eduardo Paes (gestão 2009-2012).

⁶⁸ Fonte: SMSDC/Coordenação da Estratégia de Saúde da família, fevereiro de 2010.

regional perceberam a importância de uma abordagem coletiva efetiva na gênese e enfrentamento dos problemas de saúde da população idosa.

CAPÍTULO 8 - CONSIDERAÇÕES FINAIS

Analisar o processo de implantação e monitoramento da Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa numa área programática do Município do Rio de Janeiro permitiu levantar várias questões relevantes para o debate sobre a assistência à saúde do idoso na Atenção Básica e, em especial, na Estratégia de Saúde da Família. Esta modalidade de atenção à saúde que a Estratégia de Saúde da Família propõe, têm um papel fundamental na construção da possibilidade de um envelhecimento saudável e digno para a população brasileira. Porém, inúmeros desafios ameaçam esta construção, em diferentes esferas: pessoal, institucional e cultural, num contexto epidemiológico marcado pela pressão crescente das doenças crônico-degenerativas, a continuidade das doenças infecto-contagiosas e a maior visibilidade de “patologias sociais”.

Assim sendo, o presente estudo investigou as iniciativas adotadas pela GPI/SMSDC-RJ e pela AP 5.1 na implantação e monitoramento da CSPI, com a premissa de que é possível produzir e analisar dados em nível loco-regional com a agilidade necessária para a adequada tomada de decisões.

Na análise da implantação da CSPI na AP 5.1, é possível identificar:

- Construção de iniciativas dentro do território por parte dos gestores locais, dentre elas a elaboração de um instrumento de monitoramento da saúde da pessoa idosa;
- Sensibilização e capacitação dos profissionais da ESF para as questões referentes ao envelhecimento;
- Ampliação da discussão quanto à utilização de instrumentos de coleta de dados e sua sistematização;
- Com o deslocamento dos profissionais para outras APs, o papel deles como multiplicadores;
- Insuficiência de profissionais e de articulação da rede;
- Desconhecimento acerca da CSPI pelas unidades de saúde externa a ESF.

É importante assinalar que a atenção ao idoso é uma prioridade emergente no Brasil, visto o aumento significativo desta faixa etária, tornando, assim, necessário se criar alternativas que, de fato, respondam às necessidades deste grupo populacional. Esse alerta não é novo, há pelo menos duas décadas

gerontólogos e geriatras vêm alertando para os problemas futuros que teremos com o aumento da população idosa no próximo milênio (KALACHE, 1987). Ou seja, a previsão é que em 2025 seremos a 6ª população mundial de idosos e este fato passa a ser uma "questão social" por diversos motivos: precisamos ter, em caráter de urgência, uma infra-estrutura básica de atendimento aos idosos que lhes garantam uma boa qualidade de vida e não apenas uma vida prolongada, uma sobrevida.

Conforme analisado no corpo deste estudo, a implantação da CSPI, mediada inicialmente pela ESF, é válida e necessária. A mudança do modelo vigente, ainda pautado na doença (individual), para um que compreenda o indivíduo no contexto das relações sociais e através dos ciclos de vida demanda mudanças profundas nos processos de trabalho, incluindo a tecnologia da informação e capacidade crítica e analítica dos dados. Cabe assim enfrentar aspectos técnicos, institucionais e culturais adversos: a frágil capacitação dos profissionais de saúde para da ESF, e ainda a precária interligação das unidades da rede, o desconhecimento de como lidar com instrumentos de coleta de dados, sua sistematização, análise e planejamento daí decorrente, além de desconstruir o escasso valor social dado ao idoso na sociedade.

Evidencia-se a necessidade de processos de desenvolvimento profissional dialogados, mediados, por exemplo, pela educação permanente (RIBEIRO e MOTTA, 1996), abrangendo temas relativos ao envelhecimento saudável (o qual também pode beneficiar a saúde dos próprios profissionais de saúde) e prevenção e cuidado da pessoa idosa, suporte social e o papel da família, além de apoiar os profissionais das redes municipais a perceberem a riqueza e sofisticação teórica e metodológica do raciocínio territorial aplicado ao setor saúde, fundamentado no uso adequado da informação.

É muito importante oferecer também oportunidades de desenvolvimento profissional para os milhares de profissionais de saúde (muitos dos quais bastante motivados, como os entrevistados neste estudo), que atuam nos níveis intermediários de gestão do SUS: distritos sanitários, unidades de saúde, ações programáticas em nível loco-regional. Cabe o registro da pertinência dos Grupos de Trabalho criados na SMSDC-RJ, não apenas os com foco na temática da informação em saúde, mas também de outras temáticas que contribuem para seu

desenvolvimento e indiretamente, para aprimoramento de aspectos do processo de trabalho.

A Gerência do Programa de Saúde do Idoso vem realizando encontros técnicos científicos mensais, onde são convidados os profissionais de toda a rede municipal de saúde, ampliando a discussão do envelhecimento na SMSDC, e pode fortalecer a problematização da implantação da CSPI para além da própria ESF⁶⁹. Para sensibilizar profissionais de outras unidades e níveis de atenção. Será muito interessante contar com dados acerca do monitoramento da CSPI que informem um debate crítico que ultrapasse o nível das boas intenções e foque na reflexão crítica de práticas concretas.

Deste modo, infere-se que a CSPI poderá ser efetivamente tomada como instrumento de fortalecimento da gestão da saúde da pessoa idosa, fornecendo indicadores para o planejamento e organização de ações de promoção, recuperação e manutenção da saúde do cidadão idoso da Cidade do Rio de Janeiro. Para tal, é possível aprimorar o instrumento PMSPI, criado para espelhar os registros da CSPI (e até incluir outros, por exemplo, a questão da violência contra a pessoa idosa), estando, porém acessível às unidades e para as CAPs.

No entanto, é importante apontar que este trabalho teve como limitação ter sido focada apenas uma CAP, na percepção dos gestores da ESF. Não foi possível escutar representantes dos profissionais das unidades de SF nem os idosos da área, o que poderia ter agregado outras considerações importantes sobre a implantação da CSPI, investigações que poderão ser realizadas em momento subsequente.

⁶⁹ Já existe a intenção do Ministério da Saúde de implantar nas unidades de saúde básica (tradicionais) da rede municipal a CSPI, e novamente é a GPI que vai coordenar este processo.

REFERÊNCIAS

AGUIAR, A.; CORDEIRO, H. Integração Horizontal e Vertical no Currículo Médico no Contexto das Novas Diretrizes Curriculares: o curso de medicina da Universidade Estácio de Sá. **Revista Bras. Edu. Med.**, Rio de Janeiro, v.28, n.2, p.164-172, maio/ago. 2004.

ANTUNES, Ricardo. **Adeus ao Trabalho?** Ensaio sobre as Metamorfoses e a Centralidade do Mundo do Trabalho. 7ª ed. Versão Ampliada – São Paulo: Cortez, 2000.

BARBOSA, D.C.M. **Sistema de informação em saúde:** a percepção e a avaliação dos profissionais diretamente envolvidos na atenção básica de Ribeirão Preto. 2006. 111 p. Dissertação de Mestrado. Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo.** São Paulo: Edições 70, 1979.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil** Brasília, DF: Senado Federal, 1988.

_____. Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990. **Lei Orgânica da Saúde.** Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial [da] União, Brasília, DF, 20 set. 1990a.

_____. Lei 8.142, de 28 de dezembro de 1990. **Lei da Gestão do Sistema Único de Saúde.** Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 31 dez. 1990b.

_____. Lei n. 8.742, de 07 de dezembro de 1993. **Lei Orgânica da Assistência Social.** Dispõe sobre a organização da Assistência Social e dá outras providências. **Diário Oficial [da] União,** Brasília, DF, 08 dez. 1993. Brasília: Ministério do Desenvolvimento Social, 1993.

_____. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Conselho Nacional de Assistência Social. Resolução nº 145, de 15 de outubro de 2004. Dispõe sobre a **Política Nacional de Assistência Social.** Diário Oficial da União, Brasília, DF, 28 de out. 2004.

_____. Ministério da Saúde. **Programa de Saúde da Família:** saúde dentro de casa. Brasília: Ministério da Saúde, 1994.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde da Família**: uma estratégia de organização dos serviços de saúde. Brasília, DF, 1996.

_____. Ministério da Saúde. **Saúde da Família**: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial da Saúde. Brasília, DF: Secretaria de Assistência à Saúde, Coordenação de Saúde Comunitária, 1997.

_____. Portaria 1.395, de 10 de dezembro de 1999. **Política Nacional de Saúde do Idoso**: Brasília: Ministério da Saúde, 1999.

_____. Ministério da Saúde. Lei 10.741, de 1 de outubro de 2003. Dispõe sobre o **Estatuto do Idoso** e dá outras providências. Diário Oficial [da] União, Brasília, DF, 03 out. 2003.

_____. Ministério da Saúde. Departamento Nacional de Auditoria do SUS. Coordenação Geral de Desenvolvimento, Normatização e Cooperação Técnica. Auditoria no SUS: **Noções básicas sobre sistemas de informação**. Brasília, 2004, 94 p. (Série A. normas e manuais técnicos).

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 399, de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o **Pacto pela Saúde 2006** – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Poder Executivo, Brasília, DF, 23 fev. 2006b, p.43-51.

_____. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde**. Portaria n. 687/GM. Brasília: Ministério da Saúde, 2006e.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 2528, de 2006. Aprova Política Nacional da Saúde da Pessoa Idosa. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 20 out. 2006c. p.142-148.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa**: manual de preenchimento. Brasília: Ministério da Saúde, 2006d. 24p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos)

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Básica. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica** – Portaria 648/GM. Brasília, DF:2006a. 60p. (Série A: Normas e Manuais Técnicos – Pactos pela Saúde 2006, 4).

_____. Ministério da Saúde. **Avaliação para Melhoria da Qualidade da Estratégia de Saúde da Família** (AMQ). Guia de Implantação Municipal. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006f. (Documento técnico)

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. **Dialogando sobre o Pacto pela saúde** / MS, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, Departamento de Apoio à Gestão Participativa. Brasília: MS, 2007, 48p. (Série B. Textos Básicos de Saúde).

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 154, de 24 de janeiro de 2008. **Aprova os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF)**. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

_____. Ministério da Saúde. Portal da saúde. Disponível em: www.saude.org.br. Acesso em: 21 out. 2009.

BRUNDTLAND, H. In: **Envelhecimento ativo: uma política de saúde**. WORLD HEALTH ORGANIZATION. Tradução de Suzana Gontijo. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde, 2005, p. 8-9.

BUSS, P.; PELLEGRINI, A. Agência Fiocruz de notícias/artigos. Disponível em: www.fiocruz.br/ccs/cgi. Acesso em: 18 mar, 2009.

CAMPINAS, L.L.S.L.; NEGRINI, M.R. Perfil epidemiológico como parâmetro para análise de saúde populacional. **O Mundo da Saúde**, São Paulo, v. 29, n. 01, p. 49-62, 2005.

FERREIRA, M. G. S.; MELLO, E. S. **Qualificação Profissional: a experiência da Gerência do Programa de Saúde do Idoso**. 2009. Trabalho apresentado no 47º Congresso Científico do Hospital Universitário Pedro Ernesto, Rio de Janeiro, 2009.

HONORATO, C. T.; BARRETO, A.V.P. **Manual de Sobrevivência na Selva Acadêmica**. 2. ed. Rio de Janeiro: Objetivo Direto, 1998.

IBGE. **Síntese dos indicadores sociais**. Rio de Janeiro, 2005.

_____. **Síntese de Indicadores Sociais do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística**. Rio de Janeiro, 2008.

JUNQUEIRA, L.A.P. Novas formas de gestão na saúde: descentralização e intersetorialidade. **Rev. Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 6, n. 2, p.31-46, ago./dez, 1997.

LIMA-COSTA, M. F.; FIRMO, J.O.A.; UCHOA, E. **A estrutura da auto avaliação da saúde entre idosos: Projeto Bambuí**. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 38, n. 6, dez, 2004.

KALACHE, A; et al. **Envelhecimento da população mundial: um desafio novo**. **Saúde Publica**. São Paulo, 21 (3): 200-10, 1987.

MINAYO, M.C.S. **Violência contra idosos**: relevância para um velho problema. Cadernos de saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 2-11, jun, 2003.

_____, M.C.S.; HARTZ, Z. A.; BUSS, P.M. Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. **Cien Saúde Colet**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, p. 7-18, 2000.

MOTTA, L. B. **Atenção integral ao idoso no contexto da Estratégia de Saúde da Família**: um olhar sobre a formação e práticas médicas. 2008. 166 f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2008.

NEGRI, B. **Assistência básica de saúde**: menos doença, mais vida. 2000. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br/apresenta/acoes/assistencia.htm>>. Acesso em: 28 out. 2008.

NÉRI, A.L. **Envelhecimento e qualidade de vida na mulher**. Gerontologia, v. 9, n. 1, p. 6-13, 2001a.

_____, A.L. **Desenvolvimento e envelhecimento**: perspectivas biológicas e sociológicas. Campinas: Papyrus, 2001b.

NOGUEIRA, F.A. **Continuidade e descontinuidade administrativa em governos locais**: fatores que sustentam a ação pública ao longo dos anos. 2006.139p. Dissertação (Mestrado em Administração de Empresas) - Escola de Administração de Empresas de São Paulo, São Paulo, 2006.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Relatório mundial sobre violência e saúde**. Genebra, 2002.

PAIM, J. S. Modelos de atenção e vigilância da saúde. In: ROUQUAYROL, M. Z.; ALMEIDA FILHO, N. (Orgs.) **Epidemiologia e saúde**. 6.ed. Rio de Janeiro: MEDSI, 2003. p.567-586.

PRADO, S. D. **Novas demandas na formação de profissionais em face do envelhecimento da população brasileira**. Textos sobre Envelhecimento, Rio de Janeiro, v. 8, n. 3, jan. 2005. PRADO

PREFEITURA MUNICIPAL DO RIO DE JANEIRO. Câmara Municipal do Rio de Janeiro. **A ponta do iceberg. Relatório da Comissão Parlamentar de Inquérito, criada pela Resolução n.º 997/2005**, com o objetivo de investigar as causas do déficit financeiro na Secretaria Municipal de Saúde, bem como identificar as causas da falta de profissionais na área de saúde do Município. Rio de Janeiro, 2005.

RAMOS, M.P. Apoio social e saúde entre idosos. **Sociologias**, v. 4, n. 7, p. 156-175, jan./jun. 2002.

RAMOS, T.B. Sistemas de indicadores e índices ambientais. In: Congresso Nacional dos Engenheiros do Ambiente, 4., 1997, Portugal. **Comunicação...** Portugal: APEA, 1997. p. IV33-IV43.

REVISTA DA FONOAUDIOLOGIA, NÚMERO 83, OUT/NOV/DEZ – 2009, p. 12-13, CONSELHO REGIONAL DE FONOAUDIOLOGIA 2ª REGIÃO – entrevista com Alexandre KALACHE. Disponível em: <http://www.fonosp.org.br> (Acessado em 09/11/2009)

RIBEIRO, E. C. O; MOTTA, J. I. J. **Educação permanente como estratégia na reorganização dos serviços de saúde.** Divulgação em Saúde para Debate, Londrina, n. 12, p. 39-44, jul,1996.

SANTOS, M. **O país distorcido:** o Brasil, a globalização e a cidadania. São Paulo: Publifolha; 2002.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE E DEFESA CIVIL. Resolução nº. 431, de 14 abril de 1993, institui **Áreas de Planejamento Sanitária** (APS) na Cidade do Rio de Janeiro. Publicado no DO RIO, de 16-04-1993, p.14.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE E DEFESA CIVIL. Subsecretaria de Promoção, Atenção Primária e Vigilância em Saúde. Coordenadoria de Saúde da AP 5.1. **Relatório de Gestão 2008 – 2009.** 32p.

SECRETARIA MUNICIPAL DE URBANISMO. Instituto Municipal de Urbanismo Pereira Passos. Secretaria Municipal de Saúde. **1ª Pesquisa sobre condições de saúde e vida de idosos da Cidade do Rio de Janeiro,** 2006. Rio de Janeiro: SMU/IPP/SMS, 2006. 208p. il., mapas.

SILVESTRE, J. A.; COSTA NETO, M. M. Abordagem do idoso em programas de saúde da família. **Cad. Saúde Pública,** Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 839-847, jun. 2003.

VERAS, R. P. **Pais jovem com cabelos brancos:** a saúde do idoso no Brasil. Rio de Janeiro: Relume Dumará: UERJ, 1994.

VIEIRA, E. B. **Manual de Gerontologia.** Um guia teórico prático para profissionais e cuidadores e familiares. Rio de Janeiro: Revinter, 1996.

WACQUANT, L. **Corpo e Alma:** notas etnográficas de um aprendiz de boxe. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 2002.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Towards age-friendly primary health care. France: WHO, 2005. (Active ageing series)

APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está convidado a participar da pesquisa cujo título é: Implantação e Monitoramento da Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa na Estratégia de Saúde da Família: a experiência da Área Programática 5.1 do Município do Rio de Janeiro.

Você foi selecionado porque é um profissional de saúde que atuou no Grupo de apoio Técnico da Estratégia de Saúde da Família, da Área Programática 5.1, da cidade do Rio de Janeiro. Sua participação não é obrigatória. A qualquer momento você pode desistir de participar e retirar seu consentimento, sabendo que sua recusa não trará nenhum prejuízo em relação com o pesquisador ou com a instituição na qual trabalha.

O objetivo geral deste estudo é analisar o processo de implantação e monitoramento da Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa na Área Programática 5.1 da Cidade do Rio de Janeiro.

Sua participação nesta pesquisa consistirá em dar a sua opinião respondendo a um roteiro de entrevista, será utilizado um gravador para auxiliar a captar suas respostas.

Asseguramos que os dados pessoais que identificam os informantes serão mantidos em sigilo. As informações serão manipuladas somente pelo grupo de pesquisadores. A divulgação das informações será manipulada somente pelo grupo de pesquisadores. A divulgação das informações será em conjunto com as respostas de outras pessoas entrevistadas. Sua participação não envolve risco pessoal ou profissional e não será remunerada. Os dados coletados ajudarão a compreender melhor a abordagem do problema no âmbito da Estratégia de Saúde da Família.

Em caso de dúvida sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento, você poderá esclarecê-las pelo telefone ou por email:

- Pesquisadora: Margareth G. Sgambato Ferreira - (21) 9807-6680 – sgambatomeg@ig.com.br
- Orientadora: Profa. Dra. Adriana Aguiar - Tel: (21) 3231-6135 – adriana.aguiar@estacio.br
- Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil – (21) 2503-2024 ou 2503-2026 – www.saude.rio.rj.gov.br/cep

Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa e concordo em participar.

Rio de Janeiro, _____ de _____ de 2009.

Documento de identificação: _____.

Nome: _____.

Assinatura: _____

APÊNDICE B – ROTEIRO DE ENTREVISTA

Informante chave número _____ Data: ____/____/2009.

Roteiro de entrevista – profissional do ex-GAT da AP 5.1.

- 1) Há quanto tempo trabalha na SMSDC/PCRJ? _____
- 2) O que o (a) levou a trabalhar no Grupo de Apoio Técnico (ex-GAT)?
(Quando/tempo?)
- 3) Como era sua atividade de supervisão como integrante da equipe do GAT da ESF da AP 5.1?
- 4) Você fez algum curso ou treinamento sobre saúde comunitária ou saúde da família?
- 5) Você fez algum curso ou treinamento sobre saúde do idoso?
- 6) Como você percebe a prestação de serviços à população idosa da AP 5.1?
- 7) Como a Estratégia de Saúde da Família (ESF) pode atuar na Atenção à saúde da pessoa idosa?
- 8) Como foi o processo de implantação da Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa (CSPI) na AP 5.1? Qual foi seu papel neste processo?
- 9) Quais foram as estratégias de sensibilização dos profissionais da ESF para o preenchimento da CSPI?
- 10) Para que o instrumento Planilha de Monitoramento da Saúde da Pessoa Idosa foi elaborado? Como você interpreta essa iniciativa?
- 11) Qual foi o critério de escolha dos indicadores utilizados nesta planilha? Qual a relação com a CSPI?
- 12) Quais foram as principais dificuldades na implantação deste instrumento, a Planilha de Monitoramento da Saúde da Pessoa Idosa? (resistência dos profissionais?)
- 13) Você acha que os dados do instrumento de Monitoramento da Saúde da Pessoa Idosa refletem de fato a saúde do idoso em cada micro área? (Por quê?)
- 14) Como você acha que deve ser a análise dos dados e qual poderia ser a contribuição no planejamento da área?

- 15) O que você mudaria neste instrumento – a planilha, após ter analisado o consolidado dos dados de 2008, ou seja, o que excluiria ou acrescentaria?
- 16) Atualmente você está lotada em outra área (AP--), mas continua vinculada ao trabalho com a população idosa, você pretende utilizar esse instrumento - a Planilha de Monitoramento da Saúde da Pessoa Idosa, nesta área?
- 17) Considerando sua experiência na AP 5.1 no processo de implantação da CSPI e na elaboração do instrumento de Monitoramento da Saúde da Pessoa Idosa, o que trouxe de contribuição para sua prática profissional?
- 18) Ponderando os resultados do consolidado da Planilha de Monitoramento da Saúde da Pessoa Idosa - 2008.
- a) Algo lhe chamou a atenção no consolidado dos dados da planilha?
 - b) Existe um item na planilha que se refere ao tema de maus tratos contra a pessoa idosa, por quê no consolidado do instrumento não consta nenhuma citação desse indicador?
 - c) Porque a inclusão do indicador “idosos cadastrados mais de 65 anos” apenas no 2º semestre?
 - d) Referente ao indicador “idosos que apresentaram caderneta”, qual a sua interpretação sobre o resultado?
 - e) Observando especificamente o 3º e 4º trimestres, verifica-se um aumento de 50% da população idosa na área. Qual a sua percepção desse fato?
 - f) Quando o idoso da área era classificado como frágil (de acordo com a classificação da CSPI) quais seriam as consequências visando à atenção a saúde desse idoso?

ANEXO A - CADERNETA DE SAÚDE DA PESSOA IDOSA

1. TEXTO DE APRESENTAÇÃO

O Estatuto do Idoso representou uma grande conquista social e um marco na garantia de direitos. Nele foi destacada a atenção integral à saúde do idoso pelo Sistema

Único de Saúde, assim como a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa.

A Constituição Federal coloca a saúde como um direito de todos e é um dever do Estado garanti-la. O Ministério da Saúde está disponibilizando agora a Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa. Este documento faz parte de uma estratégia para o acompanhamento da saúde de nossa população idosa.

Nessa Caderneta serão registradas informações importantes sobre as condições de sua saúde e irá auxiliar os profissionais de saúde sobre quais as ações necessárias para

que você tenha um envelhecimento ativo e saudável. Com ela você poderá acompanhar

a evolução de sua saúde.

Essa é mais uma ação que traduz o compromisso de todos os gestores com a saúde integral da população idosa.

Ande sempre com sua Caderneta e não se esqueça de levá-la nas consultas com os profissionais de saúde.

Envelhecer com saúde é um direito seu de cidadania. Mas não se esqueça de fazer a sua parte praticando alguma atividade física: ande, dance, namore, faça todas as coisas

que te dê prazer. Participe das atividades de sua comunidade. Saia com seus amigos e

amigas. Pratique saúde com sua família passeando e se divertindo juntos.

Lembre-se sempre que envelhecer não é sinônimo de doença e se notar qualquer alteração no seu dia a dia procure o serviço de saúde mais próximo de você.

2. MINHA IDENTIFICAÇÃO

Nome:

Como eu sou mais

conhecido: _____

Nº Cartão do SUS:

Documento de Identidade:

Sexo: () masculino () feminino

Data de nascimento: ___/___/_____

Endereço:

Nº _____

Complemento _____

Bairro:

Ponto de Referência:

CEP: _____

Cidade: _____

Estado: _____
 Telefone: _____ Celular: _____
 Estado Civil: () Casado () Solteiro () Viúvo () Separado () Outros
 Minha escolaridade:
 () Analfabeto () até 4 anos () 4 a 8 anos () 8 anos ou mais
 Sou aposentado: () Sim () Não
 Minha ocupação antes de aposentar:

Minha ocupação atual:

Grupo sanguíneo: _____ Fator RH: _____
 Meus hábitos de vida:
 FUMO () Não () Sim
 () Fumo Frequentemente () Fumo Raramente () Parei de fumar
 Tipo: _____
 Quantidade: _____
 Tempo: _____

BEBIDA ALCÓOLICA () Não () Sim
 () Bebo Frequentemente () Bebo Raramente () Parei de beber
 Tipo: _____
 Quantidade: _____
 Tempo: _____

ATIVIDADE FÍSICA () Não () Sim
 () Faço Frequentemente () Faço Raramente () Parei de fazer
 Tipo: _____

Frequência: _____
 Tempo: _____

3. MORAM COMIGO _____ PESSOAS
 4. FICO SOZINHO A MAIOR PARTE DO DIA? () SIM () NÃO
 5. PESSOA QUE PODERIA CUIDAR DE MIM CASO EU PRECISASSE
 Nome: _____

Grau de
 vínculo: _____
 Esta pessoa mora próximo de mim? () Sim () Não
 Endereço: _____
 Nº _____
 Complemento:

Bairro:

Ponto de referência:

CEP: _____
 Cidade: _____
 Estado: _____ Telefone: _____ Celular: _____
 Eu necessito de cuidados para o dia a dia? () Sim () Não
 Obs: _____

6. EM GERAL EU DIRIA QUE A MINHA SAÚDE É:

Categoria

a) Muita Boa b) Boa c) Regular d) Ruim e) Muito Ruim

7. MEUS PROBLEMAS ATUAIS DE SAÚDE SÃO:

1)

2)

3)

4)

5)

6)

7)

8. MEDICAMENTOS QUE ESTOU USANDO, DOSAGEM E QUANTAS VEZES AO DIA

1)

2)

3)

4)

5)

6)

7)

8)

9)

10)

9. MAIS INFORMAÇÕES IMPORTANTES

9.1. INTERNAÇÕES

Ano 2004 2005 2006 2007 2008 2009 2010

Número de internações 1º Sem.

2º Sem.

Obs: _____

9.2. OCORRÊNCIA DE QUEDAS

Ano 2004 2005 2006 2007 2008 2009 2010

Número de Quedas: 1º Sem.

2º Sem.

Obs: _____

9.3 SOU ALÉRGICO OU TENHO INTOLERÂNCIA A:

Medicamentos:

1)

2)

3)

Alimentos:

1)

2)

3)

Agentes ambientais (p. ex., poeira, mofo, fumaça, pêlo de animal):

1)

2)

3)

10. COISAS QUE EU NÃO POSSO ESQUECER

10.1. SEMPRE CARREGAR A MINHA CADERNETA COMIGO PRINCIPALMENTE QUANDO EU FOR AO SERVIÇO DE SAÚDE.

10.2. CONVERSAR COM O PROFISSIONAL DE SAÚDE, TIRAR MINHAS DÚVIDAS E PEDIR ORIENTAÇÕES.

10.3 TOMAR AS MINHAS VACINAS.

10.4. MANTER, SEMPRE QUE POSSÍVEL, MINHA VIDA SOCIAL ATIVA, PRATICANDO EXERCÍCIOS, PARTICIPANDO DE REUNIÕES FAMILIARES E DE AMIGOS.

10.5. COMER ALIMENTOS SAUDÁVEIS.

10.6. EVITAR CIGARRO E BEBIDAS ALCOÓLICAS.

10.7. MINHA ATIVIDADE SEXUAL NÃO TERMINA AOS 60 ANOS, LOGO, DEVO ME PREVENIR DAS DOENÇAS SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS. O USO DO PRESERVATIVO É A MELHOR FORMA DE PREVENÇÃO. A PREVENÇÃO É UM ATO DE AMOR E CUIDADO POR SI E PELO COMPANHEIRO(A)

10.8 SOLICITAR AO PROFISSIONAL DE SAÚDE QUE MANTENHA MINHA CADAERNETA SEMPRE ATUALIZADA

Vacinas Informações sobre a vacina a ser aplicada

Contra influenza

(gripe), a cada ano

Data:

Lote:

Dose:

US:

Ass.:

Data:

Lote:

Dose:

US:

Ass.:

Contra difteria e

tétano, a cada dez

anos

Data:

Lote:

Dose:

US:

Ass.:

Data:
 Lote:
 Dose:
 US:
 Ass.:
 Contra pneumonia
 causada por
 pneumococo, por
 recomendação do
 profissional de saúde

Data:
 Lote:
 Dose:
 US:
 Ass.:

Contra febre amarela,
 a cada dez anos se eu
 for residente em
 regiões onde a doença
 ocorre ou quando eu
 for viajar para essas
 regiões

Data:
 Lote:
 Dose:
 US:
 Ass.:

11. SERVIÇO E TELEFONE ÚTEIS

Disque saúde – 0800 611 997 – serviço gratuito funciona todos os dias das 8 às 18 horas. Pode ser acionado até de orelhão.

SAMU - Serviço de Ambulância Móvel de Urgência – 192

Corpo de Bombeiro – 193

Violência contra a mulher - 180

Site do Ministério da Saúde: <http://saude.gov.br>

E-mail do Ministério da Saúde: idoso@saude.gov.br

Procons – denúncias contra empresas de planos e seguros de saúde.

Secretaria Estaduais e Municipais de Saúde – denúncias de problemas de atendimento no SUS.

Delegacia de Polícia, Ministérios Públicos Estaduais, Conselhos Estaduais e

**ANEXO B - TERMOS DA RESOLUÇÃO DO CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE
196/96 (aprovado em 27/07/09, de acordo com registro no CAAE: 0102.314.308-
09)**

ANEXO C - QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DA CADERNETA DE SAÚDE DA PESSOA IDOSA ANO 2008

Encaminhado para as antigas equipes dos GATs.

GAT: _____

SUPERVISOR: _____

Matrícula: _____ Telefone: _____

- Quantitativo de Módulos/ Unidades existentes na área:

ESF: _____ PACS: _____

Comentários: _____

- Quantitativo de Profissionais atuantes:

Nível superior: _____ Nível médio: _____

Agentes Comunitários: _____

Comentários: _____

- Quantitativo de Idosos cadastrados / atendidos pela ESF/PACS, por Módulos/Unidades, por faixa etária:

60 a 69 _____

70 a 79 _____

80 a 89 _____

90 a 99 _____

100 e + _____

- Quantitativo de Cadernetas recebidas: _____

- Quantitativo de Cadernetas distribuídas, por Módulos/Unidades:

- Responsável pelo preenchimento da Caderneta:

próprio idoso: _____

agente comunitário: _____

médico: _____

enfermeiro: _____

outros profissionais _____

- Pontos positivos na implantação da Caderneta:

-
-
-
- Pontos negativos na implantação da Caderneta:
-
-

- Dificuldades quanto à capacitação dos profissionais para a implantação da caderneta.
-
-
-

- Quantitativo de Idosos que moram sozinhos: _____

- Quantitativo de Idosos Frágeis identificados através da implantação da Caderneta:
-

- Quantitativo de Idosos que sofreram duas ou mais quedas durante este ano: _____

- Quantitativo de Cadernos de Atenção Básica recebidos: _____
 - Utilização pelos profissionais: _____
-
-

Comentários: _____

ANEXO D - PLANILHA DE MONITORAMENTO DA SAÚDE DA PESSOA IDOSA

ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA - GAT 5.1

MONITORAMENTO DA SAÚDE DA PESSOA IDOSA

Equipe:

MÊS :

Data Atendimento	Nome do Idoso	Microárea	Idade	Com a caderneta	Internação no mês	Motivo	Queda no mês	Maus tratos	É acamado	Vacina em dia	Frágil
//											
//											
//											
//											
//											
//											
//											
//											
//											
//											
//											
//											
//											
//											
//											
//											
//											
//											
//											
//											
//											

<u>Legenda :</u>	Com a caderneta no atendimento?	Sim	(S)	Não	(N)	Maus tratos	Não	(N)
	Internação no mês	Sim	(S)	Não	(N)	Hematomas		1
	Queda no mês	Sim	(S)	Não	(N)	Falta de Higiene		2
	Acamado	Sim	(S)	Não	(N)	Feridas/escaras		3
	Frágil *	Sim	(S)	Não	(N)	Abuso psicológico		4
						Abuso sexual		5
					Desnutrição		6	

Obs: Esta planilha consiste no atendimento na unidade ou em VD por enfermeiro, médico, aux. enfermagem ou dentista.