



**UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE**

VIVIANE CRISTINA ULIANA PETERLE

**ANÁLISE DA ATENÇÃO À SAÚDE DO IDOSO NA PERSPECTIVA
DAS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE (RAS)**

Brasília – DF
2013

VIVIANE CRISTINA ULIANA PETERLE

**ANÁLISE DA ATENÇÃO À SAÚDE DO IDOSO NA PERSPECTIVA DAS REDES
DE ATENÇÃO À SAÚDE (RAS)**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde, da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília, como requisito parcial para a obtenção do grau de Mestre em Ciências da Saúde.

Tema da Pesquisa: Educação em Saúde e Tecnologia do Cuidado em Saúde.

Linha de pesquisa: Epidemiologia, Saúde e Educação.

Área de concentração: Saúde Coletiva.

Orientador: Prof. Dr. Elioenai Dornelles Alves

Ficha catalográfica elaborada pela Biblioteca Central da Universidade de
Brasília. Acervo 1006384.

Peterle, Viviane Cristina Uliana.

P479a Análise da atenção à saúde do idoso na perspectiva
das Redes de Atenção à Saúde (RAS) / Viviane Cristina
Uliana Peterle. -- 2013.
160 f. : il. ; 30 cm.

Dissertação (mestrado) - Universidade de Brasília,
Faculdade de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação
em Ciências da Saúde, 2013.

Inclui bibliografia.

Orientação: Elioenai Dornelles Alves.

1. Idosos - Cuidados médicos. 2. Envelhecimento.
3. Sistema Único de Saúde. I. Alves, Elioenai Dornelles.
II. Título.

CDU 616-053.9

VIVIANE CRISTINA ULIANA PETERLE

Análise da atenção à saúde do idoso na perspectiva das redes
de atenção à saúde (RAS)

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde, da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília, como requisito parcial para a obtenção do grau de Mestre em Ciências da Saúde.

Aprovada em 06 de março de 2013.

Banca Examinadora

Prof. Dr. Elioenai Dornelles Alves
Universidade de Brasília – Faculdade de Ciências da Saúde/
Departamento de Enfermagem
Orientador/Presidente

Prof. Dr. Tiago A. Coelho de Souza
Universidade de Brasília - Faculdade de Ciências da Saúde/
Departamento de Odontologia
Examinador/Membro Titular

Dra. Janeth de Oliveira Silva Naves
Universidade de Brasília - Faculdade de Ciências da Saúde/
Departamento de Farmácia
Examinadora/Membro Titular

Profa. Valéria Bertonha Machado
Universidade de Brasília - Faculdade de Ciências da Saúde/
Departamento de Enfermagem

AGRADECIMENTOS

A Deus, em sua figura trina, e a Nossa Senhora, por ter permitido e aberto os caminhos à realização deste sonho.

Ao professor Elioenai Dornelles Alves, amigo, exemplo de cuidado em saúde, aprendido durante o PET-Saúde, e que possibilitou meu ingresso no mundo acadêmico.

A minhas filhas Ana Carolina e Giovana, às suas gargalhadas e brincadeiras que, mesmo sem a compreensão plena ante as ausências pelo trabalho realizado por sua mãe, foram força e luz na minha jornada e por quem acredito que, o cuidar com ética e amor, pode ser a força transformadora para um mundo melhor.

Ao Paulo, meu esposo, por permanecer a meu lado e aceitar minhas escolhas.

Aos meus pais Carmem e Antônio, e especialmente a minha irmã Paôla, pela confiança depositada e por saber que posso contar com eles sempre.

Aos meus sogros Paulo e Marluce, pelas ajudas constantes e compreensão.

À grande amiga Dárcia, amizade descoberta durante o mestrado, pela orientação simultânea a seus afazeres. Apreendi muito com você.

Ao Alexandre, Rosária e Priscila. Mais do que profissionais, foram exemplo de dedicação e amizade.

Aos colegas, professores, funcionários da pós-graduação, em especial às professoras Andréa Faustino e Aline Silveira. Importantes e especiais em cada momento.

Aos colegas da Regional do Paranoá, em especial aos que atuam na atenção à saúde do idoso, preceptores da Residência Médica e residentes, que compartilharam meu sonho, ajudando-me nas árduas tarefas do dia a dia.

Aos idosos da Regional de Saúde do Paranoá, em especial aos do Centro de Convivência do Idoso, pela alegria e estímulo para seguir em frente.

E a todos os meus amigos, pelos momentos de distração, alegria e companheirismo. Contem comigo!

A cada dia que vivo, mais me convenço de que o desperdício da vida está no amor que não damos, nas forças que não usamos, na prudência egoísta que nada arrisca e que, esquivando-nos do sofrimento, perdemos também a felicidade.

Carlos Drummond de Andrade

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Os determinantes do envelhecimento ativo	41
Figura 2 - Do sistema hierárquico para o sistema integrado em rede.	54
Figura 3 - Modelo de Atenção às Condições Crônicas (MACC).....	59
Figura 4 - Atributos essenciais e derivados e as funções da Atenção Primária à Saúde.....	62
Figura 5 - Mapa das Regiões de Saúde no PDR da SES/DF.....	76
Figura 6 - Cobertura populacional da Estratégia Saúde da Família.	77
Figura 7 - Determinantes sociais: modelo de Dahlgren e Whitehead.....	85
Figura 8 - Estrutura operacional das redes de atenção à saúde	109

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1- A expectativa de vida ao nascer, as regiões selecionadas, 1950-1955 a 2005-2010.....	30
Gráfico 2 - Taxa de crescimento total e da população idosa – Brasil.....	31
Gráfico 3 - Composição da população residente, por sexo, segundo os grupos de idade – Brasil – 2010.....	32
Gráfico 4 - Composição da população residente, por sexo, segundo os grupos de idade - Distrito Federal–2010.....	33
Gráfico 5 - Distribuição percentual das pessoas de 60 anos ou mais de idade, por capacidade de andar 100 metros, segundo algumas características – Brasil – 2008.....	38
Gráfico 6 - Proporção de pessoas de 60 anos ou mais de idade que declararam sofrer algum tipo de doença crônica, segundo os principais tipos – Brasil – 2008.....	39

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Taxa de fecundidade total, segundo as grandes regiões – 1940/2010.	31
Tabela 2 - Características demográficas autodeclaráveis dos idosos da APS da Regional do Paranoá/SES/DF -2012, em frequência absoluta e relativa	Erro! Indicador não definido.
Tabela 3 - Frequência absoluta e relativa das doenças autodeclaráveis na população idosa da APS da Regional do Paranoá/SES/DF -2012.	Erro! Indicador não definido.
Tabela 4 - Frequência absoluta e relativa dos determinantes relacionados ao tabagismo, álcool e uso de medicamentos, dos idosos usuários da APS, Regional de Saúde do Paranoá/SES/DF -2012.	103
Tabela 5 - Frequência absoluta e relativa das características de moradia, estado civil e participação de grupos, dos idosos usuários da APS, Regional de Saúde do Paranoá/SES/DF – 2012.....	105
Tabela 6 - Frequência absoluta e relativa do grau de escolaridade, condições de moradia, renda familiar e atividade profissional, dos idosos usuários da APS, Regional de Saúde do Paranoá/SES/DF – 2012.....	108
Tabela 7 - Equipe, modalidade, território e cobertura das vinculadas a APS na regional do Paranoá:	111
Tabela 8 - Programação anual de saúde: demonstrativos orçamentários (2008-2011)	133
Tabela 9 - Comparação dos escores dos atributos da atenção primária à saúde (APS), na percepção dos usuários idosos, regional de saúde do Paranoá/SES/DF-2012.	134

LISTA DE QUADROS

Quadro 1- As características diferenciais dos sistemas fragmentados e das Redes de Atenção Saúde.....	54
---	----

LISTA DE SIGLAS

APAC - Autorização de Procedimentos Ambulatoriais de Alta Complexidade/Custo
APS – Atenção Primária à Saúde
BPA - Boletim de Procedimentos Ambulatoriais
BPC – Benefício de Prestação Continuada
CAPS - Centro de Apoio Psicossocial
CBMDF – Corpo de Bombeiros Militar do DF
CCM – Chronic Care Model
CGS - Coordenações Gerais de Saúde
CICC - Cuidados Inovadores para Condições Crônicas
CNDSS – Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde
CNES - Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
COAP – Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde
CODEPLAN – Companhia de Planejamento do DF
CONASEMS - Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde
CONASS – Conselho Nacional de Secretários de Saúde
CSPa 01 – Centro de Saúde nº 01 do Paranoá
DAS – Diretoria de Atenção à Saúde
DCNT – Doenças Crônicas Não Transmissíveis
DCVPIS – Diretoria de Ciclo de Vida e Práticas Integrativas à Saúde
DETRAN – Departamento de Trânsito
DIESF – Diretoria de Atenção Primária e Estratégia de Saúde da Família
DIRAPS - Diretorias de Atenção Primária à Saúde
DM – Diabetes Mellitus
DRSAI - Doenças Relacionadas ao Saneamento Ambiental Inadequado
DSS - Determinantes Sociais da Saúde
ECG - Eletrocardiograma
ESF – Estratégia de Saúde da Família
FHDF – Fundação Hospitalar do Distrito Federal
FIOCRUZ – Fundação Osvaldo Cruz
FZ – Fundação Zerbini
GAPESF - Gerências de Atenção Primária e Saúde da Família
GDF – Governo do Distrito Federal

HAS - Hipertensão Arterial
IAP - Institutos de Aposentadoria e Pensão
IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
ICS – Índice de Condições de Saúde
IDH – Índice de Desenvolvimento Humano
IDS – Índice de Desenvolvimento Social
IDSE – Índice de Desenvolvimento Socioeconômico
IDSUS - Índice de Desempenho do Sistema Único de Saúde
IESSM – Índice de Estrutura do Sistema de Saúde do Município
ILPI – Instituições de Longa Permanência para Idosos
IPEA – Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
ISAB - Internações Sensíveis à Atenção Básica
KP – Kaiser Permanente
LOAS – Lei Orgânica de Assistência Social
MACC - Modelos de Atenção às Condições Crônicas
MPR – Modelo da Pirâmide de Riscos
NAPESF - Núcleos de Atenção Primária e Saúde da Família
NOAS – Norma Operacional de Assistência à Saúde
NUSI - Núcleo de Atenção à Saúde do Idoso
OMS – Organização Mundial da Saúde
ONG – Organização Não Governamental
ONU – Organização das Nações Unidas
OPAS – Organização Pan-Americana da Saúde
OSCIP - Organização da Sociedade Civil de Interesse Público
PACS - Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PAD-DF – Programa de Assentamento Dirigido do DF
PAISI - Programa de Atenção à Saúde do Idoso
PCATool - Primary Care Assessment Tool
PCPC - Primary Care Policy Center
PDAD – Pesquisa Distrital por Amostra de Domicílios
PDR – Plano Diretor de Regionalização
PMA - Produção de Marcadores para a Avaliação
PNAB - Política Nacional de Atenção Básica
PNAD - Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio

PNI - Política Nacional do Idoso

PNPS - Política Nacional de Promoção à Saúde

PNSPI - Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa

PNUD - Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento

PSC - Programa Saúde em Casa

PSF - Programa Saúde da Família

RA – Região Administrativa

RAS – Rede de Atenção à Saúde

REMA - Reorganização do Modelo Assistencial

RENAME - Relação Nacional de Medicamentos Essenciais

RENASES - Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde do SUS

RIDE-DF - Região Integrada de Desenvolvimento do Distrito Federal

SAPS - Subsecretaria de Atenção Primária de Saúde

SES/DF – Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal

SIA - Sistema de Informações Ambulatoriais

SIAB - Sistema de Informação de Atenção Básica

SIM - Sistema de Informações de Mortalidade

SINAN - Sistema de Informações de Agravos de Notificação

SINASC - Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos

SSA - Situação de Saúde e Acompanhamento das Famílias

STI - Subsecretaria de Tecnologia e Informação

SULIS - Subsecretaria de Logística e Infraestrutura da Saúde

SUPRAC - Subsecretaria de Regulação, Controle e Avaliação

SUS – Sistema Único de Saúde

TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TIC - Tecnologias de Informação e Comunicação

TEIAS - Territórios Integrados de Atenção à Saúde

UBS – Unidade Básica de Saúde

UnB – Universidade de Brasília

UNICEF - The United Nations Children's Fund (Fundo das Nações Unidas para a Infância)

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	19
2. OBJETIVOS	22
2.1. OBJETIVO GERAL.....	22
2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS	23
3. REFERENCIAL TEÓRICO	23
3.1. SITUAÇÃO EM SAÚDE: O PANORAMA DO ENVELHECIMENTO	23
3.1.1. Envelhecimento populacional: relações entre a transição demográfica e epidemiológica.....	24
3.1.2. Indicadores do envelhecimento mundial, no Brasil e no Distrito Federal.....	29
3.1.3. Senilidade e o envelhecimento ativo	35
3.1.4. Determinantes Sociais em Saúde para a população idosa	42
3.2. POLÍTICAS PÚBLICAS EM SAÚDE NO CONTEXTO DA PESSOA IDOSA.....	47
3.3. OS SISTEMAS DE ATENÇÃO À SAÚDE.....	52
3.3.1. Os sistemas fragmentados e as redes de atenção à saúde	53
3.3.2. Modelos de atenção à saúde	56
3.3.3. O papel da Atenção Primária à Saúde na Rede de Atenção à Saúde	60
3.4. POLÍTICAS PÚBLICAS EM SAÚDE NO BRASIL NO CONTEXTO DAS RAS... 63	
3.4.1. Portaria 2.488, de 21 de outubro de 2011: política nacional de atenção básica ¹⁶	63
3.4.2. Portaria no. 4279 de 30 de dezembro de 2010 - RAS no âmbito do SUS ¹¹⁸ ...	66
3.4.3. Decreto 7.508 de 28 de junho de 2011: organização do SUS para as RAS ⁸⁸ .	68
3.4.4. Portaria nº 841, de 02 de maio de 2012 e a RENASES: o idoso e as redes de atenção à saúde ¹²⁵	69
3.5. O SISTEMA DE SAÚDE NA SES/DF COM ÊNFASE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE (APS).....	71
3.5.1. Resgate histórico.....	71
3.5.2. Atualidades: plano de reorganização da atenção primária à saúde no DF.....	75
3.5.3. O núcleo de atenção à saúde do idoso na SES/DF	79
4. MÉTODO	81
4.1. TIPO DE PESQUISA.....	81
4.2. CONTEXTO DA PESQUISA	82

4.2.1. Região Administrativa VII: Paranoá.....	82
4.2.2. Região Administrativa XXVIII: Itapoã	83
4.3. DESCRIÇÕES DOS INSTRUMENTOS PARA A COLETA DOS DADOS	84
4.3.1. População	84
4.3.2. Estrutura operacional	87
4.3.3. Modelos de atenção	88
4.4. PROCEDIMENTOS DE AMOSTRAGEM.....	89
4.4.1. População	89
4.4.2. Estrutura Operacional	90
4.4.3. Modelos de atenção	91
4.5. COLETA DOS DADOS	92
4.5.1. População	92
4.5.2. Estrutura operacional	93
4.5.3. Modelos de atenção	93
4.6. ANÁLISE DOS DADOS	94
4.6.1. População	94
4.6.2. Estrutura operacional	94
4.6.3. Modelos de atenção	96
4.7. CONSIDERAÇÕES ÉTICAS	96
5. RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	97
5.1. POPULAÇÃO.....	97
5.1.1. Características individuais	97
5.1.2. 1ª Camada: comportamentos e estilos de vida	102
5.1.3. 2ª Camada: redes sociais e comunitárias.....	104
5.1.4. 3ª Camada: condições socioeconômicas, culturais e ambientais gerais	107
5.2. ESTRUTURA OPERACIONAL	109
5.2.1. Centro de comunicação	110
5.2.1.1. A experiência do centro de saúde 01 e a sala de acolhimento ao idoso	114
5.2.2. Pontos de atenção (redes temáticas).....	116
5.2.3. Sistemas de apoio (apoio diagnóstico, assistência farmacêutica, informação em saúde)	120
5.2.4. Sistemas logísticos (transporte em saúde, acesso regulado, prontuário clínico, cartão de identificação do usuário).	126
5.2.5. Sistema de governança	130

5.3. MODELOS DE ATENÇÃO	134
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	140
7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	144
ANEXO A – APROVAÇÃO DO COMIT	

RESUMO

Peterle VCU. **Análise da Atenção à Saúde do Idoso na perspectiva das redes de Atenção à Saúde (RAS)**. 2013. 160 f. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília, Brasília, 2013.

Introdução: O envelhecimento, como fenômeno mundial, desponta como um desafio para as organizações públicas e privadas em diversas áreas. Motivado pela constatação da divergência demográfica típica de países em desenvolvimento, e considerando as condições próprias do ciclo de vida da pessoa idosa, além do objetivo da promoção do envelhecimento saudável, torna-se necessário um modelo assistencial que permita garantir o acesso, promova a saúde de maneira integral e a manutenção da capacidade funcional desse segmento, que é quem poderá determinar o maior uso e os custos para o Sistema de Saúde. **Objetivo:** Analisar a Atenção à Saúde da Pessoa Idosa na Regional de Saúde do Paranoá, Distrito Federal, na perspectiva de Redes de Atenção à Saúde (RAS) – população, estrutura operacional e modelos de atenção. **Método:** Fundamentado no trabalho de Mendes (2011) sobre as Redes de Atenção à Saúde, o estudo transversal foi realizado com abordagens quantitativas no que diz respeito a população, por meio da análise amostral da ficha de cadastro dos idosos na Atenção Primária à Saúde, considerando os determinantes sociais em saúde pelo modelo de Dahlgren e Whitehead (1991); e da aplicação do questionário PCATool- Brasil versão adulto (2010) avaliando os atributos da APS na Atenção ao Idoso, pela percepção dos usuários, de modo a comparar os dois modelos de Atenção Primária vigentes: ESF e Centro de Saúde. A abordagem qualitativa foi utilizada para identificar e avaliar a estrutura operacional e os modelos de atenção, através da análise de conteúdo, com a participação de gestores e profissionais de saúde. **Resultados:** Hipertensão arterial (77%), doenças osteoarticulares (42,4%), uso de prótese dentária (72,3%), polifarmácia (82,7%) e não participação em grupos sociais (67,7%) foram os eventos mais encontrados na população idosa. A ausência de fluxos de referência e contrarreferência, pouca oferta de pontos de atenção, descoordenação dos sistemas de informações e centralização da governança, se destacaram em relação ao sistema de saúde local, de modo a refletir nos modelos de APS, onde ambos, apesar da comparação favorecer ora a ESF (longitudinalidade e orientação comunitária), ora o CS01 (acesso de primeiro contato, acessibilidade e integralidade), não atingiram o ponto de corte do instrumento de avaliação dos atributos da APS. **Conclusão:** A população idosa usuária da APS na Regional do Paranoá apresenta graves fragilidades sociais não contempladas na estrutura operacional fragmentada da Atenção a Saúde refletindo na percepção dos usuários sobre o sistema de serviços, já que os dados extraídos demonstram a inexistência de um sistema de atenção em conformidade com as Redes de Atenção a Saúde para o SUS.

Descritores: Sistema de saúde; Atenção Primária à Saúde; Idoso, Envelhecimento; Avaliação de Serviços de Saúde.

ABSTRACT

Peterle VCU. **Analysis of Health Care of the Elderly in the perspective of network Health Care.** 2013. 160 p. Thesis (MA) - Faculty of Health Sciences, University of Brasília, Brasília, 2013.

Introduction: The aging, as worldwide phenomenon, emerging as a challenge for public and private organizations in diverse areas. Motivated by the observation of demographic divergence typical of developing countries, and considering the conditions peculiar to the life cycle of the elderly, in addition to the goal of promoting healthy aging, it is necessary a healthcare model that enables secure access, promotes health holistically and maintenance of functional capacity of this segment, which will determine who is the greatest usage and costs to the health system

Objective: To analyze the Health Care of Older People in Regional Health Paranoá, Distrito Federal, in perspective Network Health Care (RAS) - population, operational structure and models of care. **Method:** Based on work by Mendes (2011) Networks on Health Care, the cross-sectional study was conducted with quantitative approaches with regard to population, by analyzing the sample registration form for older people in primary care, considering the social determinants of health model by Dahlgren and Whitehead (1991), and the questionnaire PCATool Brazil-adult version (2010) evaluating the attributes of PHC in Elderly Care, the perception of users in order to compare the two Primary current models: ESF and Health Center A qualitative approach was used to identify and assess the operational structure and models of care, through content analysis, with the participation of managers and health professionals. **Results:** Hypertension (77%), osteoarticular diseases (42.4%), use of dental prosthesis (72.3%), polifarmacy (82.7%) and non-participation in social groups (67.7%) were the events most commonly found in the elderly population. The absence of reference and counter flows, short supply points of attention, lack of coordination of information systems and centralization of governance, stood out against the local health system, to reflect on the models of APS, where both, despite the Compared to favor either the ESF (longitudinality and community orientation), now the CS01 (first contact access, comprehensiveness and accessibility), did not reach the bridge cutting tool for assessing the attributes of APS. **Conclusion:** The elderly user of the APS Regional Paranoá, presents serious social weaknesses, not included in the operational structure of Primary Health fragmented, reflecting the perception of users on the service system, as the extracted data demonstrate the absence of a care system in accordance with the Network for Health Care for SUS.

Key Words: Health Systems; Primary Health Care; Aged; Aging; Evaluation of health services.

1. INTRODUÇÃO

Seguindo a tendência mundial, nos últimos anos o Brasil vem apresentando um novo padrão demográfico, provocando transformações na composição de sua estrutura etária, que se caracteriza pela redução da taxa de crescimento populacional e um significativo aumento do contingente de idosos. Entre 2000 e 2011, o percentual das pessoas com 60 anos de idade ou mais no conjunto da população passou de 8,6% - quase 15 milhões de pessoas - para 12,1%, ou seja, 23,5 milhões de brasileiros¹.

Considerando a continuidade das tendências verificadas para as taxas de fecundidade e longevidade da população brasileira, as estimativas para os próximos anos indicam que a população idosa poderá exceder 32 milhões de pessoas, chegando a representar 14,6% da população no país em 2025²⁻⁴. Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS, 2011), até 2025 o Brasil será o sexto país do mundo em número de idosos^{2, 5}.

Analisando as características do processo de envelhecimento da população brasileira, verifica-se que essa transformação foi rápida, ocorrendo em poucas décadas e, apesar de já anunciada em outros países, é recente o debate iniciado pela sociedade quanto à sua extensão e às profundas implicações que ela acarreta em vários aspectos da vida social⁶.

Uma população em processo rápido de envelhecimento pode significar um crescente acréscimo de condições crônicas de saúde, já que estas afetam mais os segmentos de maior idade⁷. Estudos do Banco Mundial (2011) concluem que, diante desse cenário, é provável que os gastos em saúde aumentem consideravelmente, levantando duas forças por trás dessa projeção: o aumento da proporção e dos anos de vida de idosos e o aumento da intensidade do uso dos serviços de saúde por essa parcela da população^{8, 9}.

Quanto à alteração da composição etária dentro do próprio grupo, houve um aumento da proporção da população “mais idosa”, ou seja, de 80 anos e mais. Essa faixa etária passou de 0,9% para 1,6% entre 1992 e 2009, o que significa que a população considerada idosa também está envelhecendo¹⁰.

Já os dados da Pesquisa Nacional de Amostra Domiciliar – suplemento sobre a saúde (PNAD, 2008) mostram que 79,1% dos brasileiros de mais de 65 anos de

idade relataram ser portadores de, pelo menos, uma das doze doenças crônicas selecionadas¹¹.

Em contrapartida, existem idosos que são saudáveis, independentes e capazes de gerir sua própria vida. Ainda sim, esses idosos têm maior suscetibilidade de adoecer em comparação a adultos jovens, pelo fato de o maior fator de risco ser a idade¹².

Ao se comentar a necessidade de atenção aos aspectos que ultrapassam a qualidade de vida da pessoa idosa, faz-se notar também as imediatas tomadas de ações em relação a esta população. Quanto à atenção à saúde da pessoa idosa, a finalidade principal é conseguir manutenção de um bom estado de saúde, para que essa pessoa possa alcançar o máximo de vida ativa, com autonomia e independência social¹⁰.

Contudo, o Estado, às voltas com os desafios do controle da mortalidade infantil e doenças transmissíveis, não foi capaz de aplicar estratégias para a efetiva prevenção e para o tratamento das doenças crônico-degenerativas e suas complicações. Em um contexto de importantes desigualdades regionais e sociais, os idosos não encontram amparo adequado no sistema público de saúde e previdência, acumulando sequelas daquelas doenças, desenvolvendo incapacidades e perdendo autonomia e qualidade de vida¹³.

Confirmando essa proposição, na Regional de Saúde do Paranoá, uma das quinze Regionais de Saúde do Distrito Federal (DF) e local de desenvolvimento desse estudo, coexistem duas realidades demográficas. Enquanto na cidade do Itapoã a proporção de idosos representa 4,4% da população total, a população até 14 anos predomina, representando 33,83%. Já na cidade do Paranoá, há o predomínio da população idosa, que representa 8,4% da população total, maior inclusive que a proporção total do Distrito Federal que é de 7,4%¹¹.

Verifica-se que tão importante quanto à magnitude do gasto com saúde é a forma de organização do sistema de saúde e suas condições de acesso⁹. Sendo assim, a organização do sistema de saúde no Brasil, precisa ser ajustada aos diferentes perfis demográficos e epidemiológicos. Além disso, os gastos dependerão essencialmente se esses anos a mais serão saudáveis ou de enfermidades e dependência¹².

A prevenção e o retardamento de doenças e fragilidades, a manutenção da saúde, a independência e a autonomia em uma população mais velha serão os

maiores desafios relacionados à saúde decorrentes do envelhecimento da população. Assim, qualquer política social e de saúde destinada aos idosos deve levar em conta a promoção da saúde e a manutenção da capacidade funcional¹².

A Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa – PNSPI¹⁴ tem como finalidade primordial a recuperação, manutenção e promoção da autonomia e da independência da pessoa idosa, direcionando medidas coletivas e individuais de saúde para esse fim, em consonância com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS). A política propõe a integralidade de atenção à saúde da pessoa idosa com estímulo a ações intersetoriais.

Considerando que a integralidade do cuidado só pode ser obtida em rede, deve haver algum grau de integralidade “focalizada”, mesmo que não seja suficiente, quando uma equipe em um serviço de saúde, por meio de uma boa articulação de suas práticas, consegue escutar e atender da melhor forma possível as necessidades de saúde do indivíduo¹⁵.

Em 2011, o Ministério da Saúde aprovou a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) que define a organização de Redes de Atenção à Saúde (RAS) como estratégia para um cuidado integral e direcionado às necessidades de saúde da população e atribui à Atenção Primária à Saúde (APS) a função de acompanhar e organizar o fluxo dos usuários entre os pontos de atenção das RAS¹⁶.

Na Regional de Saúde do Paranoá/SES/DF, desde 2010 o Programa de Atenção à Saúde do Idoso (PASI) propõe-se a desenvolver ações as quais permitam identificar os idosos residentes na comunidade, acolhê-los através dos serviços de saúde disponibilizados, estratificá-los conforme grau de complexidade que cada caso requer e referenciá-los para continuidade do cuidado, se assim for necessário.

Para isso, o Programa envolve profissionais de diversas especialidades e parcerias com outras instituições, em uma construção coletiva e multidisciplinar do trabalho, buscando a integralidade da atenção.

O motivo que impulsiona o estudo em questão é analisar como estão sendo estabelecidas as relações entre os serviços ofertados à população idosa, na perspectiva das Redes de Atenção à Saúde (RAS) proposta para o SUS.

Propõe-se, aqui, questionar se esses serviços, na prática, se intercomunicam de modo a estabelecer uma estrutura poliárquica de conjuntos de serviços de saúde vinculados entre si por uma missão única, por objetivos comuns e por uma ação cooperativa e interdependente. Da mesma forma, questiona-se se os serviços

permitem ofertar uma atenção contínua e integral a determinada população, coordenada pela atenção primária à saúde e com responsabilidades sanitárias e econômicas por esta população¹⁷.

Além disso, outras questões a serem analisadas: existe relação entre necessidades de saúde da população e o sistema de atenção à saúde? Qual a percepção dos trabalhadores envolvidos na dinâmica da rede? Quais as potencialidade e fragilidades desta rede de Atenção a Saúde?

Este estudo não pretende simplesmente responder a essas questões, mas, especialmente, pretende analisar as relações entre os componentes e os resultados esperados e não esperados dos serviços de saúde. Dessa forma, busca-se produzir evidências que subsidiem o planejamento em saúde e o repensar das práticas, com o objetivo de melhoria da qualidade dos serviços oferecidos, influenciando a qualidade de vida da população usuária.

Assim, a presente dissertação discorre sobre as seguintes questões norteadoras:

- Quais os serviços de Atenção à Saúde da Pessoa Idosa na Regional do Paranoá? Esses serviços se intercomunicam em uma estrutura poliárquica de Rede de Atenção à Saúde (RAS) na perspectiva do SUS?
- Existe relação entre necessidades de saúde da população e o sistema de atenção à saúde?

2. OBJETIVOS

2.1. OBJETIVO GERAL

Analisar a Atenção à Saúde do Idoso na Regional de Saúde do Paranoá/SES/DF na perspectiva das Redes de Atenção à Saúde (RAS) proposta para o SUS.

2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar os elementos constitutivos para a Rede de Atenção a Saúde do Idoso na Regional de Saúde do Paranoá – DF: população, estrutura operacional e modelos de atenção, descrevendo o fluxo assistencial.
- Avaliar a presença e extensão dos atributos da Atenção Primária à Saúde na Rede de Atenção ao Idoso, na percepção dos usuários, comparando os dois modelos de Atenção vigentes: Unidade Básica de Saúde tradicional (UBS) e Estratégia de Saúde da Família (ESF).

3. REFERENCIAL TEÓRICO

Nesse capítulo apresentam-se os referenciais teóricos que suportam a presente dissertação, estruturados conforme os elementos constituintes das redes de atenção à saúde (população, estrutura operacional e modelos de atenção) priorizando-se a Atenção Primária e o contexto da pessoa idosa.

Apresentar-se-ão os principais conceitos acerca do envelhecimento e seus impactos sobre a sociedade. Além disso, será realizada revisão de literatura sobre as políticas públicas no Brasil no contexto da pessoa idosa, bem como os Sistemas de Atenção à Saúde com ênfase nas Redes de Atenção assim como as políticas públicas para a SUS. Será realizada, ainda, explanação quanto ao sistema de saúde na SES/DF especificamente na Atenção Primária à Saúde e ao Idoso no Distrito Federal.

3.1. SITUAÇÃO EM SAÚDE: O PANORAMA DO ENVELHECIMENTO

Para que a análise de situação se viabilize, é necessário dispor de dados de saúde suficientemente específicos em relação aos grupos populacionais a que se pretende atingir. Será preciso, pois, inserir tal diagnóstico em seu contexto social,

político, econômico e cultural, buscando identificar os fatores que determinam a situação insatisfatória¹⁸.

3.1.1. Envelhecimento populacional: relações entre a transição demográfica e epidemiológica

Ao se tratar do período de vida denominado velhice, é necessário distinguir mas também correlacionar os processos arrolados ao envelhecimento individual e ao demográfico. O primeiro pode acontecer em ritmo diferente do cronológico, estabelecido socialmente a depender de fatores biológicos intrínsecos, do modo como o indivíduo vive e as relações que estabelece¹⁹.

Ao mesmo tempo, a inserção desse indivíduo como ser social e fortemente condicionado pelas situações históricas pode influenciar os processos individuais do envelhecimento ao exercer uma forte pressão para a transformação individual e das oportunidades de participação a elas oferecidas¹⁹⁻²¹.

O envelhecimento demográfico, por sua vez, refere-se à mudança da estrutura etária da população, determinada pela redução das taxas de fertilidade e mortalidade infantil, associada ao aumento da expectativa de vida. Essa mudança produz um aumento do peso relativo das pessoas acima de determinada idade, considerada como definidora do início da velhice. Para a OMS, essa idade é estabelecida em 65 anos àqueles residentes em países desenvolvidos e 60 anos àqueles residentes em países em desenvolvimento²²⁻²⁴.

Convém ressaltar que, embora a fecundidade seja o principal componente da dinâmica demográfica, em relação à população idosa, é a longevidade que vem progressivamente definindo sua evolução²².

A Teoria da Transição Demográfica, elaborada na metade do século passado, baseou-se na experiência histórica dos países da Europa Ocidental sendo uma das maneiras utilizadas pelos demógrafos para entender o processo de envelhecimento. Ela consiste em descrever e explicar as tendências de longo prazo de fecundidade e mortalidade, além de prever mudanças futuras²³.

A partir dessa teoria postula-se que os países tendem a percorrer, sucessivamente, quatro estágios na sua dinâmica populacional, que passa de uma situação de fecundidade e mortalidade elevadas (com populações

predominantemente jovens), para uma situação com fecundidade e mortalidade baixas (com aumento da proporção de velhos)^{23,24}.

No entanto, ao se estudar o envelhecimento de uma população, mais do que uma análise de indicadores demográficos, deve-se incluir obrigatoriamente os aspectos socioeconômicos e culturais, de modo que os desafios, as consequências, as mudanças e as perspectivas que esse processo traz consigo possam ser percebidos e influenciem as políticas sociais a serem adotadas diante desse fenômeno^{25,26}.

A transição demográfica ainda permite associar suas fases a padrões predominantes de morbidade, já que os agravos à saúde prevalentes na população alteram-se de par com as demandas demográficas^{27,28}. Este processo, o qual Omran (1971) descreveu como transição epidemiológica, refere-se às modificações, em longo prazo, dos padrões de morbidade, invalidez e morte os quais caracterizam uma população específica e que, em geral, ocorrem em conjunto com transformações demográficas, sociais e econômicas²⁹.

Essa teoria, já reformulada por outros autores, preconiza a evolução progressiva de um perfil de alta mortalidade por doenças infecciosas para outro em que predominam os óbitos por doenças cardiovasculares, neoplasias, causas externas e demais doenças consideradas crônico-degenerativas²⁹. Com isso, o perfil de morbimortalidade pode ser considerado um indicador relativamente sensível das condições de vida e do modelo de desenvolvimento de uma população, sendo o resultado da interação de diversos fatores interdependentes³⁰.

A dimensão epidemiológica que acompanha o envelhecimento populacional acena para o crescimento das despesas decorrente da mudança no padrão de enfermidade e necessidade de planejamento social amplo em face das questões advindas do envelhecimento populacional, uma vez que viver mais sem qualidade não é uma vitória e sim motivo de preocupação^{31,32}.

Os modos de produção do capital e de reprodução humana interagem para determinar a estrutura econômica e demográfica (fertilidade, mortalidade e migração) de uma população. Além disso, fatores ambientais e socioculturais devem ser considerados, não sendo possível, portanto, separar fatores biológicos de sua relação com fatores históricos, socioeconômicos e ambientais³⁰.

Essas considerações podem explicar por que o fenômeno de envelhecimento vem ocorrendo de maneira e com cronologia diferente no mundo. O marco

determinante dessa diferença na transição demográfica e epidemiológica mundial pode ser atribuído inicialmente à Revolução Industrial, que teve sua primeira fase na Inglaterra no final do século XVIII, onde ocorreu um descompasso crescente entre países industrializados, economicamente desenvolvidos, e países não industrializados, ou de economia dependente³³.

Outros autores atribuem tal diferença a um sistema governamental de organização de políticas sociais voltadas à proteção dos trabalhadores - força de produção – até o Estado de Bem Social contemporâneo que separa as várias experiências nacionais do mesmo *welfare state*. Sem falar de sua diferença com o “*welfare*” que foi sendo construído em algumas periferias capitalistas, em particular no caso latino-americano³⁴.

Sabe-se, contudo, que o gradual e progressivo desenvolvimento tecnológico, impulsionado pela industrialização, aliado aos avanços científicos marcantes em diversas áreas, modificaram as condições de vida e o perfil demográfico de países como a Inglaterra, o Centro-Oeste da Europa, o Japão e os Estados Unidos³⁵.

Simultaneamente, a elevação do nível de vida da população, traduzido pela urbanização adequada das cidades, melhoria nutricional, elevação dos níveis de higiene pessoal, melhores condições sanitárias em geral e, particularmente, condições ambientais no trabalho e nas residências, muito melhores que anteriormente, reduziram as taxas de mortalidade. A elevação do nível cultural e de renda apresenta estreita relação com a queda da fecundidade³³.

Dados históricos mostram que a porcentagem de crianças nascidas em Londres, que morreram antes de cinco no de idade diminuiu de 74,5% em 1730-1749 para 31,8% em 1810-1829. Portanto, o envelhecimento populacional (fecundidade e mortalidade baixas) nesses países já ocorria dentro de um contexto socioeconômico favorável²³.

Somente a partir do século XX, especialmente após a 2ª Guerra Mundial, os países em desenvolvimento na América Latina, na Ásia e na África passaram por processos de industrialização. Nesses, a presença do Estado no processo de industrialização e das empresas multinacionais foram as fontes determinantes que impulsionaram esse processo³⁵.

De maneira avessa à ocorrida nos países do mundo desenvolvido, a industrialização não resultou necessariamente na melhoria de vida das populações, ou no desenvolvimento dos países. Pelo contrário, esse processo nos países

subdesenvolvidos se deu de forma dependente de capitais internacionais, o que gerou um aprofundamento da dependência externa, sendo os problemas ambientais urbanos mais sérios, decorrentes do rápido processo migratório e agravados pelos problemas sociais³⁵.

No Brasil, essa transferência intensa para as cidades foi fruto de uma política desenvolvimentista iniciada a partir de 1950, que modificou o padrão demográfico e epidemiológico da população em um curto espaço de tempo³⁵. Essas transformações se intensificaram a partir da metade da década de 1960, marcadas pela significativa queda da fecundidade, atribuída principalmente ao ingresso das mulheres no mercado e trabalho, bem como às mudanças no comportamento reprodutivo (como a opção para o uso de métodos contraceptivos²²) processo que se acentuou nos últimos 30 anos, atingindo várias regiões do país e estratos sociais¹.

Repercutem também para a transição demográfica brasileira atual, a redução da mortalidade infantil, as migrações, as transformações econômicas e culturais, a reorganização na composição e tamanho da família, avanços da indústria químico-farmacêutica com advento de antibióticos, entre outros fatores¹.

O processo é, portanto, dinâmico. Para que uma população envelheça, é necessário primeiro que nasçam muitas crianças, segundo que as mesmas sobrevivam até idades avançadas e que, simultaneamente, diminua o número de nascimentos. Com isso a entrada de jovens na população decresce, e a proporção daqueles que sobreviverão até idades mais avançadas passa a crescer³².

Chama-se a atenção, no entanto, para o desafio econômico da longevidade brasileira, já que nos países desenvolvidos houve primeiro um enriquecimento para depois ocorrer o processo do envelhecimento, havendo, portanto, recurso e tempo. Um exemplo é a França que levou 115 anos para dobrar de 7% para 14% a proporção de idosos na população. O Brasil deve fazer o mesmo em 19 anos³².

Se o processo de transição epidemiológica é comprimido, isto é, se seus vários estágios se passam em um número menor de anos, as repercussões sociais serão muito mais acentuadas, particularmente se os recursos materiais da sociedade são limitados. Em grande parte, o maior problema é como absorver e lidar com as necessidades dos idosos quando as prioridades estão claramente relacionadas a outros grupos etários da população.

Quanto maior o número de pessoas que envelhece, maior a necessidade de recursos para atender a suas necessidades específicas³³. Uma população em processo rápido de envelhecimento significa um crescente incremento relativo das condições crônicas que afetam mais os segmentos de maior idade⁷.

A situação epidemiológica brasileira distancia-se da transição epidemiológica clássica omramiana observada nos países desenvolvidos, e tem sido definida, recentemente, como tripla carga de doenças porque sobrepõe, ao mesmo tempo, uma agenda não concluída de infecções, desnutrição e problemas de saúde reprodutiva.

Além disso, há que se observar o desafio das doenças crônicas e de seus fatores de riscos, como o tabagismo, o sobrepeso, a obesidade, a inatividade física, o estresse, a alimentação inadequada e o forte crescimento das causas externas^{7, 29}.

Se não bastasse a evolução demográfica e epidemiológica, assim como os contextos político-sociais do envelhecimento brasileiro, somam-se ainda as disparidades socioeconômicas e de qualidade de vida, presentes em escala regional, estadual e, até mesmo, municipal, onde são perceptíveis contrastes entre os bairros de uma mesma cidade¹.

Os dados revelam as diferenças regionais existentes na estrutura etária da mortalidade. Os diferenciais observados, especialmente, nas proporções de óbitos infantis apontam para as distintas realidades socioeconômicas de cada uma dessas áreas e, mais especificamente, para as desigualdades existentes nas condições sanitárias e de acesso aos serviços de saúde¹.

O envelhecimento populacional, portanto, conduz a necessidade de reavaliar critérios relativos aos gastos sociais que sobrevivem do novo perfil da pirâmide etária³².

A transição da situação de saúde, juntamente com outros fatores como o desenvolvimento científico, tecnológico e econômico, determina a transição da atenção à saúde. Por essa razão, em qualquer tempo e em qualquer sociedade, deve haver uma coerência entre a situação de saúde e o sistema de atenção à saúde. Quando essa coerência se rompe, como ocorre, neste momento, em escala global e no Brasil, instala-se uma crise nos sistemas de atenção à saúde⁷.

Além das pressões sobre o sistema de atenção à saúde, outros aspectos são apontados como preocupações que acompanham o envelhecimento populacional e que repercutem na economia dos países e no bem-estar dos mais velhos e dos mais

jovens. Dentre esses, incluem-se a pressão sobre os sistemas de pensão e aposentadoria, a composição e as modalidades de participação da população ativa, arranjos quanto à habitação e às possibilidades da família e do cuidado informal³¹.

Uma sociedade para todas as idades, como defende a ONU e como parece ser o fundamento da justiça social, não pode se constituir sem que se observe a velhice como uma construção social necessariamente plural e heterogênea³⁶.

Igualmente, o envelhecimento populacional não pode ser considerado a única causa dos desequilíbrios dos gastos públicos e de algumas de suas instituições. A dissociação entre o crescimento econômico e o emprego, são questões substanciais a serem consideradas para a criação de uma sociedade para todas as idades³⁶.

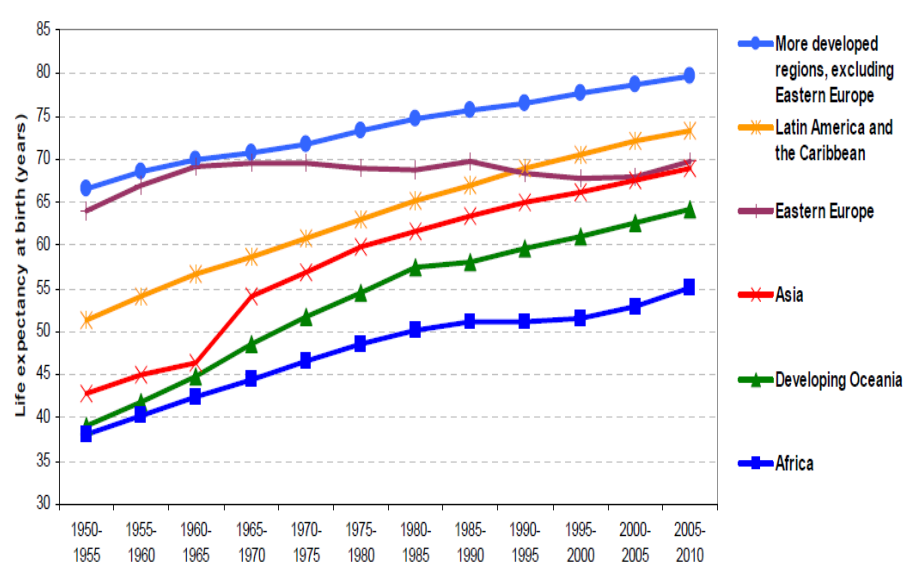
3.1.2. Indicadores do envelhecimento mundial, no Brasil e no Distrito Federal.

O aumento da população de idosos, em números absolutos e relativos, ocorre em todo o mundo, de maneira sistemática e consistente. Em 1950, eram cerca de 204 milhões de pessoas com 60 anos ou mais no mundo e, já em 1998, quase cinco décadas depois, este contingente atingia a marca de 579 milhões, um crescimento de quase 8 milhões por ano. Os números mostram que, em 2012, uma em cada dez pessoas estavam nessa faixa etária, somando 810 milhões de idosos no mundo, o que representa 12% da população mundial^{37, 38}.

As projeções indicam que, em 2050, a população idosa será de 1,9 bilhão pessoas, ou seja, um quinto da população mundial, montante equivalente à população infantil de 0 a 14 anos de idade. Estima-se que a relação será de um idoso em cada cinco pessoas em todo o mundo, e de um em cada três nos países desenvolvidos³⁸.

Esse processo ainda é bastante desigual, pois está diretamente ligado ao Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) dos países que, por sua vez, leva em consideração a esperança de vida, como verificado no Gráfico 1. Há ainda que se ressaltar que, o envelhecimento funcional precede o cronológico e muitas vezes é bastante precoce em decorrência das precárias condições de vida nos países subdesenvolvidos^{39, 40}.

Gráfico 1 - A expectativa de vida ao nascer, as regiões selecionadas, 1950-1955 a 2005-2010.



Fonte: ONU, 2012³⁸.

O Brasil acompanha esse fenômeno de envelhecimento populacional em consequência de dois processos: a alta taxa de fecundidade no passado, e a redução da mortalidade da população idosa, resultando em um aumento na expectativa de vida^{1, 22, 32}.

No período 1950/1960, a população brasileira era predominantemente rural, o país registrou a maior taxa média geométrica de crescimento anual, 2,99% ao ano. Enquanto os níveis de mortalidade declinavam entre os Censos Demográficos 1950 e 1960, os de fecundidade permaneciam elevados e constantes (6,2 e 6,3 filhos, respectivamente), período denominado de “explosão demográfica”¹.

Em 1970, quando o número de habitantes residindo em áreas urbanas ultrapassou o número de habitantes residindo em áreas rurais, começou a ser observado o início da queda nos níveis de fecundidade (5,8 filhos / mulher em idade fértil) o que repercutiria nas taxas de crescimento anuais do país, que declinaram a partir de então¹.

Em 2010, a taxa de fecundidade encontrava-se em 1,90, valor abaixo do nível de reposição da população (2,1 filhos por mulher) o que garantia a substituição das gerações. A taxa de crescimento da população total atingiu os menores valores registrados, sendo que o número de brasileiros maiores de 30 anos já superava o de

adolescentes e jovens. Essa queda da fecundidade rápida e recente modificou a distribuição etária¹. No entanto, assim como outros indicadores, verificamos importantes diferenças entre os estados brasileiros, conforme a Tabela 1:

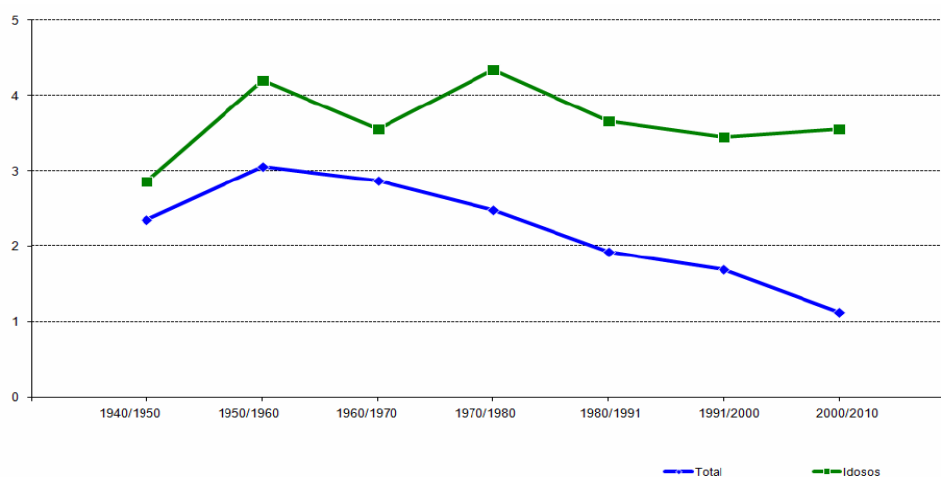
Tabela 1 - Taxa de fecundidade total, segundo as grandes regiões – 1940/2010.

Grandes Regiões	Taxa de fecundidade total							
	1940	1950	1960	1970	1980	1991	2000	2010
Brasil	6,16	6,21	6,28	5,76	4,35	2,89	2,38	1,90
Norte	7,17	7,97	8,56	8,15	6,45	4,20	3,16	2,47
Nordeste	7,15	7,50	7,39	7,53	6,13	3,75	2,69	2,06
Sudeste	5,69	5,45	6,34	4,56	3,45	2,36	2,10	1,70
Sul	5,65	5,70	5,89	5,42	3,63	2,51	2,24	1,78
Centro-Oeste	6,36	6,86	6,74	6,42	4,51	2,69	2,25	1,92

Fonte: IBGE, Censo 1940/2010.

Por outro lado, a redução da mortalidade trouxe como consequência o aumento no tempo vivido pelos idosos. O Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) também chama a atenção que em meio século (1960-2010), a esperança de vida do brasileiro aumentou 25,4 anos, passando de 48,0 para 73,4 anos, refletindo no aumento da participação relativa da população em idades mais avançadas, característica dos países mais desenvolvidos, conforme apresentado no Gráfico 2:

Gráfico 2 - Taxa de crescimento total e da população idosa – Brasil

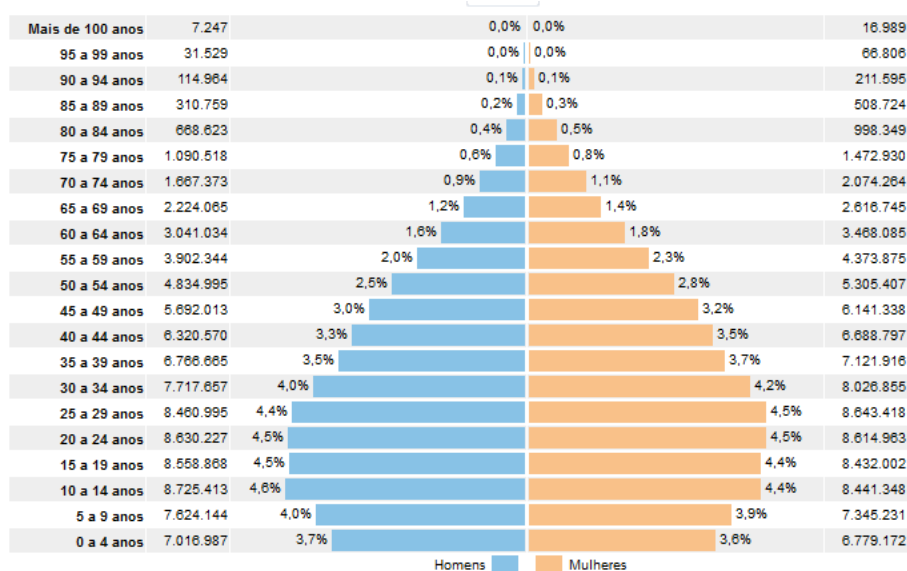


Fonte: IBGE e Camarano/Kanso, 2009.

Segundo o IBGE, entre 2000⁴³ e 2011⁴⁴, o percentual das pessoas com 60 anos ou mais de idade no conjunto da população passou de 8,6% (quase 15 milhões de pessoas) para 12,1% (23,5 milhões de brasileiros), modificando a distribuição etária da população brasileira, fazendo com que o segmento acima de 60 anos

passasse a ser um componente cada vez mais expressivo dentro da população total, como é possível perceber pelo Gráfico 3:

Gráfico 3 - Composição da população residente, por sexo, segundo os grupos de idade - Brasil – 2010.



Fonte: IBGE, 2010.

Além disso, observa-se que a população considerada idosa também está envelhecendo, alterando a composição etária dentro do próprio grupo. O grupo populacional de 70 anos ou mais de idade que representava 2,3% da população total, em 1980, passou em 2010, para 4,8% do total, um salto de 2.741.507 para 9.240.670 habitantes, neste período de 30 anos. Já os brasileiros com mais de 90 anos somam aproximadamente 450 mil pessoas. Por sua vez, aqueles que passaram dos 100 anos, que em 1991 eram apenas 13.865 pessoas, em 2010, já atingiram a marca de quase 30 mil habitantes¹.

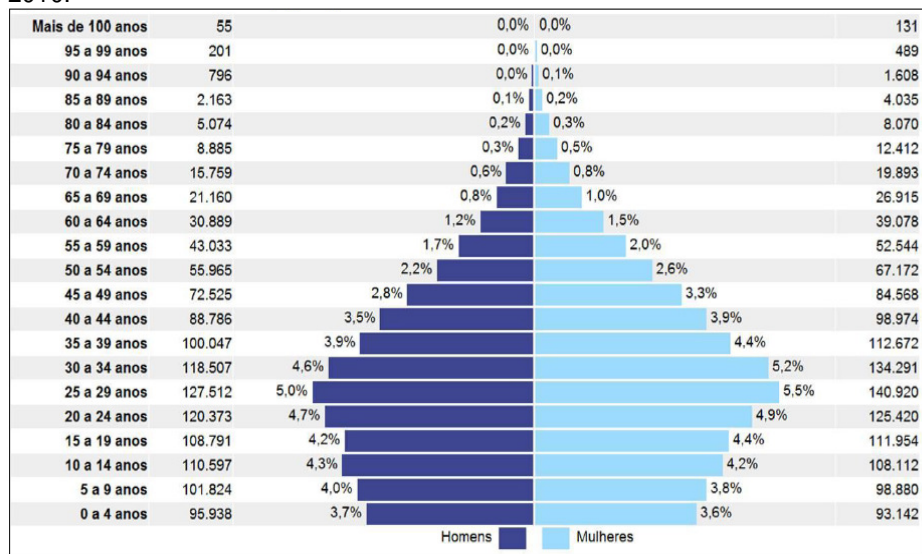
Os ganhos experimentados pelas mulheres foram mais expressivos. Estas apresentaram, em 2009, uma esperança de vida ao nascer superior em 7,8 anos em relação à população masculina. Esse outro fenômeno demográfico importante se refere à feminilização do envelhecimento, que se acentua também em idades mais avançadas. Em 2010, dos habitantes com mais de 70 anos de idade, 3.891.013 eram homens e 5.349.657 mulheres, ou seja, elas já representavam quase 60% do total de idosos^{1, 41}.

Essa predominância feminina entre os mais idosos pode ser explicada em virtude dos diferenciais de mortalidade existentes entre os sexos, sendo a mortalidade masculina superior à feminina ao longo de toda a vida^{1, 45}.

Residir na cidade pode beneficiar a idosa, especialmente aquela que é viúva, isso pode ser atribuído à proximidade de seus filhos, aos serviços especializados de saúde e outros facilitadores do cotidiano. Assim, o grau de urbanização da população feminina acima dos 60 anos também acompanha a tendência da população total, ficando em torno de 81% em 2000. Esse fato chama atenção para a predominância masculina nas áreas rurais, podendo resultar em isolamento e abandono dessas pessoas^{7, 45}.

Contextualizando o Distrito Federal quanto ao perfil da população idosa, verifica-se que o DF acompanha os padrões demográficos médios brasileiros, mas apresenta seus paradoxos por Regiões Administrativas. Em 2000, o DF tinha uma população de pouco mais de 2 milhões de pessoas, das quais 5,3% eram idosos. Em 2010, esse percentual era de 7,7%, representando 197.613 pessoas. As projeções para 2020 e 2030 são, respectivamente, de 10,4% e 14,9%⁴⁶.

Gráfico 4 - Composição da população residente, por sexo, segundo os grupos de idade - Distrito Federal – 2010.



Fonte: IBGE, 2010.

Conforme o Gráfico 4, a maior parte da população idosa do Distrito Federal é composta por pessoas de 60 a 69 anos de idade, que representam 59,73%, sendo que as mulheres compõem 57% desta parcela e no último grupo etário, de 80 anos

ou mais, elas ultrapassam os 60% da população⁴⁶. As diferenças regionais são semelhantes ao restante do país. O maior percentual de idosos localiza-se no Lago Sul, onde esse grupo compõe quase 20%⁴⁶. Vale salientar que essa Região Administrativa apresenta um dos Índices de Desenvolvimento Humano (IDH) mais altos do mundo (0,945), comparáveis a países como a Inglaterra.

No caso do Paranoá, população objeto desse estudo, ocorre divergência em relação às fontes de dados. O estudo, citando como fonte o Censo Populacional (IBGE 2010), considera o percentual de 5,27% de idosos para aquela Região. Já a Pesquisa Distrital de Amostragem por Domicílio (PDAD-2010), considera o percentual de 8,4% de idosos em relação à população total. No entanto, repercute a relação longevidade e qualidade de vida, demonstrado pelo IDH bem inferior (0,785). A população de idosos no Itapoã, por sua vez, representa menos de 3% da população total⁴⁶⁻⁴⁸.

No DF, em 2009, a esperança de vida média ao nascer das mulheres era maior, 79,6 anos, enquanto a dos homens chegava a 72,2 anos⁴⁶. Quanto à cor, a maioria da população do Distrito Federal se declara negra (preta e parda), compondo 45,62% do total de idosos.

No Lago Sul, a população idosa branca é maioria e representa 85,90% naquela Região Administrativa. No Paranoá e no Itapoã, a maioria dos idosos declarou ser parda (47,55% e 44,79%, respectivamente), o que permite inferir a existência de contextos históricos de desigualdade de raças. Isto significa que é preciso priorizar os territórios mais vulneráveis no combate à pobreza, garantindo aos idosos negros, maior participação social e acesso a direitos⁴⁶.

A partir dos dados apresentados, é possível identificar algumas necessidades da população do Distrito Federal no que concerne o processo de envelhecimento em escala demográfica⁴⁶. Assim como no restante do Brasil, no DF o percentual de idosos é maior nas populações das Regiões de rendas médias mais altas, o que demonstra uma relação direta entre qualidade de vida e longevidade. Para garantir equidade nos níveis de longevidade a toda a população, é preciso investir nos aspectos que compõem a qualidade de vida: saúde, educação, trabalho digno, alimentação adequada, segurança e, muito especificamente no caso dos idosos, acessibilidade^{45, 46}.

Um fator a ser observado pelas políticas públicas é a longevidade feminina, que significa, em termos de ação, maior ênfase na saúde da mulher acima dos 60

anos, cuidado para com a idosa cuidadora e responsável pelo lar, priorização nos serviços para esse grupo etário, entre outras. O fato de elas viverem mais também representa a necessidade de desenvolvimento de estratégias para a saúde do homem idoso, tradicionalmente menos preocupado com a saúde e, conseqüentemente, mais susceptível a diagnósticos tardios e a hábitos menos saudáveis⁴⁶.

Com esses apontamentos, acredita-se ser possível implementar ações capazes de garantir aos idosos um cotidiano melhor, com o atendimento de demandas específicas, as quais permitam o exercício real da cidadania, a convivência familiar e comunitária em condições equânimes e o pleno acesso a direitos⁴⁶.

3.1.3. Senilidade e o envelhecimento ativo

A Organização Mundial de Saúde (OMS) afirma que “o importante não é dar anos à vida, mas sim vida aos anos”, ou seja, o crucial não é apenas a longevidade, mas manter a qualidade de vida, tornando-se assim a ideia central do envelhecimento⁴⁹.

A Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa classifica como idoso o indivíduo de 60 anos e mais, contudo, ao considerar que o envelhecimento é um processo natural que ocorre ao longo de toda a experiência de vida do ser humano, por meio de escolhas e de circunstâncias, enfatiza que necessariamente não se fica velho aos 60 anos^{14, 50}.

A idade cronológica é o tempo transcorrido a partir de um momento específico: a data de nascimento do indivíduo. Esta medida, apesar de simples, tem sentido apenas legal ou social. Os eventos biológicos ocorrem no tempo, mas não necessariamente devido a sua passagem, pois acontecem em momentos e ritmos diferentes em cada indivíduo³¹.

O envelhecimento biológico é inexorável, dinâmico e irreversível, caracterizado pela maior vulnerabilidade às agressões do meio interno e externo e, portanto, maior suscetibilidade nos níveis celular, tecidual e de órgãos/aparelhos/sistemas. Entretanto, isso não significa adoecer. O envelhecimento biológico pode ser fisiológico (senescência) ou patológico (senilidade)²⁶.

Não há marcadores específicos capazes de diferenciar as alterações da senescência e da senilidade. Daí a associação entre velhice e doença. A partir dos 50 anos, ocorre um declínio funcional progressivo, com a perda funcional global de 1% ao ano. Portanto, quanto maior a reserva funcional, menor será a repercussão do declínio considerado fisiológico (envelhecimento fisiológico)²⁶.

As próprias alterações fisiológicas do envelhecimento (maior vulnerabilidade) interagem continuamente com a “bagagem genética” (hereditariedade), influenciada pelas injúrias ambientais (hábitos de vida e determinantes sociais) e as consequências biológicas são extremamente variáveis de indivíduo a indivíduo²⁶.

Com a pergunta “How old is old?” (quão velho é velho?), o relatório da pesquisa anual de 2007 (World Economic and Social Survey) argumenta que o conceito de idoso não tem o mesmo significado em todas as sociedades e nem corresponde a um intervalo determinado de vida, em função da constante expansão da esperança de vida⁵¹.

No mundo capitalista e globalizado o que tem valor é a produtividade, é o resultado que o homem pode oferecer de imediato ao capital ou a sociedade, dentro de um ponto de vista material. Neste aspecto, o idoso, sem as mesmas condições físicas do passado, pode ser desprestigiado e excluído por ser visto como ultrapassado e sem valor³³.

Os padrões de saúde e vitalidade na sociedade capitalista são transmitidos diariamente nos meios de comunicação, que enaltecem o corpo e a sensualidade como preponderantes na vida das pessoas, isso traz em seu bojo o sentimento de medo e exclusão pela possibilidade da velhice, negando, portanto o ser que está além do físico e material³³.

Dentre as questões que cercam o envelhecimento, agravadas em sociedades excludentes e desiguais, a saúde ocupa um lugar estratégico pelo seu forte impacto sobre a qualidade de vida dos idosos e por ser alvo de estigmas e preconceitos reproduzidos socialmente em relação à velhice. A representação negativa associada ao envelhecimento, normalmente tem como um de seus pilares o declínio biológico acompanhado de doenças crônicas e dificuldades funcionais com o avançar da idade³¹.

Funcionalidade é o produto da autonomia (capacidade individual de decisão e comando sobre as ações, estabelecendo e seguindo as próprias regras), com a preservação da cognição, do humor e da independência (capacidade de realizar

algo com os próprios meios) com a preservação da mobilidade e da comunicação²⁶.

Frequentemente a funcionalidade é avaliada através de declaração indicativa de dificuldade, ou de necessidade de ajuda, em tarefas básicas de cuidados pessoais e em tarefas mais complexas, necessárias para viver de forma independente na comunidade. As medidas de mobilidade fazem parte, também, da avaliação do declínio funcional e têm provado serem valiosas no estudo da relação do status funcional com características demográficas, condições crônicas e comportamentos relacionados à saúde²⁶.

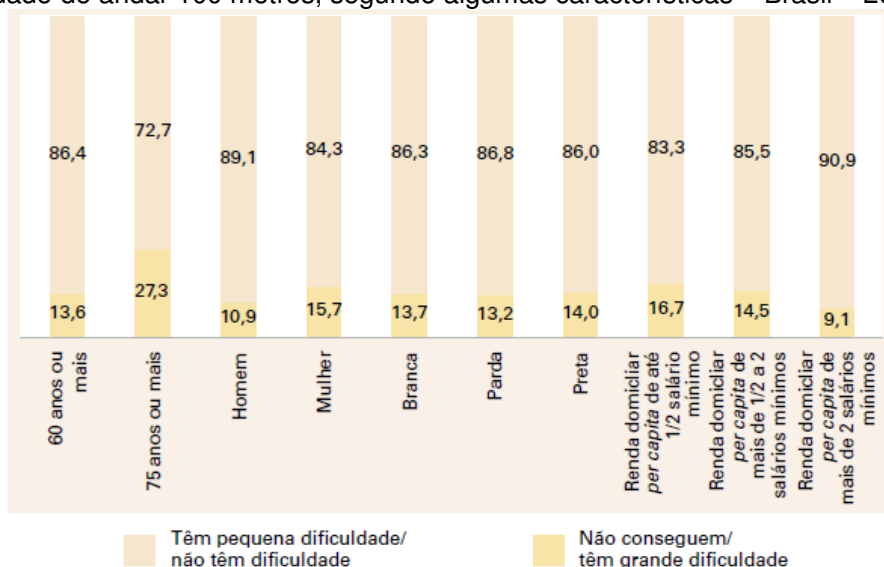
O acelerado processo de envelhecimento da população brasileira tem chamado atenção para as condições de saúde das pessoas durante os anos adicionais de vida adquiridos com o aumento da expectativa de vida, especialmente sobre a incidência de incapacidade funcional e morbidades múltiplas⁵².

O levantamento suplementar de saúde realizado pela Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio (PNAD 2008), cujos resultados foram divulgados na publicação: Um panorama da saúde no Brasil: acesso e utilização dos serviços, condições de saúde e fatores de risco e proteção à saúde 2008, apresentou um perfil bastante completo da população brasileira no que diz respeito ao tema⁵².

Considerou-se como proxy para “incapacidade funcional” a inabilidade de caminhar 100 metros, o que gera dificuldades para realização de várias tarefas da vida diária. Na comparação com os dados da PNAD 2003, que também investigou essa questão, a proporção de pessoas de 60 anos ou mais que não conseguiam ou tinham grande dificuldade de caminhar 100 metros era de 12,2%, passando, em 2008, para 13,6%¹.

Estes resultados confirmam o que os estudos vêm observando: à medida que os índices de esperança de vida crescem, há uma tendência de aumento da incapacidade funcional da população idosa. De fato, a maior frequência de declaração de incapacidade funcional foi verificada entre idosos de 75 anos ou mais de idade (27,3%) e também relacionados a fatores como baixa renda, como demonstrado no Gráfico 5¹.

Gráfico 5 - Distribuição percentual das pessoas de 60 anos ou mais de idade, por capacidade de andar 100 metros, segundo algumas características – Brasil – 2008.



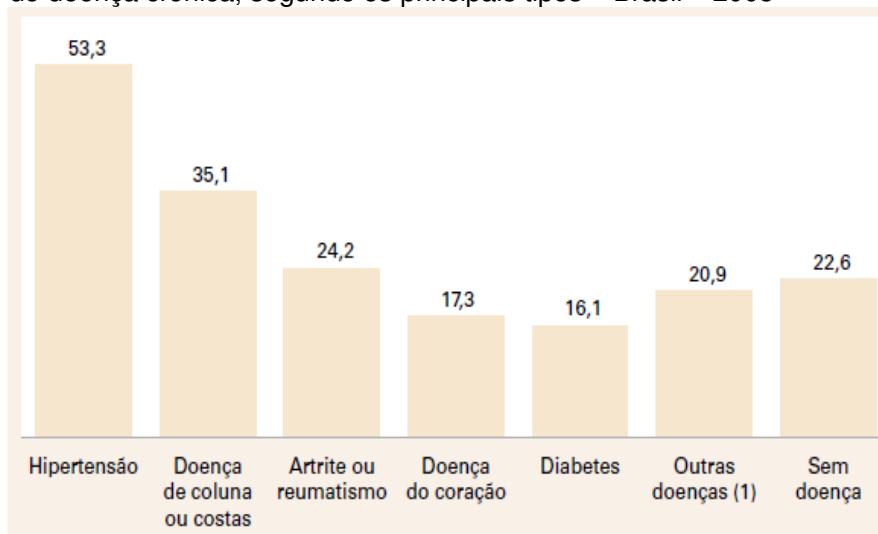
Fonte: IBGE, PNAD, 2008¹.

Em 2010, o IBGE investigou a prevalência de pelo menos uma das deficiências por faixa de idade, e constatou que 67,7% da população com 65 anos ou mais de idade possui algum tipo de deficiência⁴³. Também à medida que a pessoa envelhece, maiores são as chances de contrair uma doença crônica.

Somente 22,6% das pessoas de 60 anos ou mais de idade declararam não possuir doenças. Para aqueles de 75 anos ou mais de idade, esta proporção cai para 19,7%. Quase metade (48,9%) dos idosos sofria de mais de uma doença crônica e, no subgrupo de 75 anos ou mais de idade, a proporção atingia mais da metade (54%).

Entre as doenças crônicas, a hipertensão é a que mais se destaca em todos os subgrupos de idosos, com proporções em torno de 50%, conforme Gráfico 6¹:

Gráfico 6 – Proporção (%) de pessoas de 60 anos ou mais de idade que declararam sofrer algum tipo de doença crônica, segundo os principais tipos – Brasil – 2008



Fonte: Fonte: IBGE, PNAD, 2008¹

(1) Inclui depressão (9,2%), asma ou bronquite (5,9%), tendinite (5,0%), insuficiência renal crônica (3,3%) e câncer (2,5%)

As situações atuais das condições de saúde no Brasil revelam que o perfil de morbimortalidade está caracterizado pela crescente prevalência e incidência das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), pela persistência das doenças transmissíveis que já poderiam ter sido eliminadas - coexistindo com as transmissíveis classificadas como emergentes e reemergentes - bem como pela alta carga de acidentes e violência⁵³.

Cerca de 44% dos óbitos ocorreram na faixa etária de 70 anos ou mais de idade, sendo que desse percentual, 54% foram de mulheres e 37% de homens - característica da feminilização do envelhecimento e devido à mortalidade proporcional em homens ser maior nas idades mais jovens – relacionados aos agravos por causas externas⁵³.

Diabetes e hipertensão arterial constituem a primeira causa de hospitalizações no SUS, sendo as doenças do aparelho circulatório a primeira causa de óbito, responsável por quase 30% das mortes. Nas regiões com maior índice de envelhecimento (Sudeste e Sul), as neoplasias ocupam o segundo lugar, enquanto as causas externas respondem por esta posição nas regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste, regiões com padrões de menor desenvolvimento socio-sanitário quando comparada às anteriores⁵³.

As demências, por outro lado, representam um conjunto de doenças de maior impacto na capacidade funcional da pessoa idosa, levando à perda progressiva da autonomia e da independência, que invariavelmente demanda a necessidade de um cuidador^{53, 54}.

Esse é um problema e um desafio para o SUS. Enquanto a transição demográfica torna-se posta, a transição epidemiológica proposta por Oram é sobreposta, o que Mendes (2010) chama de tripla carga de doenças, com predominância relativa das condições crônicas, e um sistema fragmentado de saúde, voltado para as condições agudas⁷.

Há quase 20 anos, Both (1993) apontava que ainda que os custos de hospitalizações e cuidados prolongados sejam elevados na parcela idosa, deve ser um compromisso de todo gestor em saúde compreender que esta também é uma forma de investir na velhice⁵⁵.

Comportar a dimensão da doença, prevenção e cuidado deve ser uma referência das ações de promoção da saúde, articulada à perspectiva maior de busca de bem-estar, definido em termos sociais e pessoais³¹. Se quisermos que o envelhecimento seja uma experiência positiva, uma vida mais longa deve ser acompanhada de oportunidades contínuas de saúde, participação e segurança. A Organização Mundial da Saúde adotou o termo “envelhecimento ativo” para expressar o processo de conquista dessa visão⁵⁰.

A palavra “ativa” refere-se à participação contínua nas questões sociais, econômicas, culturais, espirituais e civis, e não somente à capacidade de estar fisicamente ativo ou de fazer parte da força de trabalho. O objetivo do envelhecimento ativo é aumentar a expectativa de uma vida saudável e a qualidade de vida para todas as pessoas que estão envelhecendo, inclusive as que são frágeis, fisicamente incapacitadas e que requerem cuidados⁵⁰.

Pode-se dizer que envelhecer sem doença crônica é uma exceção, entretanto ter a doença não significa necessariamente exclusão social. Se o idoso continua ativo na sociedade, mantendo sua autoestima, é considerado “saudável” pelos estudiosos. Nas avaliações sobre o seu estado geral de saúde, os idosos, além de considerar propriamente a doença, levam em conta, também, sua participação na sociedade⁴³.

Assim, na avaliação subjetiva do estado de saúde, mesmo que 77,4% dos idosos tenham declarado sofrer de doenças crônicas, 45,5% declararam seu estado

de saúde como muito bom ou bom. Apenas 12,6% disseram ter a saúde ruim ou muito ruim, em especial, os idosos com 75 anos ou mais, os de cor preta ou parda e os que viviam com renda familiar de até ½ salário mínimo. Tais dados mostram que justamente aqueles com perfil esperado de maior vulnerabilidade têm, de fato, uma percepção do seu estado de saúde como ruim ou muito ruim¹.

O envelhecimento ativo depende de uma diversidade de fatores “determinantes” que envolvem indivíduos, famílias e países. A compreensão das evidências que se tem sobre esses fatores irá auxiliar a elaborar políticas e programas que obtenham êxito nessa área⁵⁰.

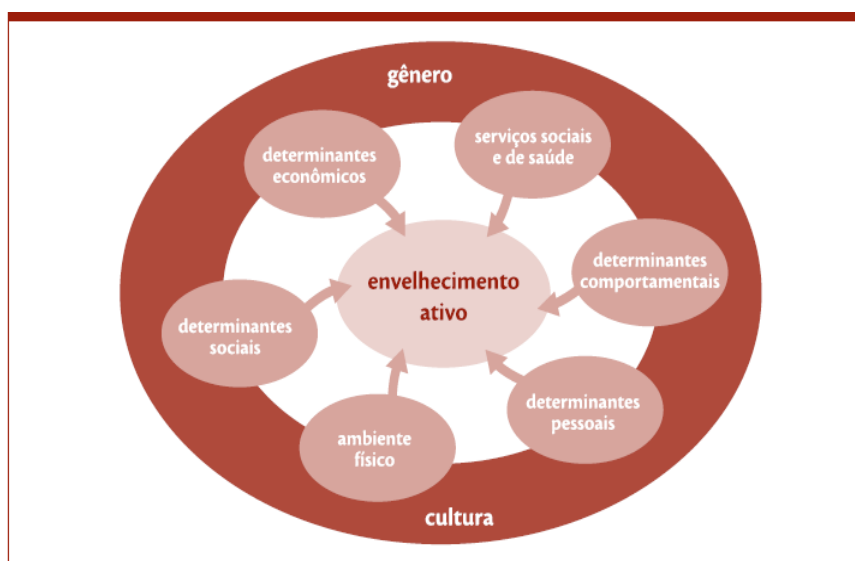


Figura 1 - Os determinantes do envelhecimento ativo
Fonte: OMS,2005⁵⁰.

Essa abordagem proporciona uma base para o desenvolvimento de estratégias sobre a população que está envelhecendo. Ao reunir os três pilares para a ação de saúde, participação e segurança, oferece uma plataforma para uma construção consensual que abrange as preocupações de diversos setores e de todas as regiões, mas caberá às nações e comunidades locais desenvolver metas e objetivos realistas específicos e adequados a cada cultura e gênero, além de implementar as políticas e os programas adaptados a cada circunstância⁵⁰.

3.1.4. Determinantes Sociais em Saúde para a população idosa

O envelhecimento, embora marcado por mutações biológicas visíveis é também cercado por determinantes sociais que tornam as concepções sobre velhice variáveis de indivíduo para indivíduo, de cultura para cultura e de época para época. É importante tomar em consideração os fatores sociais dentro de um processo diferencial de envelhecimento. Estes fatores são tanto do tipo micro como macrossocial e favorecem ou dificultam durante o curso da vida, contribuem para modelar a biografia de cada pessoa. Os resultados cumulativos ou compensatórios vão se apreciando no transcurso dos anos e imprimem um rumo típico da velhice⁴⁹.

Na década atual, há uma forte tendência de promover as políticas sanitárias que abordam os Determinantes Sociais da Saúde (DSS), definidos como condições socioeconômicas, culturais e ambientais de uma sociedade, e que se relacionam com as condições de vida e trabalho de seus membros, como habitação, saneamento, ambiente de trabalho, serviços de saúde e educação, incluindo também a trama de redes sociais e comunitárias^{56, 57}.

A importância dos determinantes sociais da saúde decorre do fato de que eles repercutem diretamente na saúde. Eles permitem predizer a maior proporção das variações no estado de saúde, a iniquidade sanitária, estruturam os comportamentos relacionados com a saúde e interatuam na geração da saúde^{56, 57}.

Vários modelos vêm sendo desenvolvidos para demonstrar os mecanismos através dos quais os determinantes sociais de saúde afetam os resultados na saúde, para deixar claras as conexões entre diferentes tipos de determinantes de saúde e para localizar pontos estratégicos para as ações de políticas⁵⁸.

A Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS) reflete sobre um modelo baseado na equidade, apoiado em uma relação complexa entre ideias de liberdade e responsabilidade, alegando que uma análise profunda da equidade e dos determinantes sociais de saúde envolveria um estudo claro do escopo e dos limites das liberdades pessoais, como são construídas e/ou negadas em contextos sociais distintos, ou através de restrições e condicionamentos sociais variados^{57, 59, 60}.

O modelo de Dahlgren e Whitehead (1991) enfatiza que o princípio aplicado não exige que todos tenham o mesmo nível de saúde, mas uma distribuição dos

determinantes sociais de saúde para que cada indivíduo tenha as mesmas possibilidades de levar uma vida longa e saudável^{57, 59, 60}.

O novo contexto da política social, por sua vez, demanda por um monitoramento que avalie a efetividade ou não do Estado em garantir acesso a condições básicas de vida a sua população, por meio da evolução de indicadores⁶¹.

Um indicador que pode mensurar essas colocações é o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH), que leva em consideração três domínios: renda, educação e longevidade daquela população. Ou seja, quanto menor a mortalidade registrada, maior será a esperança de vida ao nascer, sendo uma forma de avaliar as condições sociais e de saúde, mostrando relação direta entre longevidade e qualidade de vida⁶².

O relatório do Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD) em 2011 classificou o Brasil na 84ª posição entre 187 países avaliados com um índice de 0,718 em escala que vai de 0 a 1. No entanto, conforme já citamos, em um mesmo país encontramos um IDH, como o do Distrito Federal (0,874) comparado a países no mais alto patamar de desenvolvimento semelhante a Inglaterra e França, e o estado de Alagoas com um índice de 0,677, comparado a países com baixa qualidade de vida para seus habitantes como Paraguai e El Salvador^{62,63}.

Esse índice, no Brasil, reproduz dados como a diferença entre a maior esperança de vida do sexo feminino, 79,6 anos, no Distrito Federal, e a menor do sexo masculino, 63,7 anos, no Estado de Alagoas é de 15,9 anos⁶⁴.

No entanto, especificamente sobre o Distrito Federal, o modelo de expansão e crescimento populacional ocorrido de forma intensa e desordenada, ocasionou ocupação territorial heterogênea, intensificando a desigualdade social.

De acordo com levantamento da Companhia de Planejamento do DF (CODEPLAN) realizado em 2003, utilizando a metodologia do IDH (aplicado em cada região administrativa separadamente), mostrou que o Lago Sul registrava um IDH de 0,945, em escala de 0 a 1, concentrando a maior renda per capita do DF (R\$ 2.798,00) e nitidamente uma idade média característica de populações envelhecidas, de 37,6 anos, atribuindo-se uma maior expectativa de vida dessa população^{47, 65}.

Já o Paranoá apresentava um IDH de 0,785, atribuído a sua baixa renda per capita – menor que um salário mínimo (R\$ 316,00) e idade média de sua população

ainda jovem (25,6 anos). O Itapoã, também contexto desse estudo, apresenta níveis ainda mais baixos de renda per capita (R\$ 102,00) e idade média também mais baixa (21,4 anos), típica de populações jovens e de baixa renda, apesar de na ocasião não ter sido calculado seu IDH. Ambos, no entanto, estão destoantes da idade média nacional de 31,3 anos para os homens e 32,9 para as mulheres^{46, 47}.

Ainda sobre os determinantes sociais da saúde e, considerando o impacto do envelhecimento populacional, a razão de dependência é um indicador demográfico bastante utilizado para fins de análise socioeconômica, como o mercado de trabalho. Relaciona-se o total da população em idade potencialmente inativa (menores de 15 anos e maiores de 60 anos) com a população em idade potencialmente ativa (15 a 59 anos).

Este indicador reflete o peso ou “carga econômica” do grupo formado por crianças/adolescentes e idosos sobre o segmento populacional que poderia estar exercendo alguma atividade produtiva. Em 2009, no Brasil essa parcela da população representava 47,2%. As projeções para 2050 mostram uma relação de 75 pessoas inativas para cada 100 em idade ativa. Nesse ano, os idosos representarão 28,8% contra 13,1% de crianças e adolescentes no total da população¹.

Entre as Unidades da Federação, a menor razão de dependência se encontra em Santa Catarina, 39,9%, seguida do Distrito Federal com 40,0%, enquanto, no Acre, tem-se o maior valor com 61,5%, o que expressa desigualdades territoriais bastante significativas. Segundo o IBGE (2009), tais resultados são frutos de processos reprodutivos diferenciados⁴⁵.

Essa previsão reflete efeitos sobre a inserção de novos e velhos contingentes populacionais no mercado de trabalho, custos da previdência social e outros indicadores, como da violência, por exemplo⁴⁵.

Ao analisar os dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio 2011 (PNAD/IBGE), a Secretaria de Políticas de Previdência Social constatou que 82,1% dos idosos brasileiros estão protegidos pela Previdência Social. O impacto das transferências previdenciárias sobre a pobreza se concentra na população idosa, tendo em vista o foco na garantia de renda para o trabalhador em idade avançada. No caso dos homens dessa faixa etária, a proteção chega a 86,7% (9,01 milhões) e para as mulheres idosas, o percentual de cobertura chega a 78,6% (10,3 milhões)⁴⁴.

Considerando como condição de pobreza o rendimento domiciliar per capita inferior a meio salário, caso não houvesse esse mecanismo de proteção social, o percentual de pessoas pobres, aos 50 anos, chegaria a 30% e, no caso de brasileiros com 70 anos de idade, superaria a 65%⁵³. Em 2010, foram emitidas 115.255 aposentadorias urbanas e 33.329 aposentadorias rurais no Distrito Federal, em todas as modalidades. A cobertura previdenciária da população idosa é de 77,0% no Distrito Federal semelhante ao do restante do país⁴⁶.

No entanto, o maior percentual da população idosa (36,43%) reside em Regiões Administrativas com domicílios com renda considerada baixa, ou seja, menos de 2 salários mínimos mensais no domicílio. Verificando a distribuição dessa parcela da população por classe de rendimento nominal mensal, destacam-se os percentuais de três classes: de $\frac{1}{2}$ a 1 salário mínimo, que representa 25,41% dos idosos; mais de 1 até 2 salários mínimos, com 11,81%; e entre 5 a 10 salários mínimos, que concentra 13,19%. Além dessas classes, o grupo de idosos sem rendimento ou cuja renda advém exclusivamente de benefícios sociais é comparativamente grande: 16,52%³².

A partir de dados do Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, verifica-se que 19.510 idosos de 65 anos ou mais receberam o Benefício de Prestação Continuada (BPC), no valor de um salário mínimo, em dezembro de 2010 no Distrito Federal. Isso representa 15,2% da população s nessa faixa etária.

Outro determinante social a se considerar é em relação ao percentual de idosos responsáveis pelo domicílio. Em 2000, 18,4% dos brasileiros com mais de 60 anos eram responsáveis assumiam tal função. No censo de 2010, esse número aumentou para 21,9%. A distribuição por sexo revelava que, em 2000, 37,6% dos responsáveis idosos eram do sexo feminino, correspondendo a 3.370.503 de domicílios, enquanto no início da década passada essa proporção atingia a 31,9%.

Destaca-se ainda que a idade média do responsável idoso, em 2000, estava em torno de 69,4 anos (70,2 anos quando o responsável era do sexo feminino e 68,9 para o idoso responsável do sexo masculino). Embora a renda proveniente do trabalho seja, em geral, responsável pela maior parte da renda familiar, os dados mostram que, em relação aos idosos, o mesmo não acontece. No caso das idosas, quase 80% da renda era formada pelos rendimentos de pensão e aposentadoria³⁷,

Camarano (2004) coloca que as mulheres idosas experimentam uma probabilidade maior de ficarem viúvas e em situação socioeconômica desvantajosa. Além disso, a maioria das idosas brasileiras de hoje ainda refletem um grupo que não teve um trabalho remunerado durante a sua vida adulta²².

No DF, 15,56% dos domicílios são chefiados por idosos. Vale observar que essa responsabilidade é maior nas faixas de 70 anos ou mais. Esse é um dado importante que, associado à informação sobre a atividade econômica dos idosos, desconstrói a percepção de que as pessoas responsáveis pelo sustento da casa têm, obrigatoriamente, que ser jovens trabalhadores⁴⁶.

Relacionando, ainda, com o fato de que os últimos grupos etários da população são compostos primordialmente por mulheres, verifica-se a mudança do papel da mulher idosa na família, outrora dedicada exclusivamente às atividades do lar, não contribuindo economicamente para seu provimento, e que atualmente é figura fundamental para sua manutenção⁴⁶.

Outro grande problema para o idoso hoje é sua adaptação às exigências do mundo moderno. Isto se deve, em parte, à deficiência educacional desta geração, de uma época em que frequentar a escola era um privilégio de poucos. Os números do Censo em 2010 mostravam que 59,4% dos idosos responsáveis pelos domicílios eram analfabetos funcionais, o que corresponde aos indivíduos que têm menos de 4 anos de estudo - uma média de 3,5 anos para os homens e 3,1 anos para as mulheres⁴⁶.

Considerando o indicador de educação para a população idosa, observa-se que, no Distrito Federal, as pessoas não alfabetizadas somam 13,27%, números que aumentam conforme a faixa etária. Dentre as Regiões Administrativas do Distrito Federal, o Paranoá detém o maior percentual de idosos não alfabetizados, com 36,46%, seguido pelo Itapoã com 33%⁴⁶.

Nunca é demais valorizar a importância dos fatores socioeconômicos no condicionamento da saúde ou da doença. Se o ambiente físico alberga fatores ainda não controlados, contribuintes para a geração de enfermidades é também verdade que um bom nível socioeconômico pode neutralizar os fatores ambientais adversos. A recíproca é verdadeira. Um baixo nível socioeconômico está sempre associado a um baixo padrão do nível de saúde⁶⁷.

Além dos problemas de saúde associados aos agentes dos meios físico e biológico, outros como a fome decorrente da desigual distribuição de renda; as

doenças ocupacionais, decorrentes das más condições de trabalho; a delinquência, o suicídio, o alcoolismo, o abuso de drogas e outros decorrentes, de uma forma geral, de estados em que prevalece a desestruturação biopsicossocial, que de uma maneira ou de outra acabam por determinar o aumento da demanda por assistência à saúde⁶⁷.

Esse processo deve ser considerado ao se decidir pelo planejamento de estratégias em relação às políticas próprias envolvendo saúde/previdência. Tal transformação demográfica causa impacto significativo sobre os custos do Estado à medida que os problemas crônicos dos idosos relacionam-se à sua saúde e ao seu papel social⁶⁸.

3.2. POLÍTICAS PÚBLICAS EM SAÚDE NO CONTEXTO DA PESSOA IDOSA

Os idosos são hoje um contingente expressivo no conjunto da sociedade brasileira. Isso pode ser observado através dos indicadores sociais e demográficos, divulgados anualmente, que permitem verificar que a estrutura etária do País está mudando. Disso decorre uma série de novas demandas e exigências em termos de políticas públicas de saúde e inserção ativa dos idosos na vida social¹.

Em 2011, 5.077 municípios declararam possuir políticas, programas ou ações para idosos, sendo mais frequentes os programas orientados para promoção de saúde (4.374 municípios), acessibilidade (2.911 para espaços públicos e 1.386 para transporte) e enfrentamento da violência (2.486 municípios)⁴³.

Apesar de, na prática, ressaltarmos a insuficiência no cumprimento de tais ações é notório que as políticas em saúde do idoso no Brasil passam por uma importante reorientação desde a conquista do direito à saúde em 1988⁶⁹. Até a década de 70, os idosos recebiam, principalmente, atenção de cunho caritativo de instituições não governamentais, tais como entidades religiosas e filantrópicas⁷⁰.

A primeira Assembleia Mundial sobre o Envelhecimento em 1982, da Organização das Nações Unidas (ONU), pode ser citada como o marco mundial que iniciou as discussões direcionadas aos idosos. O Brasil esteve presente do evento, participando da elaboração de um Plano de Ação para o Envelhecimento, considerado um importante documento de estratégias e recomendações prioritárias baseado na Declaração Universal dos Direitos Humanos⁷⁰.

No entanto, apenas em 1989 o Ministério da Saúde instituiu a Portaria GM 810/89 que normatizava o funcionamento de casas de repouso, clínicas geriátricas e outras instituições destinadas ao atendimento de idosos, a serem observados em todo o território nacional⁷¹.

Após a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), por meio da lei orgânica da saúde 8.080/90, foi sancionada a lei 8.742/93 – atualmente alterada pela lei 12.435, de 06 de julho de 2011 - que dispõe sobre a organização da Assistência Social (LOAS) e tem por objetivos a proteção social, que visa à garantia da vida, especialmente na velhice, além da garantia de um salário mínimo de benefício mensal ao idoso que comprovem não possuir meios de prover a própria manutenção ou de tê-la provida por sua família^{72, 73}.

Em 1994, sanciona-se a Lei 8.842 - posteriormente regulamentada pelo Decreto Nº 1.948/96 - que dispõe sobre a Política Nacional do Idoso (PNI), assegurando os direitos sociais dos cidadãos acima de 60 anos, criando condições para promover sua autonomia, integração e participação efetiva na sociedade, além da criação do Conselho Nacional do Idoso⁷⁴.

A mencionada lei determinou a articulação e a integração de setores ministeriais para a elaboração de um Plano de Ação Governamental para a Integração da Política Nacional do Idoso (PNI) em janeiro de 1997, de forma a viabilizar a implementação desta. Nesse sentido, a lei define ações e estratégias para cada órgão setorial, negocia recursos financeiros entre as três esferas de governo, além de acompanhar, controlar e avaliar as ações^{75, 76}.

Em 1999, o Ministério da Saúde considerando a necessidade do setor saúde dispor de uma política devidamente relacionada ao idoso, publica a Portaria nº 1.395/1999 que aprova a Política Nacional de Saúde do Idoso. Fundamenta-se a ação do setor na atenção integral à população idosa e àquela em processo de envelhecimento, destacando o princípio relativo à “preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral”, definindo como diretrizes a promoção do envelhecimento saudável e a manutenção da capacidade funcional^{75, 77}.

Em 2002, é proposta a organização e a implantação de Redes Estaduais de Assistência à Saúde do Idoso (Portaria nº 702/SAS/MS, de 2002), tendo como base as condições de gestão e a divisão de responsabilidades definida pela Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS). Como parte de operacionalização das

redes, são criadas as normas para cadastramento de Centros de Referência em Atenção à Saúde do Idoso (Portaria nº 249/SAS/MS, de 2002)⁷⁸⁻⁸⁰.

Ainda em 2002, acontece a Segunda Assembleia Mundial sobre o Envelhecimento (Madrid, 8-12 de Abril) cujas recomendações abrangem três esferas prioritárias: idosos e desenvolvimento; promoção da saúde e bem-estar na velhice; e criação de um ambiente de vida propício e favorável⁸¹.

Isso motiva o Brasil em 2003, a sancionar o Estatuto do Idoso (Lei nº 10.741/2003), elaborado com intensa participação de entidades de defesa dos interesses dos idosos. O Estatuto do Idoso amplia a resposta do Estado e da sociedade às necessidades da população idosa, mas não traz consigo meios para financiar as ações propostas. O Capítulo IV do Estatuto versa sobre o papel do SUS na garantia da atenção à saúde da pessoa idosa de forma integral, em todos os níveis de atenção^{14, 82}.

Em 2005, com a perspectiva de ampliar o conceito de “envelhecimento saudável”, a Organização Mundial da Saúde propõe “Envelhecimento Ativo: Uma Política de Saúde”, ressaltando que o governo, as organizações internacionais e a sociedade civil devam implementar políticas e programas que melhorem a saúde, a participação e a segurança da pessoa idosa. Considerando o cidadão idoso não mais como passivo, mas como agente das ações a eles direcionadas, numa abordagem baseada em direitos, que valorize os aspectos da vida em comunidade, identificando o potencial para o bem-estar físico, social e mental ao longo do curso da vida^{14, 50}.

No Brasil, em 2006, através da Portaria nº 399/GM, são aprovadas as Diretrizes Operacionais do Pacto pela Saúde, que visam à consolidação do SUS tendo seu componente “Pacto pela Vida”, constituído por um conjunto de compromissos sanitários derivados da análise da situação de saúde do país, contemplando como prioridade a Saúde do Idoso e como objetivo a implantação da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, buscando a atenção integral^{14, 83}.

Em consonância com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde e mantendo a estratégia de promoção do envelhecimento ativo e saudável proposta pela OMS, em 19 de outubro de 2006, a Portaria no. 2.528 aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI) – revisando e atualizando a Portaria 1.395/1999 - tendo como finalidade primordial, além da promoção, a recuperação e

a manutenção da autonomia e independência dos indivíduos idosos, direcionando medidas coletivas e individuais de saúde para esse fim¹⁴.

A OMS publica em 2007 um relatório global como produto das conclusões e recomendações feitas pelo Encontro Técnico sobre Prevenção das Quedas na Velhice da OMS, realizado em Victoria, Canadá, e inclui perspectivas internacionais e regionais sobre questões e estratégias ligadas à prevenção das quedas. Atrela, portanto, a política de envelhecimento ativo como uma perspectiva coerente sobre como desenvolver uma estratégia de prevenção de quedas na idade madura em todo o mundo⁸⁴.

Com a finalidade de apoiar as políticas do Ministério da Saúde voltadas para a população idosa no que diz respeito à osteoporose e ao evento “quedas”, foi instituído pela Portaria 3.213, de 20 de dezembro de 2007, o Comitê Assessor para Políticas de Prevenção, Diagnóstico e Tratamento da Osteoporose e Quedas em Pessoas Idosas. Esse comitê é formado por representantes de diversas sociedades profissionais que têm interface com o tema, e é coordenado pela Área Técnica Saúde do Idoso do Ministério da Saúde.

Em 2008, o Pacto pela Saúde estabelece novamente como prioridade um (através do pacto pela vida) a Atenção à Saúde do Idoso e vincula como objetivo identificar pessoas idosas em situação de fragilidade ou em risco de fragilização para ações de prevenção de fratura de fêmur, seguindo as recomendações internacionais e tendo em vista o alto impacto em custos gerados ao SUS decorrentes de hospitalizações pelo agravo. Também previa a inspeção de Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPI), visando garantir a qualidade da atenção prestada ao idoso residente⁸⁵.

Em 2010, o pacto pela vida mantém como prioridade número um, pela terceira vez, a Atenção à Saúde do Idoso, mas estabelece agora como objetivo: promover a formação e educação permanente dos profissionais de saúde do SUS na área de saúde da pessoa idosa, e mantém a meta de 2008 de reduzir em 2% a Taxa de Internação Hospitalar de Pessoas Idosas por fratura do fêmur⁸⁵.

Também em 2010, o Ministério da Saúde amplia a discussão e publica portarias aprovando o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da Doença de Alzheimer e Doença de Parkinson, considerando a necessidade de se estabelecer parâmetros, diretrizes nacionais para diagnóstico, tratamento e acompanhamento dos indivíduos com demências^{86, 87}.

Em 28 de junho de 2011, é instituído pelo Decreto nº 7.508, a regulamentação da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa. Sobre o planejamento, esse deve ser agora efetuado no âmbito dos planos de saúde, os quais serão resultado do planejamento integrado dos entes federativos e deverão conter metas de saúde⁸⁸.

A partir de 2012, houve um aprimoramento dos instrumentos de planejamento, desde o pacto, quer seja 2006, 2008 ou 2010, para o atual Plano Nacional de Saúde 2012-2015, com a modificação do conjunto de compromissos sanitários, constituídos no pacto pela vida, para Diretrizes Nacionais aprovadas pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS)⁵³.

A atenção à saúde do idoso sai da prioridade número um para a diretriz cinco – Garantia da atenção integral à saúde da pessoa idosa e dos portadores de doenças crônicas, com estímulo ao envelhecimento ativo e fortalecimento das ações de promoção e prevenção. Tem como objetivo nacional a melhoria das condições de saúde do idoso e portadores de doenças crônicas mediante qualificação da gestão e das redes de atenção. Mantém ainda como meta, a redução da taxa de internação hospitalar em pessoas idosas por fratura de fêmur referente ao ano anterior a pactuação, no caso 2011⁵³.

Como indicador de acompanhamento, elege-se como meta a redução em 2% da Taxa de Internação Hospitalar de pessoas idosas por fratura do fêmur em relação ao ano subsequente e estabelece como objetivo a capacitação permanente dos profissionais de saúde através da elaboração de material educativo, cursos de capacitação, oficinas temáticas, incentivos diversos a atividades em diversas áreas⁵³.

No entanto, faz-se a ressalva que a etiologia da queda é multifatorial, resultando da interação entre fatores intrínsecos e extrínsecos, e esses estão relacionados ao ambiente. Mais de 70% das quedas ocorrem em casa e o risco se torna maior se o idoso vive só⁸⁹. Quedas também relacionadas a determinantes de cultura, gênero, fatores comportamentais, ao ambiente físico, social, econômico⁸⁴. Além disso, um exemplo de particular importância dentro do contexto das quedas diz respeito à massa óssea.

À medida que as pessoas envelhecem, elas sofrem um gradual declínio da massa óssea, aumentando a fragilidade⁷⁴. No Brasil, cerca de 10 milhões de

pessoas sofrem de osteoporose. No entanto, somente uma a cada três pessoas com osteoporose é diagnosticada e, dessas, somente uma em cada cinco recebe algum tipo de tratamento. Segundo dados do Ministério da Saúde foram gastos R\$ 81 milhões entre 2009 e 2010, na atenção ao paciente portador de osteoporose e vítimas de quedas e fraturas⁹⁰.

A OMS propõe que, para tratar de maneira eficaz o crescente problema das quedas em uma sociedade que está envelhecendo, são necessárias políticas públicas saudáveis que forneçam visão, estabeleçam prioridades e padrões institucionais. Tais políticas devem facilitar a construção de capacidades específicas para cada padrão, apoiando a geração de novas pesquisas, estimulando ampla colaboração e maximizando os recursos disponíveis⁸⁴.

Portanto, é indispensável incluir a condição funcional ao se formular políticas para a saúde da população idosa, considerando que existem pessoas idosas independentes e uma parcela da população mais frágil e as ações devem ser pautadas de acordo com estas especificidades^{91, 92}.

3.3. OS SISTEMAS DE ATENÇÃO À SAÚDE

Atenção à saúde designa a organização estratégica do sistema e das práticas de saúde em resposta às necessidades da população. É expressa em políticas, programas e serviços de saúde consoante os princípios e as diretrizes que estruturam o Sistema Único de Saúde (SUS)⁹³.

Segundo a OMS, os sistemas de atenção à saúde são o conjunto de atividades cujo propósito primário é promover, restaurar e manter a saúde de uma população para se atingirem os seguintes objetivos: o alcance de um nível ótimo de saúde e distribuído de forma equitativa; a garantia de uma proteção adequada dos riscos para todos os cidadãos; o acolhimento humanizado dos cidadãos; a provisão de serviços seguros e efetivos; e a prestação de serviços eficientes^{94, 95}.

Os tais sistemas são considerados como respostas sociais determinadas às necessidades de saúde dos cidadãos e, como tal, devem operar em total coerência com a situação de saúde das pessoas usuárias^{96, 97}. Movem-se numa relação dialética entre fatores contextuais (transição demográfica, transição epidemiológica, avanços científicos e incorporação tecnológica) e os fatores internos (cultura

organizacional, recursos, sistemas de pagamento e de incentivos, estrutura organizacional e estilos de liderança e de gestão)⁹⁷.

Podem apresentar-se por meio de diferentes formas organizacionais. Na experiência internacional contemporânea, a tipologia mais encontrada é de sistemas fragmentados e as redes de atenção à saúde⁹⁶.

3.3.1. Os sistemas fragmentados e as redes de atenção à saúde

Nos sistemas fragmentados de atenção à saúde, fortemente hegemônicos, vige uma visão de estrutura hierárquica, definida por níveis de “complexidades” crescentes, com relações de ordem e graus de importância entre os diferentes níveis. Ela se fundamenta num conceito de complexidade equivocado, ao estabelecer que a atenção primária à saúde é menos complexa que a atenção nos níveis secundário e terciário⁹⁶.

Tais sistemas se (des) organizam através de um conjunto de pontos de atenção à saúde isolados e incomunicados uns dos outros e que, por consequência, são incapazes de prestar uma atenção contínua à população. Em geral, não há uma população adscrita de responsabilização. Neles, a atenção primária à saúde não se comunica fluidamente com a atenção secundária à saúde e esses dois níveis também não se comunicam com a atenção terciária⁹⁶.

Já nas redes de atenção à saúde não há uma hierarquia entre os diferentes pontos de atenção, mas a conformação de uma rede horizontal, considerando-se as distintas densidades tecnológicas, sem ordem e sem grau de importância entre eles. Todos os pontos de atenção à saúde são igualmente importantes para que se cumpram os objetivos das redes e apenas se diferenciam pelas variadas densidades tecnológicas, como exemplificado na Figura 2⁹⁶:

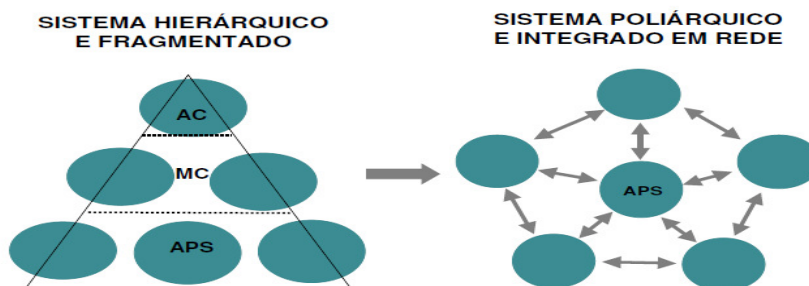


Figura 2 - Do sistema hierárquico para o sistema integrado em rede.

Fonte: Mendes, 2009.

Uma análise mais detalhada das diferenças entre os sistemas fragmentados e as redes de atenção à saúde é feita no Quadro 1 a seguir:

Quadro 1- As características diferenciais dos sistemas fragmentados e das Redes de Atenção Saúde.

CARACTERÍSTICA	SISTEMA FRAGMENTADO	REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE
Forma de organização	Hierárquica	Poliárquica
Coordenação da atenção	Inexistente	Feita pela atenção primária.
Comunicação entre os componentes	Inexistente	Feita por sistemas logísticos eficazes.
Foco	Nas condições agudas por meio de unidades de pronto atendimento	Nas condições agudas e crônicas por meio de uma rede integrada de pontos de atenção à saúde.
População	Voltado para indivíduos isolados.	População adscrita dividida por subpopulações de risco e sob a responsabilidade da rede.
Sujeito	Paciente que recebe prescrições dos profissionais de saúde.	Agente corresponsável pela própria saúde.
A forma de ação do sistema	Reativa, acionada pela demanda dos pacientes.	Proativa, baseada em planos de cuidados de cada usuário realizado conjuntamente por estes e pelos profissionais da saúde.
Ênfase das intervenções	Curativas e reabilitadoras sobre doenças ou condições estabelecidas.	Promocionais, preventivas, curativas, cuidadoras, ou reabilitadoras sobre determinantes sociais da saúde, sobre fatores de risco e sobre as doenças ou condições estabelecidas.
Modelo de atenção	Fragmentado por ponto de atenção à saúde, sem estratificação de riscos e voltado para as doenças ou condições estabelecidas.	Integrado, com estratificação dos riscos, e voltado para os determinantes sociais da saúde, os fatores de riscos e as doenças ou condições estabelecidas.
Planejamento	Planejamento da oferta, definido pelos interesses dos prestadores e baseados em séries históricas.	Planejamento da demanda definido pelas necessidades de saúde da população adscrita.
Ênfase do cuidado	Nos profissionais de saúde, especialmente nos médicos.	Na relação entre equipes multiprofissionais e os usuários e suas famílias e com ênfase no autocuidado orientado.
Conhecimento e ação clínica	Concentrados nos profissionais, especialmente médicos.	Partilhado por equipes multiprofissionais e usuários.
Organização territorial	Territórios político-administrativos definidos por lógica política.	Territórios sanitários definidos pelos fluxos sanitários da população em busca de atenção.
Participação social	Participação social passiva e a comunidade vista como cuidadora.	Participação social ativa por meio de conselhos de saúde com presença na governança da rede.

Fonte: Mendes, 2009

A OMS alerta que os sistemas de saúde predominantes em todo o mundo estão falhando, pois não estão conseguindo acompanhar a tendência de declínio dos problemas agudos e de ascensão das condições crônicas⁷.

Em 2009, os gastos do Ministério da Saúde com as ações de "médias e altas complexidades" foram de 25,5 bilhões de reais, o que correspondeu a 40,3% do gasto total do Ministério da Saúde. Por outro lado, os gastos na APS foram de 8,5 bilhões de reais, o que significou, apenas, 13,5% do total de gastos no ano⁹⁷.

A razão técnica é que normalmente são autopercebidos pelas pessoas, por meio da atenção à demanda espontânea, principalmente em unidades de pronto atendimento ambulatorial ou hospitalar. E desconhecendo a necessidade imperiosa de uma atenção contínua nos momentos silenciosos das condições crônicas quando elas, insidiosa e silenciosamente, evoluem⁹⁷.

É notório que envelhecimento como fenômeno mundial, vem despontando como um desafio para as organizações em diversas áreas⁹⁸. Nos países em desenvolvimento como o Brasil, soma-se ao recente e rápido acontecimento, ainda predominarem as desigualdades loco-regionais, coexistindo pirâmides etárias típicas do subdesenvolvimento com o predomínio da população jovem.

Com isso, a elaboração de políticas públicas que atendam a todos de maneira igualitária, deve considerar a execução das mesmas em diversos cenários, respeitando as particularidades etárias e sanitárias, incluindo todo um escopo biopsicossocial, daquela população¹⁷.

Motivado pela constatação dessa divergência demográfica, e considerando as condições próprias do ciclo de vida da pessoa idosa, além do objetivo da promoção do envelhecimento saudável, torna-se necessário um sistema assistencial, cujo modelo permita garantir o acesso, e que promova a saúde de maneira integral e a manutenção da capacidade funcional desse segmento, que é quem poderá determinar o maior uso e os custos para o Sistema de Saúde^{97, 99}.

O modo de organizar as redes de atenção à saúde define a singularidade de seus processos descentralizadores frente a outros setores sociais. Essa distribuição ótima vai resultar em eficiência, efetividade e qualidade dos serviços^{17, 100}. Vale ressaltar que estudos demonstram que o grande problema do SUS é sua forma de prestar atenção à saúde de forma fragmentada, episódica, reativa e focada nas condições e eventos agudos¹⁷.

3.3.2. Modelos de atenção à saúde

O terceiro elemento constitutivo das RAS são os modelos de atenção à saúde. Eles são sistemas lógicos que organizam o funcionamento das RAS, articulando, de forma singular, as relações entre os componentes da rede e as intervenções sanitárias, definidos em função da visão prevalecente da saúde, das situações demográfica e epidemiológica e dos determinantes sociais da saúde, vigentes em determinado tempo e em determinada sociedade⁹². Tais modelos são diferenciados de acordo com a atenção às condições agudas e às condições crônicas¹⁷.

O modelo de atenção às condições agudas tem como objetivo identificar, no menor tempo possível (com base em sinais de alerta), a gravidade de uma pessoa em situação de urgência ou emergência e definir o ponto de atenção adequado para aquela situação, considerando-se como variável crítica o tempo de atenção requerido pelo risco classificado, ou seja, o tempo-resposta do sistema. Isso implica adotar um modelo de classificação de risco nas redes de atenção às urgências e às emergências¹⁷.

A Política Nacional de Humanização preconiza que a construção de um protocolo de classificação de risco, a partir daqueles existentes e disponíveis nos textos bibliográficos, (adaptado ao perfil de cada serviço e ao contexto de sua inserção na rede de saúde) é uma oportunidade de facilitar a interação entre a equipe multiprofissional e a valorização dos trabalhadores da urgência. Ressalva-se a importância dos serviços de uma mesma região desenvolverem critérios de classificação semelhantes, buscando facilitar o mapeamento e a construção das redes locais de atendimento¹⁰¹.

Ainda que o modelo de atenção às condições agudas seja diferente do modelo de atenção às condições crônicas, deve ser aplicada a mesma estrutura operacional das redes de atenção à saúde, ou seja, a atenção primária, os pontos de atenção secundária e terciária, os sistemas de apoio, os sistemas logísticos e o sistema de governança. A única diferença entre essas redes está no papel da atenção primária. Nas redes de atenção às condições crônicas ela funciona como centro de comunicação, mas nas redes de atenção às urgências e às emergências ela é um dos pontos de atenção à saúde, sem cumprir a função de coordenação dos fluxos e contrafluxos dessas redes⁹⁷.

Mendes (2012) alerta para o fato de que os modelos de atenção às condições crônicas (MACC) são muito mais complexos. O autor faz uma diferenciação entre o Modelo de Atenção Crônica, tradução literal de Chronic Care Model (CCM) e o Modelo de Atenção às Condições Crônicas, o MACC, originário do CCM, com modificações feitas por ele para adaptá-lo ao SUS^{97, 102}.

O Modelo de Atenção às Condições Crônicas tem como base três outros modelos: o Modelo de Atenção Crônica, o Modelo da Pirâmide de Risco e o Modelo de Determinação Social da Saúde de Dahlgren e Whitehead⁹⁷.

O CCM foi desenvolvido pela equipe do MacColl Institute for Healthcare Innovation, nos Estados Unidos, a partir de uma ampla revisão da literatura internacional sobre a gestão das condições crônicas, como resposta às situações de saúde de alta prevalência de tais condições e da falência dos sistemas fragmentados para enfrentá-las. Contudo, não é adotado extensamente naquele país, pois guarda certa incompatibilidade com os princípios organizativos ali prevalentes como a fragmentação do sistema, os incentivos econômicos perversos, a ausência de uma orientação para a APS e a inexistência de um foco populacional⁹⁷.

No Brasil, o CCM tem sido utilizado, pelo menos parcialmente, como parte de experiências inovadoras de cuidados de condições crônicas no SUS. O CCM foi acolhido pelo Ministério da Saúde no Plano de Ações Estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil, 2011-2022^{97, 103}.

Um segundo modelo que está presente na construção do MACC é o Modelo da Pirâmide de Riscos (MPR), conhecido, também, como modelo da Kaiser Permanente (KP), uma operadora de planos de saúde dos Estados Unidos que o desenvolveu e o implantou na sua rotina assistencial^{97, 104}.

As necessidades das pessoas portadoras de condições crônicas são definidas em termos da duração da condição, da urgência da intervenção, do escopo dos serviços requeridos e da capacidade de autocuidado da pessoa portadora da condição. A aplicação desses critérios permite estratificar as pessoas portadoras de condições crônicas em três grupos.

O primeiro constituído por portadores de condição leve, mas com forte capacidade de autocuidado e/ou com sólida rede social de apoio. O segundo definido por portadores de condição moderada. O terceiro grupo seria constituído

por portadores de condição severa e instável e com baixa capacidade para o autocuidado^{97, 104}.

Sua lógica está em promover a saúde de toda a população, estruturar as ações de autocuidado apoiado para os portadores de condições de saúde mais simples, ofertar a gestão da condição de saúde para as pessoas que tenham uma condição estabelecida e manejar os portadores de condições de saúde altamente complexas por meio da tecnologia de gestão de caso^{97, 104}. Uma das áreas prioritárias do KP é a atenção aos idosos e há diretrizes clínicas baseadas em evidências e programas de gestão das condições de saúde^{97, 104}.

Já no modelo dos determinantes sociais da saúde, apesar da existência de outros modelos que buscam explicar com mais detalhes as relações e as mediações entre os diversos níveis de determinação social da saúde e a gênese das iniquidades, a Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde escolheu o modelo de Dahlgren e Whitehead para ser utilizado no Brasil, por sua simplicidade, por sua fácil compreensão para vários tipos de público e pela clara visualização gráfica dos diversos determinantes sociais da saúde^{59, 97}.

O modelo inclui os determinantes sociais da saúde dispostos em diferentes camadas concêntricas, segundo seu nível de abrangência, desde uma camada mais próxima aos determinantes individuais até uma camada distal onde se situam os macrodeterminantes. O modelo enfatiza as interações: estilos de vida individuais estão envolvidos nas redes sociais e comunitárias e nas condições de vida e de trabalho, as quais, por sua vez, relacionam-se com o ambiente mais amplo de natureza cultural e econômica^{59, 97}.

Portanto, as evidências recolhidas na literatura internacional sobre os modelos de atenção à saúde e a singularidade do SUS fez com que Mendes (2012) desenvolvesse um modelo de atenção às condições crônicas (MACC) que pudesse ser aplicado ao sistema público de saúde brasileiro⁹⁷.

O MACC deve ser lido em três colunas: na coluna da esquerda, sob a influência do MPR, está a população total estratificada em subpopulações por estratos de riscos. Na coluna da direita, sob a influência do modelo de determinação social saúde de Dahlgren e Whitehead, estão os diferentes níveis de determinação social da saúde: os determinantes intermediários, proximais e individuais. Na coluna do meio estão, sob a influência do CCM, os cinco níveis das intervenções de saúde

sobre os determinantes e suas populações - intervenções promocionais, preventivas e de gestão da clínica, como mostra a Figura 3⁹⁷:

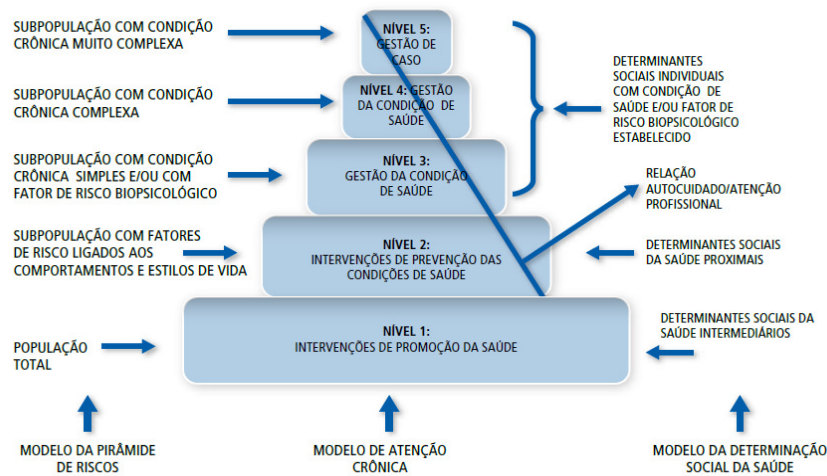


Figura 3: Modelo de Atenção às Condições Crônicas (MACC).
Fonte: Mendes, 2012.

A Organização Mundial da Saúde propõe outro modelo, o de Cuidados Inovadores para Condições Crônicas (CICC) e estabelece três âmbitos de aplicação: o âmbito macro, o âmbito meso e o âmbito micro. Mendes afirma que o MACC incorpora esses três âmbitos de operação do CICC no seu escopo, o que envolverá um plano estratégico que articule intervenções nesses três âmbitos, de forma coordenada^{97, 99}.

A utilização do MAC105C implica assumir que se devem promover mudanças profundas na forma como se presta a atenção à saúde. O fracasso dos sistemas fragmentados de atenção determinou a falência da principal instituição que o sustentou, a consulta médica de curta duração.

Por isso, para se ter sucesso no manejo das condições crônicas, há que se estabelecer modificações radicais na forma que se dão os encontros clínicos entre equipes e profissionais de saúde. Não seria demais afirmar que uma atenção adequada às condições crônicas poderia instituir uma nova clínica na Estratégia de Saúde da Família⁹⁷.

O atendimento de idosos frágeis, por exemplo, deve ser contínuo e ter como foco a avaliação e monitoramento da capacidade funcional, a avaliação e monitoramento dos medicamentos, a redução dos riscos de queda e o monitoramento do autocuidado e do trabalho dos cuidadores e da família¹⁴.

Segundo a PNSPI, a prática de cuidados às pessoas idosas exige abordagem global, interdisciplinar e multidimensional, que leve em conta a grande interação entre os fatores físicos, psicológicos e sociais que influenciam a saúde dos idosos e a importância do ambiente no qual estão inseridos. A abordagem também precisa ser flexível e adaptável às necessidades de uma clientela específica¹⁴.

Sendo assim, o restabelecimento da coerência entre a situação de saúde e um sistema integrado de saúde, voltado para a atenção às condições agudas e crônicas, exige a implantação das redes de atenção à saúde¹⁷.

3.3.3. O papel da Atenção Primária à Saúde na Rede de Atenção à Saúde

Mendes (2010) define RAS como:

(...) organizações poliárquicas de conjuntos de serviços de saúde, vinculados entre si por uma missão única, por objetivos comuns e por uma ação cooperativa e interdependente, que permitem ofertar uma atenção contínua e integral a determinada população, coordenada pela atenção primária à saúde - prestada no tempo certo, no lugar certo, com o custo certo, com a qualidade certa e de forma humanizada - e com responsabilidades sanitárias e econômicas por esta população⁷.

Há quase 100 anos, o Ministro da Saúde do Reino Unido, impulsionado por necessidades de reformas sanitárias pós-revolução industrial, elaborou o relatório Dawson (1920). Esse relatório previa que a organização do sistema de atenção à saúde deveria ocorrer em diversos níveis e preconizava a relação que deveria existir entre eles.

Foi uma proposta seminal das RAS coordenadas pela APS, representando uma proposta fundante da regionalização dos sistemas de atenção à saúde organizados em bases populacionais. Tal fato exerceu influência sobre os sistemas públicos da Europa Ocidental e do Canadá, até atingir, posteriormente, alguns países em desenvolvimento⁹⁷.

Mas foi na Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, realizada em Alma-Ata, em 1978, sob organização da Organização Mundial da Saúde (OMS) e do Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), que a APS foi aprovada como a principal estratégia para atingir a meta de “Saúde para todos no ano 2000” e definida como¹⁰⁶:

Cuidados essenciais baseados em métodos práticos, cientificamente bem fundamentados e socialmente aceitáveis e em tecnologia de acesso

universal para os indivíduos e suas famílias na comunidade, e a um custo que a comunidade e o país possam manter em cada fase de seu desenvolvimento (...) parte integrante tanto do sistema de saúde do país, de que são o ponto central e o foco principal, como do desenvolvimento socioeconômico geral da comunidade. Além de ser o primeiro nível de contato de indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, aproximando ao máximo possível os serviços de saúde nos lugares onde o povo vive e trabalha, constituem também o primeiro elemento de um contínuo processo de atendimento em saúde.(WHO, 1978)¹⁰⁶

Atenção Primária à Saúde (APS) pode ser entendida como uma estratégia populacional que requer o comprometimento dos governos para atender às necessidades em saúde da população através de serviços de atenção primária e sua relação com outros níveis ou tipos de serviços, tanto de saúde como outros setores sociais¹⁰⁷.

Sendo assim, a interpretação da APS como o nível primário do sistema de saúde interpreta-a como o modo de organizar e fazer funcionar a porta de entrada do sistema, enfatizando a função resolutiva desses serviços sobre os problemas mais comuns¹⁰⁸.

A interpretação da APS como estratégia de reordenamento do sistema de saúde compreende-a como uma forma singular de apropriar, recombina e reorganizar todos os recursos do sistema para satisfazer às necessidades, demandas e representações da população, o que implica a articulação da APS como parte de uma rede de atenção à saúde¹⁰⁹. Atuando como o centro de comunicação, é o elo intercambiador no qual se coordenam os fluxos e os contrafluxos do sistema de serviços de saúde, sendo constituído pelos pontos da Atenção Primária à Saúde¹⁷.

Para desempenhar seu papel de centro de comunicação da rede horizontal de um sistema de serviços de saúde, a Atenção Primária à Saúde deve cumprir três papéis essenciais: o de resolver a grande maioria dos problemas de saúde da população; o de comunicação, organizando os fluxos e contrafluxos dos sujeitos pelos diversos pontos de atenção à saúde; e o de responsabilização ao se corresponsabilizar pela saúde dos cidadãos em quaisquer pontos de atenção à saúde em que estejam¹¹⁰.

Nos últimos anos, principalmente no Brasil, a definição operacional da APS sistematizada por Starfield (1992)¹¹¹ vem sendo muito utilizada, inclusive pelo Ministério da Saúde. A partir desta definição, podemos conceituar os quatro atributos essenciais dos serviços de APS¹¹²:

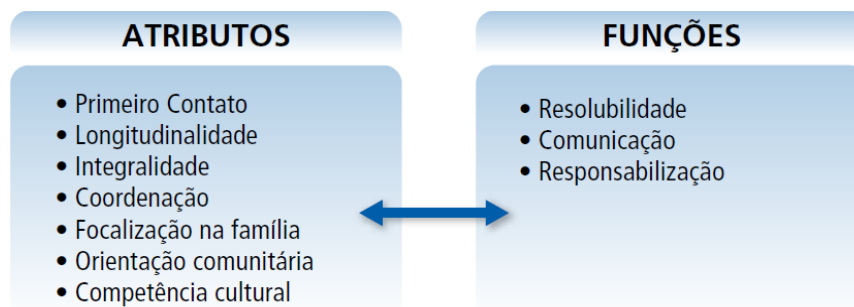


Figura 4 - Atributos essenciais e derivados e as funções da Atenção Primária à Saúde.
Fonte: Mendes, 2010.

Acessibilidade: Permitir o acesso de primeiro contato do indivíduo e utilização do serviço de saúde como fonte de cuidado a cada novo problema ou novo episódio de um mesmo problema. Acesso universal e em horário adequado às necessidades do usuário¹¹².

- **Longitudinalidade:** existência de uma fonte continuada de atenção e utilização ao longo do tempo. A relação entre a população e o serviço deve se refletir em uma relação interpessoal intensa que expresse a confiança mútua entre os usuários e os profissionais de saúde¹¹².
- **Integralidade:** Ações que o serviço de saúde deve oferecer para que os usuários recebam atenção integral, desde o caráter biopsicossocial como ações de promoção, prevenção, cura e reabilitação do processo saúde-doença, adequadas ao contexto da APS, mesmo que algumas ações não possam ser oferecidas dentro das unidades de APS. Incluem-se aí os encaminhamentos para especialidades médicas focais, hospitais, entre outros¹¹².
- **Coordenação da atenção:** O provedor de atenção primária deve ser capaz de integrar todo cuidado que o paciente recebe através da coordenação entre os serviços, pressupondo alguma forma de continuidade. Ou seja, reconhecimento de problemas abordados em outros serviços e a integração deste cuidado no cuidado global do paciente¹¹².

Outras três características, chamadas atributos derivados, qualificam as ações dos serviços de APS¹¹²:

- **Orientação familiar:** deve-se considerar o contexto familiar, seu potencial de cuidado e, também, de ameaça à saúde, incluindo o uso de ferramentas de abordagem familiar na avaliação das necessidades individuais para a atenção integral.

- Orientação comunitária: reconhecimento por parte do serviço de saúde das necessidades da comunidade através de dados epidemiológicos e do contato direto com a população (sua relação com ela), assim como o planejamento e a avaliação conjunta dos serviços.
- Competência cultural: adaptação do provedor (equipe e profissionais de saúde) às características culturais especiais da população para facilitar a relação e a comunicação com esta.

Assim, um serviço de atenção básica dirigido à população geral pode ser considerado provedor de atenção primária quando apresenta os quatro atributos essenciais, aumentando seu poder de interação com os indivíduos e com a comunidade ao apresentar também os atributos derivados¹¹²: Esses atributos podem ser avaliados separadamente, apesar de se apresentarem intimamente inter-relacionados na prática assistencial, individual ou coletiva, dos serviços de APS¹¹².

3.4. POLÍTICAS PÚBLICAS EM SAÚDE NO BRASIL NO CONTEXTO DAS RAS

3.4.1. Portaria 2.488, de 21 de outubro de 2011: política nacional de atenção básica¹⁶.

Desde os anos 90, o Brasil vem reformando seu sistema de saúde, a partir da definição de novas formas de financiamento e de reorganização da oferta de serviços. Nesse processo, a atenção básica tem merecido especial atenção, com a introdução de programas inovadores e estratégicos para a mudança do modelo assistencial do Sistema Único de Saúde (SUS)¹⁰⁸.

Para enfrentar esse desafio, o Ministério da Saúde vem utilizando diversas estratégias, destacando-se os programas especiais – o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), desde 1991 e o Programa Saúde da Família (PSF), desde 1994¹¹³.

Percebendo a expansão do Programa Saúde da Família que se consolidou como estratégia prioritária para a reorganização da Atenção Básica no Brasil, o governo emitiu a Portaria Nº 648, de 28 de Março de 2006, onde regulamentou a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), que estabeleceu a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para o PSF e para o PACS¹¹⁴.

No mesmo ano, o Ministério da Saúde também propõe a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) num esforço para o enfrentamento dos desafios de produção da saúde num cenário sócio-histórico cada vez mais complexo e que exige reflexão e qualificação contínua das práticas sanitárias e do sistema de saúde, com ênfase na atenção primária⁸³.

Com a justificativa de que experiência acumulada em todos os entes federados demonstrava a necessidade de adequação de suas normas, uma “nova” PNAB foi republicada através da Portaria MS/GM nº 2.488, de 21 de outubro de 2011, considerando os termos Atenção Básica e Atenção Primária a Saúde, nas atuais concepções, como termos equivalentes¹⁶.

Segundo a PNAB, a APS é definida, por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades¹⁶.

Ela é desenvolvida por meio do exercício de práticas de cuidado e gestão, democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios definidos, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações¹⁶.

Utilizam-se tecnologias de cuidado complexas e variadas que devem auxiliar no manejo das demandas e necessidades de saúde de maior frequência e relevância em seu território, observando critérios de risco, vulnerabilidade, resiliência e o imperativo ético de que toda demanda, necessidade de saúde ou sofrimento devem ser acolhidos¹⁶.

É desenvolvida com o mais alto grau de descentralização e capilaridade, próxima da vida das pessoas. Deve ser o contato preferencial dos usuários, a principal porta de entrada e centro de comunicação da Rede de Atenção à Saúde. Orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade, do vínculo, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social¹⁶.

No Brasil o PSF tem sido expandido gradualmente: em 2010, havia aproximadamente 236.000 agentes comunitários de saúde e 30.000 equipes de

saúde da família, que atendiam cerca de 98 milhões de pessoas em 85% (4.737) dos municípios brasileiros¹¹⁵.

Os investimentos na atenção básica trouxeram alguns resultados positivos. Em 2008, 57% dos brasileiros referiram a atenção básica como seu serviço de saúde de uso habitual (em 1998 essa porcentagem era de 42%), enquanto a proporção de pessoas que descreveram os ambulatórios hospitalares como sua fonte habitual de cuidados diminuiu de 21% para 12% no mesmo período^{115, 116}.

Alguns usuários das unidades de saúde da família afirmaram que os encaminhamentos a serviços secundários são mais efetivos quando feitos por uma equipe de saúde da família e que o tempo de espera é mais curto que nos casos de encaminhamentos feitos por outras fontes. Entretanto, uma proporção significativa ainda buscava serviços especializados sem encaminhamento da atenção básica^{115, 117}.

O uso de serviços do PSF também está associado a melhorias em alguns resultados em saúde, como a redução na taxa de mortalidade infantil pós-neonatal (atribuído à redução no número de mortes por diarreia e por infecções do aparelho respiratório). Outros benefícios para o sistema de saúde incluem melhorias na notificação de estatísticas vitais e reduções em internações hospitalares potencialmente evitáveis, que caíram quase 15% desde 1999¹¹⁵.

Apesar dos avanços desde a sua implantação em 1994, passando a sua elevação a condição de política de estado em 2006, muito ainda há de ser enfrentado: precariedade da rede física, acesso restrito, pouco trabalho em equipe, despreparo técnico e alta rotatividade dos profissionais¹¹⁸, falta de integração entre as unidades tradicionais de atenção básica criadas antes do PSF, e as unidades de saúde da família¹¹⁵. Em geral, esses dois serviços distintos não estão integrados e a população utiliza um ou outro, de acordo com a facilidade de acesso e a sua conveniência¹¹⁵.

Também é ainda insuficiente o investimento na integração da atenção básica com outros níveis assistenciais. A oferta de serviços especializados é dificultada também pela baixa integração entre prestadores dos níveis municipal e estadual, especialmente na oferta de exames de apoio diagnóstico. A capacidade administrativa no nível municipal é muitas vezes deficiente, assim como a regulamentação nacional¹¹⁵.

Em relação aos ESF e aos idosos, a PNAD 2008 investigou se os domicílios estavam cadastrados no referido programa e se as pessoas tinham plano de saúde. Há um número expressivo de idosos (32,5%) que não tinham seu domicílio cadastrado no programa nem tinham plano de saúde particular. Essa situação de desproteção não se altera até o rendimento domiciliar per capita de até 2 salários mínimos, perfazendo 2/3 de idosos sem qualquer cobertura de saúde pública, pelo programa, ou privada, via plano de saúde⁵².

Em última análise, os desafios enfrentados pelo SUS são políticos, pois não podem ser resolvidos na esfera técnica; só poderão ser solucionados com os esforços conjuntos dos indivíduos e da sociedade. Tais obstáculos impedem a atenção básica de atingir plenamente seus objetivos e ressaltam o fato de que estratégias como a de saúde da família são processos em construção¹¹⁷.

3.4.2. Portaria no. 4279 de 30 de dezembro de 2010 - RAS no âmbito do SUS¹¹⁸

No Brasil, o tema tem sido tratado, recentemente, mas com uma evolução crescente. Mendes (1998), sem falar explicitamente das RAS, mencionou movimentos imprescindíveis à sua concretização sob a forma de uma reengenharia do sistema de atenção à saúde. Já em 2001 fez uma análise crítica da fragmentação do sistema público brasileiro e propôs a construção de sistemas integrados de saúde que articulassem os territórios sanitários, os componentes da integração e a gestão da clínica, sendo uma proposta sistemática de construção de RAS no SUS¹¹⁹⁻¹²¹.

Em 2006, o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) colocou como um dos desafios do SUS promover o alinhamento da situação epidemiológica brasileira com o modelo de atenção à saúde do SUS, por meio da implantação de RAS. Posteriormente, desenvolveu e vem aplicando em Secretarias Estaduais de Saúde oficinas de redes de atenção à saúde^{17, 122, 123}.

Em 2008, o Ministério da Saúde analisou historicamente as RAS no SUS, estabeleceu as razões para a sua adoção, definiu o seu conceito e os seus princípios, formulou um processo de transição para as RAS por meio dos Territórios Integrados de Atenção à Saúde (TEIAS) e as linhas de cuidado além de propor as diretrizes para sua implantação^{17, 124}.

Nos últimos anos, as experiências de RAS têm acontecido em diversos estados brasileiros. A conjunção desses movimentos e de outras iniciativas propiciou

um consenso na Comissão Intergestores Tripartite entre posicionamentos do Ministério da Saúde, do CONASS e do CONASEMS sobre a RAS, sendo materializado na Portaria 4.279, de 30 de dezembro de 2010¹¹⁸.

Esse documento estabelece as diretrizes para organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), em sintonia com a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) e a Política Nacional de Promoção à Saúde (PNPS), ambas voltadas para a configuração de um modelo de atenção capaz de responder às condições crônicas e às condições agudas e promover ações de vigilância e promoção à saúde, efetivando a APS como eixo estruturante da RAS no SUS¹¹⁸.

A Rede de Atenção à Saúde é então definida como arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado. Seu objetivo é promover a integração sistêmica, de ações e serviços de saúde com provisão de atenção contínua, integral, de qualidade, responsável e humanizada, bem como incrementar o desempenho do Sistema, em termos de acesso, equidade, eficácia clínica e sanitária e eficiência econômica¹¹⁸.

Justifica-se sua reflexão para a organização do sistema público de saúde devido à insuficiência do modelo fragmentado atual em atender às necessidades de saúde da população fundamentadas nas ações curativas, centrado no cuidado médico e estruturado com ações e serviços de saúde dimensionados a partir da oferta - tem se mostrado insuficiente para dar conta dos desafios sanitários atuais e, insustentável para os enfrentamentos futuros. Associado a mudança do padrão demográfico impulsionado pelo envelhecimento populacional e a tripla carga de doenças com a prevalência de eventos crônicos e a concomitância de eventos agudos¹¹⁸.

Em seu aspecto conceitual, o documento pode divergir em relação a terminologias utilizadas por Mendes (2011), no entanto, agrega outros conceitos já difundidos na organização do SUS e mantém consonância com o objetivo desse estudo^{17,118}.

3.4.3. Decreto 7.508 de 28 de junho de 2011: organização do SUS para as RAS⁸⁸

O Decreto no. 7.508, de 28 de junho de 2011, regulamentou a Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa ⁷⁹. Para esse decreto foram estabelecidos dentre outros dispositivos, aqueles relacionados às RAS, como as Regiões de Saúde⁸⁸.

A Região de Saúde é definida como espaço geográfico contínuo constituído por agrupamentos de municípios limítrofes, delimitado a partir de identidades culturais, econômicas e sociais e de redes de comunicação e infraestrutura de transportes compartilhados, com a finalidade de integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde. Essa para ser instituída, deve conter, no mínimo, ações e serviços de: I - atenção primária; II - urgência e emergência; III - atenção psicossocial; IV - atenção ambulatorial especializada e hospitalar; V - vigilância em saúde⁸⁸.

Os entes federativos é que definirão os elementos em relação às Regiões de Saúde: I - seus limites geográficos; II - população usuária das ações e serviços; III - rol de ações e serviços que serão ofertados; e IV - respectivas responsabilidades, critérios de acessibilidade e escala para conformação dos serviços⁸⁸.

No âmbito de uma Região de Saúde, ou de várias delas, em consonância com diretrizes pactuadas nas Comissões Intergestores, estarão compreendidas as Redes de Atenção à Saúde, que são aqui definidas como o conjunto de ações e serviços de saúde articulados em níveis de complexidade crescente, com a finalidade de garantir a integralidade da assistência à saúde⁸⁸.

Determina a função das RAS, no que concerne a assistência à saúde, quando estabelece que a integralidade da assistência à saúde se inicia e se completa na Rede de Atenção à Saúde, mediante referenciamento do usuário na rede regional e interestadual, conforme pactuado nas Comissões Intergestores⁸⁸.

O acesso universal, igualitário e ordenado às ações e serviços de saúde se inicia pelas Portas de Entrada do SUS e se completa na rede regionalizada e hierarquizada, de acordo com a complexidade do serviço. Para isso são consideradas como Portas de Entrada às ações e aos serviços de saúde nas Redes de Atenção à Saúde: I - atenção primária; II - atenção de urgência e emergência;

III - atenção psicossocial; e IV - especiais de acesso aberto; além de outras, desde que pactuadas previamente entre os gestores⁸⁸.

Apesar de identificar e reconhecer outras unidades como porta de entrada do sistema, o decreto enfatiza e estabelece que o acesso universal e igualitário às ações e aos serviços de saúde deverá ser ordenado pela APS e deve ser fundado na avaliação da gravidade do risco individual e coletivo e no critério cronológico, observadas as especificidades previstas para pessoas com proteção especial, conforme legislação vigente⁸⁸.

3.4.4. Portaria nº 841, de 02 de maio de 2012 e a RENASES: o idoso e as redes de atenção à saúde¹²⁵.

O Decreto nº 7.50879 estabelece que o acordo de colaboração entre os entes federativos para a organização da RAS será firmado por meio de Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde (COAP) onde serão definidas as responsabilidades individuais e solidárias com relação às ações e serviços de saúde, os indicadores e as metas de saúde, os critérios de avaliação de desempenho, os recursos financeiros que serão disponibilizados, a forma de controle e fiscalização da sua execução e demais elementos necessários à implementação integrada das ações e serviços de saúde⁸⁸.

Em relação ao processo de planejamento, há o entendimento que este será ascendente e integrado, do nível local até o federal, ouvindo os respectivos Conselhos de Saúde, compatibilizando-se as necessidades das políticas de saúde com a disponibilidade de recursos financeiros. O planejamento deve ser efetuado no âmbito dos planos de saúde e deverão conter metas de saúde⁸⁸.

Para apoiar o planejamento e configurar os COAP, o decreto instituiu como dispositivo, o mapa de saúde que, primeiramente, deve mostrar de modo censitário (descrição geográfica) todos os recursos de saúde: da distribuição de recursos humanos às ações e serviços de saúde ofertados pelo SUS (próprio e privado complementar) e pela iniciativa privada, o que possibilitará a realização do mapa de saúde de metas, o qual induzirá a organização das redes de atenção à saúde em busca da qualidade e eficiência nos seus resultados⁸⁸.

Como referência (produto), os gestores terão a Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde do SUS - RENASES, que compreende todas as ações e serviços

que o SUS oferece ao cidadão - e é revisada a cada dois anos- e a Relação Nacional de Medicamentos Essenciais- RENAME, que contém a lista de medicamentos indicados e custeados pelo SUS¹²⁵.

Ou seja, segundo a Portaria nº 841, de 02 de maio de 2012, que publicou a RENASES, as ações e serviços de saúde devem ser oferecidos de acordo com os regramentos do SUS no tocante ao acesso, ordenado pela APS, baseados em critérios de referenciamento na Rede de Atenção à Saúde e fundamentados em normas, protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas do próprio SUS¹²⁵.

Os procedimentos foram agrupados na Tabela Unificada e essa está estruturada de forma que sejam expressos a organização dos serviços e o atendimento da integralidade do cuidado, nos seguintes componentes: I - ações e serviços da atenção básica (primária); II - ações e serviços da urgência e emergência; III - ações e serviços da atenção psicossocial; IV - ações e serviços da atenção ambulatorial especializada e hospitalar; V - ações e serviços da vigilância em saúde¹²⁵.

A saúde do idoso tem critérios próprios na RENASES, inserida no componente da APS, com as seguintes ações: ações de prevenção, aconselhamento, identificação de riscos, prevenção de quedas e fraturas, detecção e tratamento precoce de problemas de saúde; prevenção, identificação e acompanhamento de distúrbios nutricionais da pessoa idosa; identificação e acompanhamento de situações de violência contra idosos; prevenção, identificação e acompanhamento da pessoa idosa em processo de fragilização; levantamento e acompanhamento dos idosos na comunidade; identificação de situações de risco/vulnerabilidade, com avaliação da capacidade funcional; ações de imunização específicas para o grupo¹²⁵.

Essas ações estão em conformidade com o Plano Nacional de Saúde 2012-2015, no que se refere à meta de redução da fratura por queda, que aliada às diretrizes por ele apresentadas, com enfoque na educação permanente, direcionam à organização da RAS em busca do alcance da meta⁵³.

No entanto isso não será suficiente se a tão enfatizada proposta à implantação das RAS não convocar mudanças radicais no modelo de atenção à saúde praticado no SUS. Aponta-se para a necessidade da implantação de novos modelos de atenção às condições agudas e crônicas⁹⁷.

Mendes (2012) coloca que isso é insuficiente para garantir uma atenção pública universal e de qualidade, sem que haja o alinhamento dos incentivos econômicos por meio da superação do sistema de pagamento por procedimentos e sem a alteração dos modelos de atenção à saúde praticados no SUS, fará com que esses recursos adicionais sejam apropriados, rapidamente, por prestadores de serviços mais bem posicionados na arena política da saúde sem que gerem, necessariamente, valor para os cidadãos⁹⁷.

3.5. O SISTEMA DE SAÚDE NA SES/DF COM ÊNFASE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE (APS).

3.5.1. Resgate histórico

Durante a fundação de Brasília, em 1960, o modelo assistencial nacional privatista aos trabalhadores era hegemônico, e caracterizava-se pelo estado como financiador do sistema por meio da previdência através dos Institutos de Aposentadoria e Pensão (IAPs). Nesse contexto, o setor privado nacional atuava como prestador de serviços de assistência médica e o setor privado internacional, como o maior produtor de insumos, em especial de equipamentos médicos e medicamentos^{126,127}.

Contrastando com o cenário nacional e objetivando uma oferta de serviços públicos modernos, foram instituídas, através do Plano Bandeira de Melo, as diretrizes de um modelo de atenção à saúde no DF de acesso universal à população. A implantação culminou com a criação de uma instância de gestão denominada Fundação Hospitalar do Distrito Federal (FHDF), integrada por estruturas hospitalares de diferentes níveis de complexidade, e uma rede de serviços básicos capazes de oferecer uma assistência a 500 mil habitantes. No entanto, centrado no modelo biologista e hospitalocêntrico que, em síntese, são as bases da política de saúde do DF nos dias de hoje¹²⁶.

Em 1979, baseado nas experiências do modelo de saúde inglês e na Declaração de Alma Ata (1978), realizou-se a elaboração de um novo Plano de Assistência à Saúde no DF (1979-1994). O Plano Jofran Frejat (Plano JF) - como ficou conhecido, devido ao então Secretário de Saúde e principal elaborador do novo plano - teve forte contextualização nas características demográficas e políticas ao

final da década de 70, quando já se enunciava a fase de enfraquecimento ditatorial e iniciava-se a redemocratização do País¹²⁶.

Propuseram-se estruturas sanitárias compatíveis com Unidades Básicas de Saúde (UBS), com o objetivo da promoção e atendimentos de baixa complexidade. Para isso, empregaram-se como princípios norteadores, o foco na saúde e não na doença, utilizar a vigilância sanitária e epidemiológica para o trabalho de saúde nas comunidades, regionalizar os recursos por área populacional, além da hierarquização da assistência e do sistema de referência e contrarreferência¹²⁶.

Essa hierarquização presumia a existência de três níveis de atenção: na primária, médicos generalistas; na secundária, os especialistas, comprometidos com a resolução de problemas dentro de cada especialidade e encaminhados por médicos do nível primário; e no nível terciário, composto por serviços altamente especializados, disponíveis em centros regionais de alta tecnologia e com custo elevado, voltados para a resolução de problemas complexos¹²⁸.

Esse modelo obteve um impacto positivo na reorganização do sistema público de saúde na época. Ampliou a oferta de serviços com uma evolução ascendente dos atendimentos ambulatoriais em comparação aos atendimentos hospitalares observando-se ainda a melhora dos indicadores epidemiológicos. Contudo, não se conseguiu transformar o Sistema de Saúde local, resultando no gradativo retorno da demanda espontânea aos serviços de emergência hospitalar e abandono das UBS pela população e pelos profissionais¹²⁶.

Vários fatores foram determinantes para o enfraquecimento do Plano de Assistência à Saúde: (a) insatisfação de profissionais especialistas atuando em modelo de APS; (b) incorporação crescente de novas tecnologias na complementaridade diagnóstica transmitindo a ideia de insuficiência da APS; (c) ausência de espaço para participação social no planejamento em saúde; (d) a explosão demográfica associada à política habitacional de doação de lotes; (e) transformações legislativas e executivas no governo do DF; (f) contingenciamento de recursos financeiros para o setor saúde¹²⁶.

Há que se destacar a ocupação do espaço urbano do DF, que percorreu todo o processo de implantação do Plano de Assistência à Saúde e representou grande dificuldade de acesso da população aos serviços de saúde, por conta da rapidez na urbanização, pelas condições precárias em que ocorreu e pelo perfil da população migrante, de baixa renda e escolaridade. Em 1960, a população do DF era estimada

em 140.164 habitantes. Já em 1991, a população já alcançava 1.601.094 habitantes^{126, 129}.

Tal fato deve-se em grande parte à política habitacional de doação de lotes, incorporada ao projeto eleitoral dos políticos locais. Os assentamentos, transformados em cidades satélites com baixíssima infraestrutura, implicaram na impossibilidade do alcance de 100% de cobertura populacional pelas UBS, impulsionando a continuidade do fluxo de atendimento aos hospitais^{126, 129}.

Transformações no cenário nacional também influenciaram uma reformulação do Plano. Fatos como a VII Conferência Nacional de Saúde em 1986, além da concessão de autonomia política ao DF - com eleições diretas para governador e deputados distritais em 1989 - instituição das competências legislativas e criação das Regiões Administrativas para favorecer a descentralização administrativa. Contudo, as transformações não incorporavam a descentralização da gestão de recursos e havia baixos investimentos no setor saúde¹²⁶.

Em junho de 1993, a lei orgânica do Distrito Federal foi promulgada, constituindo o arcabouço legal que norteia a organização política e administrativa e do desenvolvimento do DF¹³⁰. Em 1994, após o segundo pleito eleitoral direto, é proposto um novo plano de Reorganização do Modelo Assistencial, o REMA (1995-1998), mas com curta duração¹²⁶.

Com pouca repercussão prática na reorganização do sistema, o novo Secretário de Saúde assume o cargo e em 1997 é criado o Programa Saúde em Casa (PSC), projeto similar ao Programa Saúde da Família (PSF) do Ministério da Saúde, acrescido de um odontólogo na equipe. O programa levava em consideração: população adstrita das cidades, o perfil epidemiológico, a cobertura completa da família¹²⁶.

Essas equipes seriam a porta de entrada dos usuários para o sistema de saúde. Essas equipes encaminhariam as situações mais complexas para um Centro de Saúde e desses para um hospital que, se necessário, encaminharia para uma unidade de maior complexidade. Sendo assim, ampliou-se o acesso da população aos serviços e houve uma ruptura do modelo da Atenção Básica, centrado nas especialidades básicas¹³¹. Ao final de 1998 o PSC já alcançava 78% de cobertura em todo o DF¹²⁶.

Com a expansão do DF e conseqüentemente do sistema de saúde local, em 1998 estavam criadas 15 (quinze) Direções Regionais de Saúde (atuais Diretorias

Regionais de Saúde), cujas atribuições seriam: planejar ações de saúde a partir das necessidades socio sanitárias da população, garantindo o controle social; fomentar e coordenar as ações de saúde das unidades executivas e programas existentes na sua área de abrangência, incluídas as de referência e de contrarreferência; articular as políticas e os recursos intrasetoriais e intersetoriais; coordenar a execução de política de recursos humanos, recursos materiais e recursos econômico-financeiros das unidades de saúde na área de abrangência¹³⁰.

Devido ao contínuo movimento migratório para o DF e à fixação não planejada de pessoas, formou-se uma região populosa no entorno que passou a interagir de forma assimétrica com a estrutura e com os recursos concentrados no DF. Nesse contexto, cria-se, em 1998, a Região Integrada de Desenvolvimento do Distrito Federal (RIDE-DF), com objetivo de trazer organização e racionalidade ao desenvolvimento da região¹³².

Em 1999 com novas eleições para governador, retorna com o Secretário de Saúde, a liderança técnica do Plano de Assistência à Saúde e, com apoio dos movimentos sindicais, contrários à contratação de servidores através de organizações não governamentais, devido a disparates salariais e de carreira, além da cristalização das práticas em saúde, baseadas nos modelos de especialidades médicas. Assim, extingue-se o PSC¹²⁶.

Daí derivou-se uma crise interna desse governo, pois a aposta do MS era o Programa Saúde da Família com expansão no cenário nacional. Por meio de mecanismos financeiros e normativos, como a NOAS nº. 01/2002 realizaram-se mudanças e adaptações no sistema de saúde que influenciaram a decisão da SES/DF na reorganização da Atenção Básica e continuidade na implantação do Programa Saúde da Família (PSF). Até 2002, final da gestão, a cobertura de ESF havia caído de 50,9% para 6,6%¹²⁶.

Em 2003, na terceira tentativa da SES-DF em mudar o modelo assistencial por meio da Estratégia de Saúde da Família - semelhante ao PSC do período de 1995-1998 e diferente do PSF, do período de 1999-2002 - em uma proposta que adaptasse as diretrizes do MS à realidade do DF e incluindo as experiências acumuladas nos anos anteriores, é criado o Programa Família Saudável (PFS), que é acrescido dos programas de assistência mental e prisional¹²⁶.

O contrato firmado entre o GDF e uma Organização da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIP) - Fundação Zerbini (FZ) - foi marcado por conflitos

políticos dentro do governo pautados por “apadrinhamentos” na busca por cargos, o que levou a interrupções jurídicas nas contratações. Além disso, ocorria uma fragmentação do comando gerencial quando o servidor era contratado pela SES-DF, mas subordinado à OSCIP¹²⁶.

Em relação ao perfil assistencial, semelhante às tentativas anteriores, até 2007 não houve mudança no padrão de atendimento hospitalar, inclusive houve um acréscimo deste. Sendo assim, o objetivo de mudar o modelo hospitalocêntrico do DF ainda não foi alcançado e segue com um déficit de leitos hospitalares com uma cobertura da ESF, no final de 2007, de 4%¹²⁶.

Com retorno à denominação Programa Saúde da Família (PSF) e a regularização com a OSCIP mantenedora (FZ), a coordenação do Programa passava a ser realizada pela Diretoria de Atenção Primária e Estratégia de Saúde da Família (DIESF) da SES/DF. Em um cenário de baixa cobertura de ESF (17%), descrédito da população em relação às UBS e a desmobilização dos profissionais, é iniciado o plano de reorganização da Atenção Primária à Saúde no DF^{126, 133}.

3.5.2. Atualidades: plano de reorganização da atenção primária à saúde no DF

O Plano está estruturado em quatro eixos norteadores, com seus respectivos componentes e ações estratégicas, a serem desenvolvidos em fases, considerando o período de 2010 a 2014¹³³:

- Eixo I – Estruturação da Gestão e dos Serviços da Atenção Primária à Saúde no DF (espaço físico, equipamentos e recursos humanos);
- Eixo II – Organização do processo de trabalho das Equipes de Saúde da Família no DF e das equipes de apoio – Núcleos de Apoio à Saúde da Família, Saúde da População de Rua, Saúde Prisional e Atenção Domiciliar;
- Eixo III – Monitoramento e Avaliação das ações de saúde desenvolvidas nos serviços de APS;
- Eixo IV – Desenvolvimento de estudos e pesquisas em APS no DF.

Em relação à área administrativa, até agosto de 2010, a gestão da Atenção Primária na Secretaria de Saúde do Distrito Federal estava estruturada, no nível central, como uma diretoria (DIAPS) diretamente subordinada a Subsecretaria de Atenção à Saúde (SAS). No âmbito das regionais de saúde, a gestão da APS era

constituída por Núcleos de APS e Saúde da Família (NAPESF) ou Gerências de APS e Saúde da Família (GAPESF), subordinadas à Diretoria de Atenção à Saúde (DAS) e essa, por sua vez, subordinada à Diretoria Geral de Saúde – DGS, também diretamente subordinada a SAS¹³³.

Como parte do Plano para o alcance dos objetivos, foram necessárias mudanças na estrutura organizacional. No nível central da SES/DF, a DIAPS é elevada a status de Subsecretaria de Atenção Primária em Saúde (SAPS). Nos níveis regionais, os NAPESF ou GAPESF foram substituídos e elevados para Diretorias de Atenção Primária à Saúde (DIRAPS) subordinadas, agora diretamente, às Coordenações Gerais de Saúde (CGS), antigas DGS¹³⁴.

Sob o ponto de vista assistencial, portanto, a SES/DF está constituída em 7 Regiões de Saúde (Centro-Sul, Centro-Norte, Oeste, Norte, Leste, Sudoeste e Sul), considerando para tanto, os limites territoriais, as identidades culturais, econômicas e sociais, as redes de comunicação e a infraestrutura de transportes. Tais Regiões se conformam segundo agrupamentos das 15 CGS que, por sua vez, se constituem de agrupamentos de 31 Regiões Administrativas^{130, 132}.



Figura 5 - Mapa das Regiões de Saúde no PDR da SES/DF.

Fonte: Plano Diretor de Regionalização - SES/DF, versão 2007.

Em 2012, a APS do DF estava composta por: 84 (oitenta e quatro) equipes urbanas e 26 (vinte e seis) rurais da ESF (cerca de 14 % de cobertura de população total); 64 (sessenta e quatro) centros de saúde tradicionais (UBS); 04 (quatro) Centros de Atenção Psicossocial; 12 (doze) hospitais regionais de nível

secundário/terciário; 01 hospital de apoio, 01 terciário - Hospital de Base do Distrito Federal¹³².

O Hospital Universitário de Brasília, pertencente à rede própria de hospitais escolas do Ministério da Educação, também recebe incentivos e integra-se à rede da SES, provendo assistência médico-hospitalar e o atendimento psicossocial¹³².

Foi observado um aumento da cobertura da população pelas equipes da Estratégia Saúde da Família em 2011, totalizando 31,99% da população do Distrito Federal¹³².

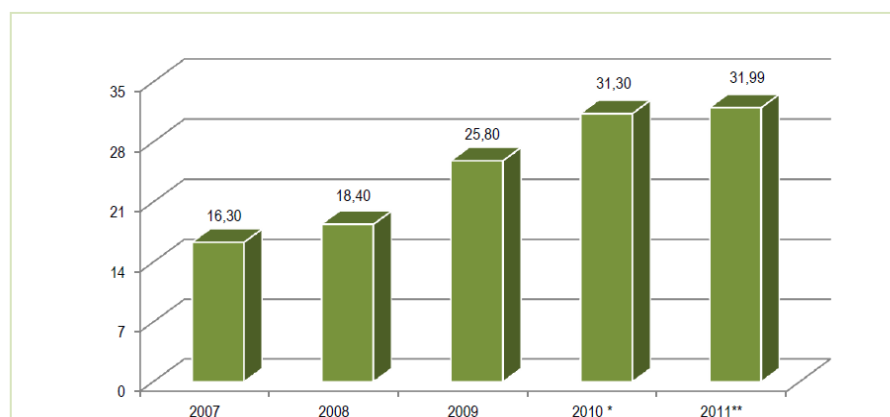


Figura 6 - Cobertura populacional da Estratégia Saúde da Família.

Fonte: SIAB/DATASUS e PNAD/IBGE – 2011.

(*) dado do censo IBGE.

(**) dado obtido a partir da estimativa populacional para o DF em 1º. De julho de 2011 (IBGE).

No entanto, o DF ainda possui baixo desempenho em indicadores sanitários. O Índice de Desempenho do SUS (IDSUS) é um indicador síntese que faz uma aferição contextualizada do desempenho do Sistema de Único de Saúde (SUS) quanto ao acesso e à efetividade da Atenção Básica, da Atenção Ambulatorial, Hospitalar e das Urgências e Emergências¹³⁵.

Durante a análise foi verificada a infraestrutura do setor, além de analisar se os serviços ofertados têm capacidade de dar as melhores respostas aos problemas de saúde da população. A ferramenta leva em consideração as análises de Desenvolvimento Socioeconômico (IDSE), de Condições de Saúde (ICS) e de Estrutura do Sistema de Saúde do Município (IESSM)¹³⁵.

O IDSUS avaliou entre 2008 e 2010 os diferentes níveis de atenção do SUS, sendo que o DF alcançou a média de 5,09. Referente à cobertura estimada das ESF, que mede a cobertura das equipes básicas de saúde o DF (ESF ou clínica

médica, ginecologia, pediatria) alcançou 4,26. Uma maior cobertura indicaria maior oferta de serviços das clínicas básicas e facilidade de acesso^{135, 136}.

Em relação à razão de procedimentos ambulatoriais selecionados de média complexidade -, que mede a relação entre a produção de procedimentos de média complexidade com financiamento pelo SUS e a população residente na mesma área geográfica, indicando o acesso obtido ou cobertura realizada para tais procedimentos- o DF alcançou 3,74^{135,136}.

Em relação a proporções de internação sensíveis à atenção primária, ou seja, percentual das internações sensíveis à atenção básica (ISAB) da população residente, dividido pelo total de internações clínico-cirúrgicas, o DF alcançou 9,29. Resultado elevado significa que as internações sensíveis representam a maioria internações de média complexidade e indiretamente mede a baixa resolubilidade da atenção básica^{135, 136}.

Hoje, grande parte das Unidades Básicas de Saúde necessita de adequações físicas e renovação de equipamentos e mobiliários para o adequado desempenho de suas funções. A manutenção predial e de equipamentos dos serviços que compõem a APS é insuficiente frente às necessidades. Acrescente-se a essas dificuldades, a grande precariedade do sistema de transporte às Equipes Saúde da Família, tanto no deslocamento de seus profissionais, quanto no apoio ao desenvolvimento das ações nas localidades, bem como no traslado de usuários que necessitem da ida a serviços de referência à APS¹³³.

A Estratégia Saúde da Família no DF foi implantada de maneira pulverizada e insuficiente, em áreas com baixíssima cobertura por serviços de saúde, de forma que, em sua maior parte, excedem sua capacidade de adscrição de clientela, que é de até 4.000 pessoas por equipe da ESF, não conseguindo realizar o modelo proposto que contempla a integralidade da atenção – promoção, prevenção, tratamento e reabilitação, numa abordagem tanto individual quanto coletiva, reconhecendo o papel fundamental dos sujeitos e sua comunidade como corresponsáveis pela saúde e qualidade de vida. Nesse contexto, algumas equipes passaram a atuar na lógica de atendimento fragmentado, centrada em queixa conduta individual e voltada para episódios agudos¹³³.

3.5.3. O núcleo de atenção à saúde do idoso na SES/DF

O Núcleo de Atenção à Saúde do Idoso (NUSI) foi implantado na Secretaria de Saúde do DF em 1992, dentro de uma perspectiva biopsicossocial, com ênfase na promoção de saúde, reabilitação, prevenção e tratamento de agravos à saúde desta faixa populacional. O universo de atuação do Núcleo é a população de idade igual ou superior a 60 anos¹³⁷.

O NUSI está presente na Administração Central da SES subordinado à Diretoria de Ciclo de Vida e Práticas Integrativas à Saúde (DCVPIS) e à Subsecretaria de Atenção Primária de Saúde (SAPS)¹³⁷.

Como atividades gerais, são desenvolvidos: suporte técnico-científico para supervisão, avaliação, capacitação de recursos humanos; a organização de serviços; levantamento de dados epidemiológicos; elaboração de protocolos de pesquisa e de material educativo; além da condução de projetos integrados a outros setores governamentais e não governamentais¹³⁷.

A extensão do NUSI nas DGS se faz através do Programa de Atenção à Saúde do Idoso (PAISI) com ênfase nas ações de Promoção à Saúde, de forma descentralizada e buscando a autonomia das regionais de saúde, realizando programas específicos para o idoso como ginástica nas quadras, escola de avós, circuito multissensorial, além de parcerias com outros órgãos como Corpo de Bombeiros (CBMDF) e Departamento de Trânsito (DETRAN)¹³⁷.

Quanto ao atendimento ao idoso na SES/DF, não se menciona uma Rede de Atenção à Saúde, mas é estabelecida como porta de entrada para o idoso na rede de saúde do DF - a exemplo da maioria das outras demandas a Atenção Primária à Saúde (Centros de Saúde ou Programa Estratégico de Saúde da Família)¹³⁷.

Após atendimento na APS, se houver necessidade, o médico encaminha o paciente para os Centros de Referência ao Idoso ou ambulatórios de geriatria através de uma ficha de referência e contrarreferência. (fluxograma para atendimento ao idoso na SES/DF - anexo I)¹³⁷.

Para ocorrer o encaminhamento ao serviço de geriatria o paciente deve ter 80 anos ou mais, ou ainda, ter 60 anos ou mais com pelo menos um dos critérios seguintes: dependência em atividades básicas de vida diária, incapacidade cognitiva (declínio cognitivo, demência, depressão, delirium/confusão mental), Parkinsonismo, incontinência urinária e fecal, imobilidade parcial ou total, instabilidade postural

(quedas de repetição, fratura por baixo impacto – fêmur), polipatologia (5 ou mais diagnósticos), polifarmácia (5 ou mais medicamentos), descompensações clínicas ou internações frequentes¹³⁷.

Estipulam-se como Centros de Referência de Atendimento ao Idoso com equipe multidisciplinar (Portaria GM/MS n.702/2002 e Portaria SAS/MS n. 249/2002) cinco Regionais de Saúde do DF. Dentre elas, o Hospital Regional do Paranoá¹³⁷.

Quanto aos Indicadores e Metas de Saúde da População Idosa, SES/DF em 2011, o NUSI toma por diretriz os mesmos objetivos, metas e indicadores descritos no Pacto pela Saúde na área do idoso, com a meta de reduzir em 2% ao ano o número de internações por fraturas de fêmur em idosos^{85, 137}.

Para atingir a meta pactuada, o Núcleo realiza oficinas de prevenção de quedas e osteoporose e curso de qualificação em saúde da pessoa idosa para nível técnico e superior entre os funcionários da SES/DF¹³⁷.

O NUSI apresentou como resultado uma redução do número de fraturas em todo o DF, de um total de 381 em 2009 para 166 em 2011. O cálculo do indicador é a razão entre o número de internações hospitalares por fratura do fêmur em pessoas com 60 anos ou mais, por local de residência sobre o total da população com 60 anos ou mais, em mesmo período de tempo e local, vezes 10.000¹³⁷.

Há de se ressaltar que essa queda do indicador pode ser relativa, se for considerado o ritmo de envelhecimento da população do DF que aumenta desproporcionalmente o denominador, enquanto já são conhecidos e esperados os fatores que levam à fratura. Em 2009, os idosos no DF somavam 109 mil, crescimento de 16,5% em relação ao quadro atual de 197.613 pessoas com 60 anos ou mais.

A mudança radical de demanda consequente à Transição da Estrutura Etária impõe a readequação do sistema de saúde, nos aspectos de infraestrutura e de recursos humanos, como também o desenvolvimento de uma ampla base técnica e metodológica que inclui a revisão de procedimentos e protocolos assistenciais¹³⁸.

4. MÉTODO

4.1. TIPO DE PESQUISA

O presente estudo caracteriza-se por uma pesquisa tipo exploratória e transversal, propondo-se a realizar uma análise da atenção à saúde aos idosos usuários do sistema público de saúde da Regional de Saúde do Paranoá/SES/DF, na perspectiva das redes de atenção, ou seja, estruturada em três elementos fundamentais: população, estrutura operacional e modelos de atenção, apresentando ênfase na APS como coordenadora do cuidado^{17, 28, 139}.

Para a construção deste trabalho foram utilizadas abordagens quantitativas e qualitativas em diferentes etapas da pesquisa. A abordagem quantitativa envolveu a análise da situação em saúde da população idosa, considerando o perfil demográfico, epidemiológico e os determinantes sociais em saúde, utilizando como referência o modelo de Dahlgren e Whitehead^{57, 59}. Tal abordagem foi utilizada para a avaliação dos atributos da APS, por meio da aplicação do questionário PCATool, quando referente aos modelos de atenção¹¹².

A abordagem qualitativa foi utilizada com a finalidade da identificação e análise da estrutura operacional constituinte e necessária para uma rede de atenção à saúde, sendo empregadas, para isso, entrevistas, observação nos cenários das ações e pesquisa documental.

Os sujeitos do estudo foram os idosos da Regional de Saúde cadastrados nos Programas e Serviços de Saúde e os profissionais que atuam na Atenção à Saúde do idoso na Regional do Paranoá/SES/DF, além dos gestores locais.

Conforme exposto anteriormente, a base teórica fundamentou-se em decretos e portarias vigentes para a Política de Saúde do SUS e para a Pessoa Idosa. Além disso, utiliza-se como referencial teórico o trabalho do pesquisador Eugênio Vilaça Mendes (2011) para a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) e Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde (CONASS), intitulado *As Redes de Atenção à Saúde*.

O referido trabalho define as RAS como organizações poliárquicas, de conjuntos de serviços de saúde vinculados entre si por uma missão única, por objetivos comuns e por uma ação cooperativa e interdependente, que permitem ofertar uma atenção contínua e integral a determinada população, coordenada pela

atenção primária à saúde e com responsabilidades sanitárias e econômicas por esta população, estruturada em três elementos fundamentais: população, estrutura operacional e modelos de atenção¹⁷.

4.2. CONTEXTO DA PESQUISA

4.2.1. Região Administrativa VII: Paranoá

A Vila Paranoá, como inicialmente denominada, originou-se do acampamento dos pioneiros que trabalhavam na construção da Barragem do Lago Paranoá, proposto no Plano Piloto de Lúcio Costa para Brasília, em 1957. Após o término da obra, os pioneiros permaneceram no local e outros imigrantes ocuparam a área próxima à antiga vila de forma desordenada. Em 1960, o acampamento abrigava cerca de três mil moradores em 800 barracos, assentados próximo à Barragem do Lago Paranoá^{48, 140}.

Em 10 de dezembro de 1964, com a Lei 4.545, que dispõe sobre a reestruturação administrativa do Distrito Federal, foi criada a Região Administrativa do Paranoá (RA-VII), porém, somente em 25 de outubro de 1989, com Decreto nº 11.921, após trajetória de intensos enfrentamentos com o governo local, marcados pela demolição de moradias e confrontos físicos com a polícia, definiu-se a regularização, fixação e a transferência do assentamento para área definitiva do Paranoá^{48, 140}.

Localizada a 25 km do Plano Piloto, a cidade é formada por uma área urbana, composta do Setor Central e Quadras Residenciais, além da área rural, considerada como a segunda maior do DF, com grande produção agropecuária¹⁴¹.

Quanto à forma de ocupação, 56,4% dos domicílios são próprios em assentamento/invasão e 9,0% próprios em terrenos não legalizados. O total de residências adquiridas mediante doação é de 61,8%, característica da forma de ocupação da terra^{48, 140}.

Os serviços de abastecimento de água, esgotamento sanitário e de limpeza urbana atende a quase todos os domicílios da localidade. A atividade remunerada da população urbana está concentrada no comércio e na construção civil⁴⁸.

Há divergências entre as fontes oficiais de informação sobre a real população do Paranoá. Segundo o IBGE (2010), a região administrativa do Paranoá possuía

uma população urbana total de 45.679 habitantes, e desses 2.040 seriam idosos (4,46%). Somando-se à população rural de 7.039 habitantes, dos quais 451 seriam idosos, perfazendo um total de 62.718 habitantes.

Ao total, seriam 2.491 idosos, o que representaria 3,97% de idosos em relação à população total da regional⁴³. Já segundo dados da PDAD (2010), que considera apenas domicílios urbanos, o cálculo estimado da população urbana é de 46.527 habitantes, sendo estimados 3.890 idosos, representando uma população urbana de 8,4% de idosos em relação ao total⁴⁸.

Do total de habitantes da RA, o grupo de 15 a 59 anos, que supostamente compõe a força de trabalho, responde pela maioria com 66,3% dos habitantes. A maior parte da população é constituída por mulheres (52,7%). Os responsáveis pelos domicílios em sua maioria são homens (66,8%). A maioria concentra-se nos grupos de 46 a 55 anos, e nos de mais de 55 anos, que juntos, totalizam um percentual de 56,0%⁴⁸.

Observa-se que 47,7% dos responsáveis pelos domicílios dessa localidade têm ensino fundamental incompleto. Dessa forma, 2/3 dos responsáveis pelos domicílios tem baixíssima escolaridade. Fato observado é o expressivo percentual de chefes aposentados (17,7%). Dentre as Regiões Administrativas do Distrito Federal, o Paranoá detém o maior percentual de idosos não alfabetizados, com 36,46%^{46,48}.

A renda domiciliar média da localidade é considerada baixa - 3,6 salários mínimos mensais. Comparando os dados das PDAD 2004 e 2011, a renda domiciliar, convertida em salários mínimos, apresentou expressiva queda, sendo que a população idosa é considerada como baixa renda. O Coeficiente de Gini (0,407), por sua vez, apresenta decréscimo em relação a 2004, denotando melhora na distribuição de renda⁴⁸.

4.2.2. Região Administrativa XXVIII: Itapoã

A invasão de Itapoã foi iniciada em julho de 2001, numa área entre Paranoá e Sobradinho. A expectativa de regularização estimulou o crescimento do núcleo. As terras onde se situa Itapoã são, em grande parte, da União. Em 2003, foi criada a Sub-Administração de Itapoã, vinculada à Administração Regional do Paranoá, por

meio da aprovação do Projeto de Lei no 698/03. Em 03 de janeiro de 2005 foi criada a Região Administrativa XXVIII – Itapoã por meio da Lei nº 3.527¹⁴².

A RA dista cerca de 30 km de Brasília e sua área e limites territoriais ainda não estão definidos, fato que leva a divergências quanto a sua demografia. O IBGE (2010) considera uma população total de 51.501 habitantes, sendo 1.400 idosos, que representam 2,72% da população total⁴³. Já segundo a PDAD (2010) apresenta uma população estimada total de 50.399 habitantes, sendo 2.206 idosos (4,00%)¹⁴². Esse número será considerado para este trabalho por se tratar de uma população predominantemente urbana.

A pirâmide etária da região apresenta predomínio da população jovem de 0 a 14 anos e, quanto à escolaridade, a maior parte da população concentra-se na categoria dos que têm o ensino fundamental incompleto, cabendo salientar que mais de 2/3 desse contingente refere-se a estudantes na faixa etária adequada¹⁴³.

O comércio (20,5%) e a construção civil (19,5%) são os dois segmentos que mais empregam os moradores da RA. A média de renda domiciliar é considerada baixa em relação a outras regiões administrativas do DF, embora tenha apresentado uma variação ascendente entre 2004 e 2011¹⁴³.

Antes, cada domicílio recebia, em média, 1,6 salários mínimos. Atualmente, a renda domiciliar está em 2,5 salários mínimos, sendo considerada uma RA de baixa renda. Observa-se também que no Itapoã, a participação das mulheres como chefes de domicílio apresentou acréscimo nos últimos anos¹⁴³.

Nos últimos anos, o Itapoã passa por melhorias nos serviços básicos como a conexão de 100% dos domicílios com a rede de esgoto e a pavimentação de quase todas as ruas. Na área social, podem ser observadas, ainda, melhorias na condição dos domicílios, no nível de escolaridade e quanto ao acesso a computadores. O Coeficiente de Gini (0,338) apresenta decréscimo em relação a 2004, denotando melhora na distribuição de renda¹⁴³.

4.3. DESCRIÇÕES DOS INSTRUMENTOS PARA A COLETA DOS DADOS

4.3.1. População

A ação inicial do diagnóstico da situação em saúde foi o estudo da população. Para esse estudo foram utilizadas, como instrumento para a coleta de dados, as

fichas de cadastros dos idosos, questionário estruturado e padronizado pela Secretaria de Saúde do DF que contempla diversas informações sobre a pessoa idosa (Anexo II).

Os cadastros selecionados foram redimensionados sob a ótica dos determinantes sociais em saúde. Dos modelos existentes, optou-se por seguir a linha da CNDSS (2008), também utilizada por Mendes (2011), que utiliza o modelo de Dahlgren e Whitehead, o qual se propõe a explicar como as desigualdades sociais na saúde são resultado das interações entre os diferentes níveis de condições, desde o nível individual até o de comunidades afetadas por políticas de saúde nacionais^{59, 60}.

A importância dos determinantes sociais da saúde decorre de que eles permitem demonstrar os comportamentos relacionados e que interatuam na geração da saúde, predizendo as variações no estado de saúde, ou seja, a iniquidade sanitária, que repercute diretamente sobre a saúde^{59,60}.

Considerando as informações disponíveis na ficha de cadastro dos idosos e com base no modelo dos DSS de Dahlgren e Whitehead, foram selecionadas as seguintes variáveis:



Figura 7 - Determinantes sociais: modelo de Dahlgren e Whitehead
Fonte: BUSS, 2007.

As características individuais abordadas são: sexo, idade, grupo étnico. Os indivíduos estão no centro da figura, e têm idade, gênero e fatores genéticos que indubitavelmente influenciam seu potencial de saúde final⁶⁰.

Optou-se por descrever as patologias mais frequentes apresentadas pelos idosos e o uso de prótese dentária referente às características individuais, pois se

sabe que cada um dos determinantes possui sua própria importância, mas age em inter-relação com os demais em mecanismos tão complexos, que se torna difícil perceber sua atuação isolada, de modo que se aceita hoje a influência combinada desses fatores como determinante do estado de saúde das populações⁵⁷.

- 1ª. Camada (estilo de vida dos indivíduos): tabagismo, álcool.
O comportamento e os estilos de vida individuais, muitas vezes entendidos apenas como de responsabilidade individual, dependentes de opções feitas pelo livre arbítrio das pessoas, na realidade podem também ser considerados parte dos DSS, já que essas opções estão fortemente condicionadas por determinantes sociais - como informações, propaganda, pressão dos pares, possibilidades de acesso a alimentos saudáveis e espaços de lazer etc.⁶⁰.
- 2ª. Camada (redes sociais e comunitárias): Com quem mora, estado civil, participa de grupos da SES/DF, participa de grupos de outras instituições.
Destaca a influência das redes comunitárias e de apoio, cuja maior ou menor riqueza expressa o nível de coesão social que, como vimos, é de fundamental importância para a saúde da sociedade como um todo⁶⁰.
- 3ª. Camada (condições socioeconômicas, culturais e ambientais gerais): grau de escolaridade, moradia, renda familiar, atividade profissional.
São representados os fatores relacionados a condições de vida e de trabalho, disponibilidade de alimentos e acesso a ambientes e serviços essenciais, como saúde e educação, indicando que as pessoas em desvantagem social correm um risco diferenciado, criado por condições habitacionais mais humildes, exposição a condições mais perigosas ou estressantes de trabalho e acesso menor aos serviços⁶⁰.
- A 4ª. Camada, que representa os macrodeterminantes, não pode ser contemplada na ficha individual por tratar de fatores externos ao indivíduo. Representa o contexto sociocultural em que ele está inserido⁶⁰. Esse objetivo foi contemplado durante o referencial teórico e o cenário da pesquisa, ao utilizar fontes de dados secundários para dissertar sobre as cidades do Paranoá e Itapõa e a Regional de Saúde do Paranoá.

4.3.2. Estrutura operacional

O segundo elemento constitutivo das RAS é a estrutura operacional constituída pelos nós das redes e pelas ligações materiais e imateriais que comunicam esses diferentes nós¹⁷.

A estrutura operacional das RAS compõe-se de cinco elementos (os três primeiros correspondem aos nós das redes e o quarto, às ligações que comunicam os diferentes nós):

- o centro de comunicação, a APS;
- os pontos de atenção à saúde secundários e terciários;
- os sistemas de apoio (sistemas de apoio diagnóstico e terapêutico, sistemas de assistência farmacêutica, sistemas de teleassistência e sistemas de informação em saúde);
- os sistemas logísticos (registro eletrônico em saúde, sistemas de acesso regulado à atenção e sistemas de transporte em saúde);
- o sistema de governança da RAS.

Com a finalidade da identificação e análise da estrutura operacional constituinte e necessária para uma rede de atenção à saúde, foram realizadas observação nos cenários das ações, pesquisa documental e empregadas entrevistas aos trabalhadores e gestores da Regional de Saúde do Paranoá.

Para a entrevista, elaborou-se um roteiro baseado na estrutura operacional proposta por Mendes (2011), com questões abertas, de modo a extrair a melhor informação sobre os processos de trabalho na visão dos trabalhadores. Os profissionais foram informados sobre os objetivos do estudo, bem como sobre a garantia do anonimato das informações e, posteriormente, assinaram o TCLE.

As questões elaboradas foram:

- 1) Para você, como está organizada a Atenção ao Idoso na Regional de Saúde?
“Gostaria que você falasse sobre os serviços que prestam assistência ao idoso na Regional”. “Em sua percepção, como estes serviços se articulam entre si?” “Em sua percepção estes serviços são efetivos? Por quê?”

- 2) Diga as principais atividades que você realiza para o atendimento ao idoso considerando um dia típico de trabalho e quais as dificuldades/problemas que você encontra no cotidiano de trabalho?
- 3) Em quais situações você precisa encaminhar um paciente para um serviço mais especializado? Você encontra dificuldades no encaminhamento do paciente ou no vínculo com outros serviços ou profissionais?
- 4) “Você tem acesso às informações sobre o paciente ou população que está sob seu cuidado?” “Quais as informações que você prioriza? Por quê?”
- 5) A gestão local (quem você considera como seu gestor) promove reuniões para avaliação do trabalho e pactuação de ações? Como você avalia esta ação? E o que você espera dos gestores? Avalie cada um.
- 6) Apenas para os Diretores e o Coordenador Geral: O que você considera como Estrutura Operacional da Regional de Saúde para atendimento ao idoso? Quais as ações que você espera do PAISI?

4.3.3. Modelos de atenção

Visando a responder e avaliar a presença e extensão dos atributos da APS na Atenção ao Idoso de acordo com a percepção dos usuários, e comparar os modelos de APS vigentes na Regional de Saúde, utilizou-se o Instrumento de Avaliação da Atenção Primária PCATool (*Primary Care Assessment Tool*) - Brasil versão adulto (2010) criado com base no modelo de avaliação da qualidade de serviços de saúde proposto por Donabedian (1966)¹¹².

Criado por Starfield & cols. na *Johns Hopkins Primary Care Policy Center (PCPC)*, o PCATool foi validado para a versão brasileira e adotado pela OPAS como instrumento que permite a comparação do grau de orientação à APS dos outros modelos de atenção básica que ainda coexistem junto à ESF, como as Unidades Básicas de Saúde Tradicionais¹¹².

Pesquisadores norte-americanos demonstraram que esses instrumentos possibilitaram avaliar as dimensões essenciais da atenção básica de maneira válida e confiável¹⁴⁴.

As respostas possíveis para cada um dos itens são: “com certeza sim” (valor = 4), “provavelmente sim” (valor = 3), “provavelmente não” (valor = 2), “com certeza não” (valor = 1) e “não sei/não lembro” (valor = 9). Os escores para cada um dos

atributos ou seus componentes são calculados pela média aritmética simples dos valores das respostas dos itens que compõem cada atributo ou seu componente, de modo a permitir comparação¹¹².

A versão validada do PCATool do Adulto contém 87 itens divididos em 10 componentes relacionados aos atributos da APS.

- 1) Grau de Afiliação com Serviço de Saúde (A). Constituído por 3 itens (A1, A2 e A3).
- 2) Acesso de Primeiro Contato – Utilização (B). Constituído por 3 itens (B1, B2 e B3).
- 3) Acesso de Primeiro Contato – Acessibilidade (C). Constituído por 12 itens (C1, C2, C3, C4, C5, C6, C7, C8, C9, C10, C11 e C12).
- 4) Longitudinalidade (D). Constituída por 14 itens (D1, D2, D3, D4, D5, D6, D7, D8, D9, D10, D11, D12, D13 e D14).
- 5) Coordenação – Integração de Cuidados (E). Constituído por 8 itens (E2, E3, E4, E5, E6, E7, E8 e E9).
- 6) Coordenação – Sistema de Informações (F). Constituído por 3 itens (F1, F2 e F3).
- 7) Integralidade – Serviços Disponíveis (G). Constituído por 22 itens (G1, G2, G3, G4, G5, G6, G7, G8, G9, G10, G11, G12, G13, G14, G15, G16, G17, G18, G19, G20, G21, G22).
- 8) Integralidade – Serviços Prestados (H). Constituído por 13 itens para mulheres (H1, H2, H3, H4, H5, H6, H7, H8, H9, H10, H11, H12, H13) e 11 itens para homens (H1, H2, H3, H4, H5, H6, H7, H8, H9, H10, H11).
- 9) Orientação Familiar (I). Constituído por 3 itens (I1, I2, I3).
- 10) Orientação Comunitária (J) – constituída por 6 itens (J1, J2, J3, J4, J5, J6).

4.4. PROCEDIMENTOS DE AMOSTRAGEM

4.4.1. População

A fim de estimar a população elegível para o estudo de modo a representar a população total estimada da Regional de Saúde acima de 60 anos, utilizou-se os dados da PDAD (2010), que considera 3.870 indivíduos na RA do Paranoá e 2.206 indivíduos na RA do Itapoã, totalizando 6.076 idosos^{48, 142}.

Para o cálculo da amostra foi utilizada a amostragem aleatória simples, considerando uma margem de erro de 5 pontos percentuais e uma confiança de 95% (IC= 95%). Esse cálculo resultou em uma amostra de 300 idosos, quantitativo mantido através da reposição das fichas de cadastros excluídas, total de 6 fichas (2%), onde foi realizado novo sorteio aleatório para cada cadastro excluído.

Para a seleção aleatória dos cadastros participantes da análise, foram considerados:

CRITÉRIOS DE INCLUSÃO DA SELEÇÃO DA AMOSTRA

- Ter 60 anos ou mais.
- No caso da ESF, ser residente na área de cobertura da equipe e já ter prontuário por uso da Estratégia de Saúde da Família.
- No caso do Centro de Saúde, possuir vínculo com a sala do idoso (três ou mais consultas ou acesso a Unidade).

CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO DA SELEÇÃO DA AMOSTRA

- Cadastros incompletos.
- Pacientes em trânsito, ou seja, que não residem na Regional de Saúde do Paranoá, apesar de terem sido atendidos naquela localidade.

4.4.2. Estrutura Operacional

Foram considerados os serviços que prestam atenção à saúde do idoso para análise das estruturas que compõem a rede de atenção à saúde. Os serviços foram inicialmente identificados pela Diretoria de Atenção Primária à Saúde (DIRAPS), através do programa de atenção à saúde do idoso (PASI), e posteriormente, durante a observação no cenário da pesquisa.

CRITÉRIOS DE INCLUSÃO DA SELEÇÃO DA AMOSTRA – Unidades de Saúde:

- 02 unidades de ESF do Paranoá que possuíam vínculo estável com a comunidade adstrita (três anos ou mais), sendo uma representando a área urbana e uma da área rural.

- Centro de Saúde modelo de atenção tradicional, tendo a sala do idoso como referência.
- Da RA do Itapõa, adotando o mesmo critério de vínculo com a comunidade, foi escolhida 1 (uma) equipe de PSF.

CRITÉRIOS DE INCLUSÃO DA SELEÇÃO DA AMOSTRA – Profissionais:

- Profissionais que atuam diretamente nos atendimentos aos idosos na Regional, representando os diversos serviços (9 profissionais)
- Gestores locais (4 gestores)

Proposta realização de 13 entrevistas, nas quais foram elegíveis os seguintes profissionais:

- ✓ 03 médicos das equipes da ESF,
- ✓ 03 enfermeiras das mesmas equipes,
- ✓ 02 médicos da sala do idoso,
- ✓ 01 enfermeira da sala do idoso,
- ✓ 04 gestores – sendo 2 da APS, 1 da Atenção Hospitalar e o Coordenador Geral de Saúde da Regional

Foi utilizado o registro do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) para identificar os servidores e gestores da Regional de Saúde que atuam nos serviços que promovem atendimento aos idosos e os quais fossem elegíveis para o estudo.

4.4.3. Modelos de atenção

No intuito de avaliar os Atributos da Atenção Primária à Saúde e comparar os dois modelos vigentes na APS na Regional do Paranoá - Centro de Saúde Tradicional e Estratégia de Saúde da Família – foram entrevistados 55 idosos usuários da Estratégia de Saúde da Família e 38 idosos usuários do modelo tradicional, totalizando 93 idosos entrevistados, utilizando o questionário PCATool.

A amostra foi calculada utilizando o poder da amostra, de tal forma que a diferença de 1 ponto percentual fosse significativa na comparação entre os modelos tradicional e ESF, seja igual a 80%. Ou seja, há 80% de probabilidade da diferença entre os grupos ser significativa.

Foi considerada para a proporção utilizada, a cobertura dos serviços de ESF a serem analisados: Paranoá rural: 60%; Paranoá urbano: 10%; Itapoã: 68% e seu quantitativo de idosos versus o quantitativo de idosos do CS01 cadastrados pela sala do idoso até o momento dessa etapa da pesquisa.

Para a seleção dos usuários elegíveis para a amostra de conveniência, foram considerados os seguintes critérios para participação:

CRITÉRIOS DE INCLUSÃO PARA PCATool

- Ter 60 anos ou mais.
- No caso da ESF, ser residente na área de cobertura da equipe e já ter prontuário por uso da Estratégia de Saúde da Família.
- No caso do Centro de Saúde, possuir vínculo com a sala do idoso (três ou mais consultas ou acesso a Unidade).
- Aceitação da participação da pesquisa (TCLE).

CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO PARA PCATool

- Usuários sem vínculos com o Serviço de Saúde (menos de três consultas ou acesso a Unidade).
- Não cadastrados na APS.
- Idosos portadores de transtornos cognitivos identificados pela equipe.

4.5. COLETA DOS DADOS

4.5.1. População

O estudo foi realizado com base nos dados da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal, no ano de 2012. Para tanto, foram utilizados os dados do Cadastro dos Pacientes Idosos das equipes da ESF e idosos cadastrados pelo CSPa 01 da Regional do Paranoá.

Nas equipes de ESF, as fichas haviam sido preenchidas no ano de 2012 pelos Agentes Comunitários de Saúde, após treinamento prévio com a coordenação do PAISI sobre a especificidade de cada quesito em relação aos idosos da sua área de abrangência.

Na sala do idoso no centro de saúde tradicional (CSPa 01), a partir da transcrição dos dados da Ficha de Cadastro do Idoso da Secretaria de Estado de Saúde – DF (SES-DF), foi elaborado um banco de dados digital com dados de identificação, demográficos e clínicos dos idosos atendidos na sala. A construção e validação do banco estão sendo realizadas em parceria com o Departamento de Enfermagem, atuando pelo Programa de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde) e com o Projeto de Extensão da Universidade de Brasília (UnB).

Os cadastros foram analisados em outubro de 2012.

4.5.2. Estrutura operacional

Os dados foram coletados através da observação nos cenários das ações, pesquisa documental e empregadas entrevistas aos trabalhadores e gestores da regional de saúde do Paranoá.

Para a observação no cenário foram realizadas visitas aos serviços de ESF (todas as equipes urbanas) e ao Centro de Saúde 01 para observação da dinâmica de trabalho, durante os meses de julho a outubro de 2012.

Na constituição da pesquisa documental, foram realizadas visitas regionais (à Diretoria de Atenção Primária à Saúde, à qual o PAISI está vinculado) e visitas centrais (ao NUSI, à reunião dos coordenadores de PASI das demais regionais da SES/DF) no período citado.

Para a entrevista, elaborou-se um roteiro baseado na estrutura operacional, com questões abertas, de modo a extrair a melhor informação sobre os processos de trabalho na visão dos trabalhadores. Os profissionais foram informados sobre os objetivos do estudo e quanto à garantia do anonimato das informações e assinaram o TCLE.

As entrevistas foram realizadas em novembro de 2012.

4.5.3. Modelos de atenção

Os questionários foram aplicados pela pesquisadora e por dois médicos residentes. Foram selecionadas para o estudo, 2 unidades de ESF que possuíam vínculo estável com a comunidade adstrita (três anos ou mais), sendo uma representando a área urbana e uma da área rural, além do Centro de Saúde

representando o modelo de atenção tradicional, tendo a sala do idoso como referência.

Realizaram-se treinamentos de modo a uniformizar a coleta de dados entre os entrevistadores e pré-testes entre os próprios pesquisadores a fim de ajustes ao instrumento à realidade local, visando a corrigir possíveis vieses.

Seguiram-se as orientações do manual do PCATool- Brasil versão Adulto:

- 1) Apresentação do entrevistador e dos objetivos do estudo/avaliação.
- 2) Identificação, de acordo com objetivos de pesquisa/avaliação, se o idoso em questão é elegível para seu estudo/avaliação (aplicação dos critérios de inclusão e exclusão do estudo/avaliação).
- 3) Aplicação do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

As entrevistas foram feitas em setembro de 2012.

4.6. ANÁLISE DOS DADOS

4.6.1. População

Para descrever a população de idosos da região, foi realizada uma análise descritiva das variáveis que compõem a ficha de cadastro dos pacientes. A maioria das variáveis é qualitativa e foram representadas por meio de tabelas com frequência e percentual. Para a variável idade foram calculados o desvio padrão e as medidas de tendência central média e mediana.

Para a execução das análises estatísticas, foi utilizado o *Software* Estatístico SPSS® (*Statistical Package for Social Sciences*), versão 18.0.

Estudos transversais podem apresentar limitações temporais no tocante aos eventos estudados. No entanto, esse estudo permitiu obter o perfil atual dos idosos usuários dos serviços de APS através de dados primários coletados para esse fim, como o primeiro elemento de análise para uma Rede de Atenção em Saúde.

4.6.2. Estrutura operacional

Os dados provenientes de métodos qualitativos consistem em descrições detalhadas de situações com o objetivo de compreender os indivíduos em seu próprio termo¹⁴⁵. Para alcançar esse objetivo, realizou-se primeiro uma análise

documental, a partir da proposta de análise de textos, utilizada como norte para a observação nos cenários das ações.

Em relação às entrevistas, o processo foi orientado pela perspectiva de análise de conteúdo, considerada como uma técnica de pesquisa que trabalha com a palavra, permitindo de forma prática e objetiva produzir inferências do conteúdo da comunicação de um texto replicáveis ao seu contexto social¹⁴⁶.

As três etapas básicas seguidas no trabalho com a análise de conteúdo foram as seguintes: pré-análise; exploração do material ou descrição analítica; e tratamento dos resultados e interpretação, em uma abordagem qualitativa, que “considera a presença ou a ausência de uma dada característica de conteúdo ou conjunto de características num determinado fragmento da mensagem”¹⁴⁶.

Quanto à limitação do método, 2 (dois) optaram pela não participação na pesquisa. Além disso, não houve aplicação aos demais profissionais da equipe da ESF, ACS e técnicos de enfermagem envolvidos no cuidado, o que poderia enriquecer ainda mais a análise quantitativa. No entanto, houve maioria das categorias em todos os grupos propostos para a análise de modo ao não prejuízo da análise.

A observação do cenário de pesquisa possibilitou verificar possíveis lacunas para o não prejuízo da análise, ponderando quando as respostas dos profissionais não atingissem uma percepção ampliada do contexto pesquisado (pela própria restrição imposta pelo instrumento que delimita o conteúdo expresso pelo trabalhador).

Os questionários (11) foram analisados por três frentes, mediante o quantitativo de profissionais que se dispuseram a respondê-lo. Para análise foram separados por *modalidade de atenção, independente da categoria profissional*: ESF (5), CSPa 01 (2) e Ambulatório de Gerontologia (1), perfazendo 8 questionários; *papel desempenhado no cuidado independente da categoria profissional*: gestão (3 questionários) e assistência (8 questionários), perfazendo 8 questionários; e *categoria profissional*: médicos (3 questionários) e enfermeiros (5 questionários), em um total de 8 questionários.

A opção da aplicação do questionário para os serviços secundários visou à comparação dos grupos e avaliação quanto à percepção dos serviços que prestam atendimento ao idoso na Regional de Saúde na perspectiva da RAS. Esse resultado

se mostrou fundamental para a descrição dos resultados e discussão mediante a separação da ESF dos demais modelos.

As respostas com a percepção dos gestores (n=3) foram relatadas na seção governança da RAS.

Na transcrição literal das respostas dos profissionais, utilizou-se a codificação: Médico = MED, Enfermeiro = ENF, Gestor = GEST, seguidos da numeração sequencial de 1 até finalizar o número de entrevistados por categoria. Dentre os motivos da escolha do destaque das respostas, foram ressaltados os seguintes critérios: 1) ser uma fala que explicita a realidade à luz da literatura atual; 2) ser ocasional, mas que seja considerada afirmação importante que contribua para a reflexão; 3) ser consenso entre os profissionais de saúde.

4.6.3. Modelos de atenção

A análise estatística foi constituída primeiro por uma análise descritiva de cada um dos 10 componentes (atributos) da APS, por meio dos cálculos de medidas de tendência central: média e mediana, e de medidas de variabilidade (variância e desvio-padrão).

Para a segunda análise, utilizou-se a estatística analítica a fim de verificar se havia diferença significativa entre os idosos atendidos pela ESF e pelo CSPa 01.

Para tanto, foi necessário verificar se as variáveis do estudo apresentavam normalidade dos dados. Desse modo foi aplicado o Teste de Kolmogorov-Smirnov. Após esse teste, foi observado que não havia distribuição gaussiana dos dados. Optou-se então, pela utilização do teste não-paramétrico de Mann-Whitney, a fim da comparação dos grupos ESF e CSPa 01.

Para a execução das análises estatísticas, foi utilizado o *Software* Estatístico SPSS® (*Statistical Package for Social Sciences*), versão 18.0.

4.7. CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

O trabalho foi apresentado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa-CEP/FEPECS/SES-DF, protocolo de pesquisa 158/2012, parecer de aprovação 250/2012.

5. RESULTADOS E DISCUSSÃO

5.1. POPULAÇÃO

O primeiro elemento das RAS é a população. Inserida em sua responsabilidade sanitária e com seus determinantes, é a razão de uma atenção à saúde nela baseada, característica essencial das RAS¹⁷.

A população de responsabilidade das RAS vive em territórios sanitários singulares, organiza-se socialmente em famílias e é cadastrada e registrada em subpopulações por riscos socio sanitários.

Assim, a população total de responsabilidade de uma RAS deve ser totalmente conhecida e registrada em sistemas de informação metódicos, subdividida em subpopulações por fatores de risco e estratificada por riscos em relação às condições de saúde estabelecidas¹⁷.

No caso do envelhecimento populacional em curso mundialmente, esse ocorre de forma diferenciada de acordo com fatores como sexo, raça, renda, território, cenários políticos e sociais, dentre outros determinantes, e acentua as desigualdades entre países desenvolvidos e em desenvolvimento, bem como entre pobres e ricos num mesmo país, sendo que as implicações dessas desigualdades se manifestam particularmente na saúde^{32, 46}.

Estudos epidemiológicos adquirem importância nesse cenário por possibilitarem a identificação dos determinantes e dos fatores etiológicos do envelhecimento, permitindo uma melhor compreensão das diferentes situações clínicas e buscar uma melhor assistência à saúde dessas populações, visando um aumento na expectativa de vida, por meio da prevenção das doenças e da promoção à saúde¹⁴⁷.

5.1.1. Características individuais

Os indivíduos no centro do modelo têm idade, gênero e fatores genéticos, que indubitavelmente influenciam seu potencial de saúde final⁵⁹. No caso dos idosos da Regional de Saúde do Paranoá, estes apresentam as seguintes características (tabela 2):

Tabela 2 - Características demográficas autodeclaráveis dos idosos da APS da Regional do Paranoá/SES/DF -2012, em frequência absoluta e relativa

Variáveis	Frequência	%
Sexo		
Feminino	179	59,7
Masculino	121	40,3
Idade		
Até 69 anos	163	54,3
De 70 a 79 anos	100	33,3
80 anos ou mais	37	12,3
Grupo Étnico		
Amarela	6	2,0
Branca	121	40,3
Negra	56	18,7
Parda	113	37,7
Não informada	4	1,3

O maior número de idosos, para ambos os sexos, concentra-se na faixa etária entre 60 - 69 anos (n=163), sendo que a idade média encontrada é de 68 anos (53,3%). No entanto, verifica-se já uma parcela representativa de idosos em faixas etárias mais elevadas e acima da expectativa de vida estipulada, confirmando os dados nacionais de que a população idosa também está envelhecendo⁴⁸.

Há uma preponderância de 59,7% serem do sexo feminino (n=179), o que vai de encontro a dados nacionais e distritais sobre o fenômeno de feminilização do envelhecimento, um alerta aos gestores em saúde para a elaboração de programas específicos para esse grupo²². Embora as mulheres possuam maior expectativa de vida, estão mais sujeitas a quedas, deficiências físicas e mentais – acidentes vasculares encefálicos, demências, do que seus parceiros masculinos^{36, 148}.

O alerta também pode ser dado no sentido inverso. A sobremortalidade masculina por causas externas, quadro epidemiológico cuja magnitude dos óbitos por acidentes de trânsito, homicídios e suicídios se destacam, parece ser um fenômeno que vem se generalizando em todo o território nacional, com grande impacto para as emergências e os demais serviços de saúde¹.

A diferença entre os sexos evidencia-se, particularmente, em relação às fraturas proximais de fêmur. Geralmente estas decorrem de traumas pequenos e não intencionais, como as quedas da própria altura, o que representa importante causa de mortalidade e incapacidade na população de 60 anos ou mais. Estudos

mostram que a probabilidade de um homem com fratura do fêmur proximal morrer que um sem fratura no período de dois anos aumenta sete vezes mais do que no sexo feminino^{90, 149}.

Sendo assim, tanto as peculiaridades do processo de transição demográfica, quanto o percentual considerável de mortalidade por causas externas, concorrem pela atenção e requerem planejamento do setor saúde de modo a alcançar-se a garantia do acesso e a promoção da equidade para os diferentes grupos e suas necessidades^{57, 115}.

Já o grupo étnico, termo usado para designar um conjunto de pessoas que têm maior grau de homogeneidade em termos de patrimônio genético do que o encontrado na população em geral, permite apontar disparidades existentes no seio da população para uma variedade de agravos à saúde, as quais precisam ser conhecidas e atenuadas²⁸.

Alguns autores, no entanto, apontam que nas categorias raça/cor as declarações podem ser reconhecidas, a depender de como a imagem do indivíduo é construída socialmente. Sendo assim, a etnia atua como uma variável confundidora, não sendo em si um fator de risco, *mas a inserção social adversa de um grupo racial/étnico é que se constitui em característica de vulnerabilidade* (Batista, 2004), analisando o processo saúde-doença em categorias socialmente definidas.

No caso do estudo, houve um ligeiro predomínio da população de cor branca (40,3%), considerando que a classificação foi autodeclaratória. Mas ao somar os quantitativos de pardos e negros, essa proporção supera a primeira (56,3%). Esse dado é concordante com a maioria das pesquisas populacionais do mesmo método^{41, 45, 150, 151}.

No entanto, alguns estudos associam a população negra a menores índices de acesso a programas de saúde básica e ambulatorial, uma maior incidência nos casos de hospitalizações, apresentando problemas mais graves de saúde. Esse dado se sobressai em relação aos idosos do sexo masculino¹⁵¹.

Em relação ao perfil de morbidade, a análise das fichas de cadastro dos idosos usuários dos serviços de Atenção Primária apresenta um predomínio de condições crônicas. A hipertensão arterial (HAS) foi a comorbidade mais prevalente (77%), seguida dos transtornos osteoarticulares (26,7%) e diabetes mellitus (DM) (22,3%). A maioria dos idosos (88%) relatou possuir mais de uma doença crônica, conforme demonstra a tabela 3:

Tabela 3 - Frequência absoluta e relativa das doenças autodeclaráveis na população idosa da APS da Regional do Paranoá/SES/DF -2012

Patologias	Frequência	%
HAS	231	77,0
Cardiopatas	42	14,0
D. Osteoarticulares	80	26,7
Osteoporose	47	15,7
D.M	67	22,3
Acidente Vascular Cerebral	26	8,7
Infarto Agudo do Miocárdio	4	1,3
Fraturas	59	19,7
Deficiência Visual	145	48,3
Prótese dentária	217	72,3
Incontinência fecal	15	5
Incontinência urinária	15	5
Alzheimer	10	3,3
Parkinson	6	2
D. Pulmonar	17	5,7
Def. Auditiva	65	21,7
Total	300	100

Dados de hipertensão autorreferida, são utilizados em estudos epidemiológicos, sendo que no Brasil, estudos de validação indicam valores de sensibilidade de 51% a 84%, de modo que esse dado pode ser utilizado para planejamento de ações em saúde, por ser, juntamente com as demais doenças cardiovasculares, a principal causa de morbidade e mortalidade no mundo¹⁵².

Semelhante ao que indica a literatura, as cardiopatas (14%), o acidente vascular encefálico (8,7%), o infarto do miocárdio (1,3%) e diabetes mellitus (22,3%) também foram declarados pelos idosos. Quando consideradas por grupos de causas, juntamente com a HAS e as doenças cardiovasculares, essas representaram a maior parte dos acometimentos.

Em relação aos transtornos osteoarticulares, estes foram apontados por 26,7% da população em análise, dado concordante com a PDAD 2008. Tal dado permite considerar algum prejuízo da funcionalidade desses idosos, seja por dor ou instabilidade articular²⁵.

Osteoporose, por sua vez, foi referida por 47 idosos, representando 15% da amostra. No entanto, esse número pode estar subestimado, por tratar-se de uma

doença silenciosa e o diagnóstico geralmente ser realizado apenas depois da ocorrência de uma fratura⁹⁰.

Nesse estudo, quase 20% dos idosos referiram já ter sofrido alguma fratura decorrente de queda, sendo essa também correlacionada à instabilidade postural, doenças cardiovasculares e deficiências⁹⁰.

Um estudo de 2012, em uma equipe de ESF do Paranoá, encontrou uma maior porcentagem de idosos com história prévia de quedas (50,5%) e correlacionou o histórico de quedas e a maior dependência das atividades básicas de vida diária²⁵.

Tal fato é de extrema relevância diante da vulnerabilidade do sexo feminino – maior população idosa - quanto ao evento queda, sendo a osteoporose um dos fatores de risco mais importantes quando associada à ocorrência de fratura de quadril na população de 60 anos ou mais de idade⁹⁰.

Além de ser o indicador do Plano Nacional de Saúde 2012-2015 para a atenção à saúde do idoso, a fratura de quadril, relaciona-se à incapacidade funcional, à alta taxa de mortalidade pós-cirúrgica, aos custos elevados para tratamento cirúrgico e internação hospitalar⁹⁰, além de contribuir para a sobrecarga nos modelos de condições agudas como as emergências hospitalares¹⁷.

Também associada a quedas, a amostra analisada permitiu verificar a alta prevalência e de transtornos visuais que, devido à limitação do instrumento, não puderam ser mais bem qualificados. Dos cadastros analisados, 48,3% (n= 145) dos idosos referiram algum tipo de deficiência visual.

A política de envelhecimento ativo da OMS enfatiza que há uma necessidade urgente de políticas e programas criados para evitar o comprometimento visual e para aumentar a quantidade de serviços apropriados de oftalmologia, particularmente nos países em desenvolvimento. Em todos os países, as lentes corretivas e a cirurgia de catarata deveriam ser acessíveis às pessoas idosas que delas necessitem⁵⁰.

Usuários que utilizam prótese dentária representam a maioria absoluta, 72,3% (n=217), confirmando a necessidade do planejamento de uma rede de atenção estruturada, multiprofissional e com linhas guia, segundo as ações temáticas e articuladas entre si, devido a inúmeros desdobramentos que essa deficiência ocasiona.

Alguns estudos demonstraram que uma saúde oral precária e perda dentária está associada às dificuldades de alimentação e, portanto, ao maior risco de

desenvolver várias doenças decorrentes de uma subnutrição. As próteses dentárias surgiram para resolver essa problemática de transtornos de alimentação relacionados à perda dentária, contudo os benefícios dependem de sua adaptação. Quando mal adaptada, também pode gerar dificuldades na alimentação, alteração na inteligibilidade da fala e insatisfação estética^{50, 153}.

Patologias relacionadas às grandes síndromes geriátricas, como incontinência fecal (5%), incontinência urinária (5%), demências como Alzheimer (3,3%) e Parkinson (2%) também foram detectadas pela análise, representando a parcela de idosos frágeis da população, levantando a importância da estratificação de risco individual da população devido ao grau de elevada complexidade e custo que as grandes síndromes representam²⁶.

Limitações em relação ao instrumento do estudo e à ficha de cadastro de idosos do DF devem ser consideradas. Não há item específico sobre a investigação da saúde mental do idoso, sendo que estudos mostram a relação entre incapacidade cognitiva (humor e cognição) a processos de demências. Além disso, o instrumento não contempla a avaliação de depressão, dado extremamente relevante para o planejamento de ações em saúde.

Em relação à investigação da saúde óssea e prevenção de osteoporose, por tratar-se de um instrumento padronizado pela SES/DF e dada a magnitude do tema, também se limita a poucos fatores de risco, não tendo praticidade em sua aplicação como instrumentos validados e mais sensíveis.

Outra limitação refere-se ao maior detalhamento das questões específicas do idoso do sexo masculino com patologias prostáticas e disfunções eréteis, bem como a investigação ginecológica em mulheres devido às neoplasias mamárias e de colo de útero.

5.1.2. 1ª Camada: comportamentos e estilos de vida

No modelo de Dahlgren e Whitehead, os comportamentos e estilos de vida são considerados como determinantes proximais.

Essa camada está situada no limiar entre os fatores individuais e os determinantes sociais da saúde de camadas superiores, já que os comportamentos e os estilos de vida dependem, não somente do livre arbítrio das pessoas, mas também de outros determinantes, como acesso a informações, influência da

propaganda, pressão de pares, possibilidades de acesso a alimentos saudáveis e espaços de lazer, entre outros. Aqui aparecem determinantes como a dieta inadequada, o sobrepeso ou a obesidade, a inatividade física, o tabagismo, o uso excessivo de álcool e outras drogas, as práticas sexuais não protegidas entre outros⁷.

No caso da análise do cadastro dos idosos, verifica-se a outra limitação quanto ao planejamento deste, já que em relação a essa camada, apenas podem ser registradas informações quanto ao tabagismo, etilismo e uso de medicamentos.

Tabela 4 - Frequência absoluta e relativa dos determinantes relacionados ao tabagismo, álcool e uso de medicamentos, dos idosos usuários da APS, Regional de Saúde do Paranoá/SES/DF -2012.

Variáveis	Frequência	%
Tabagismo		
Não	255	85,0
Sim	44	14,7
Não informado	1	0,3
Álcool		
Não	257	85,7
Sim	43	14,3
Uso de medicamento		
Não	52	17,3
Sim	248	82,7
Total	300	100,0

Na Regional de Saúde do Paranoá, da amostra dos idosos usuários da APS, o tabagismo foi relatado em 14,7% (n=44) e o consumo de álcool em 14,3% (n=14,3%). Outra limitação do instrumento foi a falta de quantificação dos hábitos apresentados.

No entanto, esses percentuais não podem ser negligenciados, uma vez que podem impactar indiretamente no convívio social (pessoal e coletivo), atuando como fatores de adoecimento individual, familiar e social, sendo considerados modificáveis pela literatura⁵⁷.

No estudo, chama a atenção o elevado número de idosos em uso de algum tipo de medicamento, 82,7% (n=248), dado semelhante a outros estudos realizados no Brasil¹⁵⁴, sendo que 35,4% desses utilizam cinco ou mais medicamentos. Há que se ressaltar que isso define a polifarmácia, considerada uma das grandes síndromes

geriátricas¹⁵⁵, além de ser a principal causa de reações adversas a medicamentos (RAM) bem como as interações medicamentosas (IM)¹⁵⁵.

A farmacologia para os idosos tem particularidades, pois o envelhecimento diminui a massa muscular e a água corporal. O metabolismo hepático, os mecanismos homeostáticos, assim como a capacidade de filtração e de excreção renal podem ficar comprometidos, podendo alterar a biodisponibilidade dos medicamentos. Assim, a prescrição inadequada para pacientes idosos aumenta o risco de eventos adversos¹⁵⁶.

Instrumentos como o Beers-Fick, são utilizados visando detectar potenciais riscos de iatrogenia medicamentosa em idosos, podendo ser utilizados como guia para a boa prescrição de medicamentos genéricos brasileiros em idosos¹⁵⁷.

Além das reações adversas, as quedas estão associadas ao uso de medicamentos (especialmente para dormir e tranquilizantes), sendo razões fortes de sofrimento pessoal e de internações hospitalares caras e evitáveis⁵⁰.

Muitos idosos nessa etapa da vida são acometidos por distúrbios mentais, e o número de pessoas que procuram serviços de atendimento em saúde mental cresce a cada ano. Ansiedade é um sintoma frequente em idosos, e pode estar associada a transtornos depressivos e a doenças físicas. No entanto, há poucas investigações a respeito da prevalência de ansiedade na população acima de 65 anos¹⁵⁸.

Além disso, ocorre um aumento da demanda por medicamentos que retardam e tratam doenças crônicas, aliviam a dor e melhoram a qualidade de vida e essa tendência continuará a aumentar. Esta situação demanda um esforço renovado para garantir o acesso aos medicamentos essenciais e seguros e à utilização adequada e custo-eficaz dos mesmos⁵⁰.

5.1.3. 2ª Camada: redes sociais e comunitárias

As redes sociais e comunitárias constituem o capital social, entendido como o conjunto das relações sociais caracterizadas por atitudes de confiança e comportamento de cooperação e reciprocidade. A relação entre capital social e saúde encontra-se bem estabelecida⁵⁷.

As redes sociais são formadas por amigos, parentes e vizinhos, grupos religiosos, associações sindicais, associações de moradores e clubes recreativos, os

quais possibilitam que os grupos de pessoas estabeleçam as relações de confiança e solidariedade⁵⁷.

Verifica-se que a maioria dos idosos do Paranoá mora acompanhada, 88,7% (n=266), dado compatível com o universo da PDAD 2011. No entanto, esse resultado não mede a interação e os laços afetivos, nem a relação de vínculo estabelecida entre esse idoso e sua família.

Isso foi verificado na variável seguinte, em que, apesar da maioria dos idosos terem referido como opção de estado civil “estar casado” em 45,7% (n=137), ao serem somadas as outras opções (separado, solteiro, viúvo ou divorciado), essas superaram a primeira condição (51,8% n=155).

Tabela 2 - Frequência absoluta e relativa das características de moradia, estado civil e participação de grupos, dos idosos usuários da APS, Regional de Saúde do Paranoá/SES/DF – 2012.

Variáveis	Frequência	%
Com quem mora		
Acompanhado	266	88,7
Só	33	11,0
Não informado	1	0,3
Estado Civil		
Casado (a)	137	45,7
Divorciado (a)	29	9,7
Mora Junto	2	0,7
Separado (a)	11	3,7
Solteiro (a)	38	12,7
Viúvo (a)	77	25,7
Outros	5	1,7
Não informado	1	0,3
Participa de grupo		
Não	203	67,7
Sim	97	32,3
Total	300	100,0

O IBGE adota um conceito ampliado de família e considera um perfil nuclear abrangente, englobando novas formas sociais dessa instituição, sendo o conjunto de pessoas ligadas por laços de parentescos, dependência doméstica (a relação estabelecida entre a pessoa de referência e os empregados domésticos e agregados da família) e por normas de convivência e regras estabelecidas para o convívio de pessoas que moram juntas¹⁵⁹.

A família é considerada a fonte primeira de cuidados, contudo, com a mudança das relações familiares em função da modernização (redução da taxa de fecundidade, mulher no mercado de trabalho, poucos cuidadores de idosos) a simples presença de um contato social, sem nenhum tipo de troca, contribui para a presença de sintomas depressivos. Isso demonstra a importância de serem levados em conta aspectos objetivos e subjetivos das relações sociais quando se estudam a saúde mental e o envelhecimento¹⁶⁰.

O desgaste dos laços de coesão social em sociedades não equitativas tem explicado, em grande medida, o porquê de sua situação de saúde ser inferior à de sociedades em que as relações de solidariedade são mais desenvolvidas⁵⁷. Essa distribuição desigual das experiências prejudiciais à saúde não é um fenômeno natural, mas uma determinação social⁵⁰.

Ademais, a maioria, 67,7% (n=203), referiu não participar de nenhum grupo dos programas da SES-DF, nem grupos de outras instituições. Vale ressaltar que o isolamento social está relacionado ao suicídio, sendo que no Brasil, este é bastante prevalente em idosos independente do gênero¹⁶¹.

Por sua vez, segundo a representação dos familiares, o apoio familiar e de amigos são os fatores protetores associados que se mostram relevantes no intuito de se evitar o suicídio de pessoas idosas (48,3% para homens e 38,9% para mulheres). Isso demonstra o envolvimento de elos afetivos, amparo social e encontros de sociabilidade e lazer¹⁶¹.

Solidão e isolamento são fatores sociais relacionados ao declínio cognitivo e do humor, e, por conseguinte, perda da autonomia, aliado a isso também estão doenças e incapacidades, que podem contribuir, em um ciclo, para um maior isolamento do idoso por limitar a sua participação na comunidade⁵⁷.

Diante da afirmativa da não participação de grupos, considera-se relevante uma maior investigação quanto às suas causas, de modo a avaliar a multifatorialidade do evento. Dentre esses, postula-se a estreita relação entre o acesso (geográficos ou sócio-organizacionais) e as RAS.

Mendes (2011) coloca que as RAS devem configurar-se em desenhos institucionais que combinem elementos de concentração e de dispersão dos diferentes pontos de atenção à saúde e dos sistemas de apoio que devem estar em equilíbrio com o critério do acesso aos serviços.

Fatores relacionados ao ambiente físico (moradias em áreas rurais, distantes ou de risco, deficiência do sistema de transporte para deslocamento), são obstáculos que também podem corroborar ao quadro para que o idoso saia com menos frequência de casa^{26, 50}.

Há que se avaliar também a efetividade dos programas voltados à população idosa já que estudos mostram que não é suficiente a disponibilização de grupos sem que eles se mostrem efetivos^{162- 164}.

Aponta-se, ainda, a boa receptividade dos idosos e a relação com melhor *status* de saúde quando associado à maior participação nos programas de promoção da saúde. Destaca-se, também, o grupo como espaço de compartilhamento, de expressão de práticas culturais, de favorecimento da rede de apoio social^{57, 163, 164}. Evidencia-se, pois, relação estreita entre funcionalidade e bem estar^{26, 50}.

É por este motivo que, do ponto de vista da saúde pública, a capacidade funcional surge como o conceito de saúde mais adequado para instrumentalizar e operacionalizar uma política contemporânea de atenção à saúde do idoso. Além disso, as políticas públicas direcionadas aos idosos evocam a promoção do envelhecimento ativo, que se relaciona à manutenção da autonomia e independência, preservando a funcionalidade^{14, 26, 162}.

5.1.4. 3ª Camada: condições socioeconômicas, culturais e ambientais gerais

Em relação à terceira camada, a análise dos dados primários do estudo foi compatível com a PDAD (2011) para a região do Paranoá e Itapoã. A maioria dos idosos não possui nenhuma escolaridade ou apenas o Ensino Fundamental incompleto, possui moradia própria, tem renda de até um salário mínimo, e são aposentados (tabela 6).

O instrumento utilizado permitiu selecionar as seguintes variáveis: grau de escolaridade, moradia, renda familiar, atividade profissional, conforme demonstrado na tabela abaixo:

Tabela 3 - Frequência absoluta e relativa do grau de escolaridade, condições de moradia, renda familiar e atividade profissional, dos idosos usuários da APS, Regional de Saúde do Paranoá/SES/DF – 2012.

Variáveis	Frequência	%
Grau de escolaridade		
Nenhuma	150	50,0
Ensino Fundamental incompleto	117	39,0
Ensino Fundamental completo	16	5,3
Ensino Médio incompleto	4	1,3
Ensino Médio completo	7	2,3
Ensino Superior incompleto	1	0,3
Ensino Superior completo	4	1,3
Não informado	1	0,3
Moradia		
Alugada	23	7,7
Amigos	2	0,7
Cedida	11	3,7
Familiares	38	12,7
Própria	224	74,7
Não informado	2	0,7
Renda Familiar		
Sem renda	24	8,0
Até 1 S.M	179	59,7
De 1 a 3 S.M	78	26,0
Mais de 3 S.M	14	4,7
Não informou	5	1,7
Atividade Profissional		
Aposentado	188	62,7
Afastado por problemas de saúde	14	4,7
Agricultor	4	1,3
Autônomo	4	1,3
Beneficiário	13	4,3
Desempregado	20	6,7
Empregado	17	5,7
Pensionista	14	4,7
Prendas Domésticas	20	6,7
Não informou	6	2,0
Total	300	100,0

Esses determinantes impactam ao analisar a atenção à saúde do idoso na perspectiva de RAS, bem como do papel da APS na coordenação do cuidado para

um perfil de vulnerabilidade desse idoso. Há que se discutir formas de prescrição e estratégias que considerem esses determinantes no cuidado em saúde dessa parcela da população, causados pelas limitações expostas e não pelo envelhecimento em si⁵⁰.

Segundo a OMS, os baixos níveis de instrução e o analfabetismo estão associados a maiores riscos de deficiência e morte durante o processo de envelhecimento. O mesmo ocorre quando o fator analisado é a renda. Alguns estudos demonstraram que idosos com baixa renda têm uma chance de cerca de 30% de apresentar baixos níveis funcionais se comparados àqueles que possuem uma renda alta.

5.2. ESTRUTURA OPERACIONAL

O segundo elemento das redes de atenção à saúde é a estrutura operacional constituída pelos nós das redes e pelas ligações materiais (objetos, mercadorias, pessoas) e imateriais que comunicam esses diferentes nós. A APS, os sistemas de apoio, os sistemas logísticos e o sistema de governança são comuns a todas as redes e organizam-se de forma transversal nas RAS^{17, 165}.

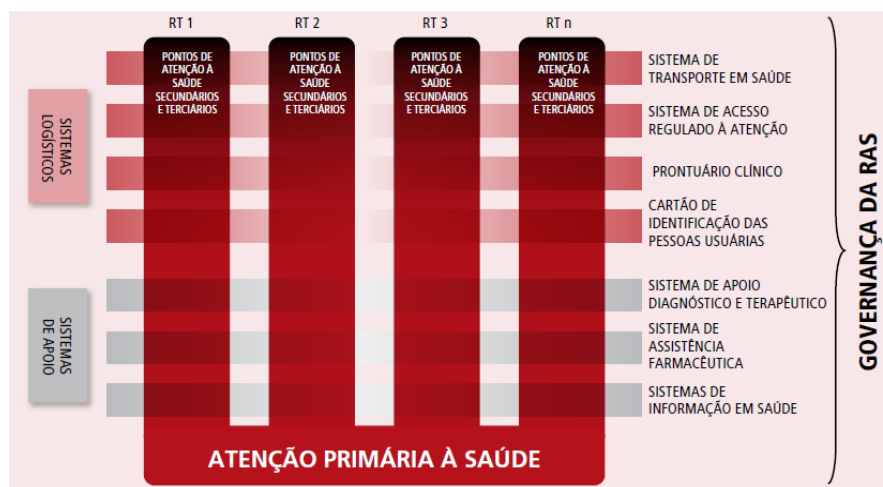


Figura 8: Estrutura operacional das redes de atenção à saúde
Fonte: Mendes, 2011.

5.2.1. Centro de comunicação

O Centro de Comunicação das Redes de Atenção à Saúde é constituído pela APS, que realiza o processo de coordenação dos processos e reordenamento dos fluxos, fazendo funcionar a “porta de entrada” do sistema e enfatizando a função resolutiva desses serviços sobre os problemas de saúde mais comuns, em 80% dos casos^{17, 109}.

No Brasil, sua importância teórica já foi reconhecida e regulamentada, efetivando a APS como eixo estruturante da RAS no SUS, voltada para a configuração de um modelo de atenção capaz de responder às condições crônicas e agudas, além de promover ações de vigilância e promoção à saúde, as quais devem ser seguidas pelos estados, municípios e o Distrito Federal^{108, 123}.

Para o seu fortalecimento destaca-se um conjunto de condições, dentre as quais: (1) disponibilidade de médicos generalistas com formação específica para cuidar da saúde da comunidade, lançando mão das melhores evidências científicas na terapêutica dos problemas mais prevalentes; (2) ações de saúde abrangentes e articuladas, que contemplem vigilância, prevenção de enfermidades e promoção de saúde¹⁶⁶.

Quanto à constituição básica, as equipes de ESF, em relação às modalidades vigentes de APS na Regional de Saúde do Paranoá, verifica-se que estas cumprem os requisitos para o cadastramento no CNES segundo o território e recursos humanos.

No entanto, quando consideradas as necessidades em saúde da população idosa, as relações entre essas variáveis demonstram uma insuficiência estrutural para cobertura por serviços de APS na Regional do Paranoá, principalmente em relação à saúde bucal e assistência farmacêutica.

Esse sistema organizacional reproduz a estrutura da APS na SES/DF, influenciando seus indicadores avaliativos. Também demonstra a baixa governabilidade e autonomia regional para alocação de serviços, que são de responsabilidade da macrogestão centralizada^{135, 136}.

Tabela 4 - Equipe, modalidade, território e cobertura das vinculadas a APS na regional do Paranoá:

PARANOÁ ÁREA RURAL - COBERTURA TOTAL: 60 %				
Equipe	Modalidade	Território	Profissionais da Equipe	Nº idosos
01	ESFSB_M1 PSR	PADDF	1 médico, 1 Enfermeiro, 2 aux. Enfermagem, 4 ACS, 1 C. Dentista e 1 Aux. em Saúde bucal	80
02	PSR	Jardim II	1 médico, 1 Enfermeiro, 2 aux. Enfermagem, 6 ACS	92
04	PSR	Capão Seco	1 médico, 1 Enfermeiro, 2 aux. Enfermagem, 4 ACS	83
05	ESFSB_M1 PSR	Carirú	1 médico, 1 Enfermeiro, 2 aux. Enfermagem, 5 ACS, 1 C. Dentista e 1 Aux. em Saúde bucal	78
06	PSR	Café s/ troco	1 médico, 1 Enfermeiro, 2 aux. Enfermagem, 1 ACS.	32
PARANOÁ ÁREA URBANA - COBERTURA TOTAL: 10%				
06	ESF	Qd. 18	1 médico, 1 Enfermeiro, 2 aux. Enfermagem, 6 ACS.	338
09	PACS / EACS Modelo Tradicional	Centro de Saúde 01	1 Enfermeiro, 16 ACS	603
ITAPOÃ ÁREA URBANA - COBERTURA TOTAL: 68%				
07	PSU – ESF	Eq 07	1 médico, 1 Enfermeiro, 2 aux. Enfermagem, 5 ACS	75
08	PSU – ESF	Eq 08	1 médico, 1 Enfermeiro, 2 aux. Enfermagem, 5 ACS	72
10	ESFSB_ Modalidade 1	Eq 10	1 médico, 1 Enfermeiro, 2 aux. Enfermagem, 5 ACS, 1 C. Dentista e 1 Aux. em Saúde bucal	106
11	ESFSB_ Modalidade 1	Eq 11	1 médico, 1 Enfermeiro, 2 aux. Enfermagem, 5 ACS, 1 C. Dentista e 1 Aux. em Saúde bucal	58
12	ESF	Eq 12	1 médico, 1 Enfermeiro, 2 aux. Enfermagem, 5 ACS, 1 C. Dentista, Não tem Aux. em Saúde bucal	55
13	ESF	Eq 13	1 médico, 1 Enfermeiro, 2 aux. Enfermagem, 5 ACS, 1 C. Dentista, Não tem Aux. em Saúde bucal	70
14	ESF	Eq 14	1 médico, 1 Enfermeiro, 2 aux. Enfermagem, 5 ACS, 1 C. Dentista, Não tem Aux. Em Saúde bucal	47
15	ESF	Eq 15	1 médico, 1 Enfermeiro (20 horas), 2 aux. Enfermagem, 5 ACS, não tem Dentista, Não tem Aux. Em Saúde bucal	Não cadastrada, falta carga horária do enfermeiro
17	EAB / Parametrizada	Eq. 17	Médico clínico 40 horas; Médico pediatra 40 horas; Médico Ginecologista 40 horas; Enfermeiro 40 horas.	Sem ACS
--	NASF / CS 02	Médico homeopata 40 horas; Médico pediatra 20 horas; T. Ocupacional 40 horas; Fisioterapeuta 40 horas; Assistente Social 40 horas; Nutricionista 20 horas.		

Há que se destacar que na área urbana do Paranoá existe apenas 01 equipe de ESF (ESF 06 - Quadra 18). O número de famílias sob a responsabilidade da equipe está superando a recomendada de, no máximo, 4.000 pessoas - média de 3.000 pessoas – sendo que esse é o território onde se concentra o maior quantitativo de idosos.

Esse quantitativo diverge em relação às equipes analisadas, podendo interferir na qualidade da assistência prestada por não respeitar os critérios de equidade. Recomenda-se que o número de pessoas por equipe considere o grau de vulnerabilidade das famílias naquele território, sendo que, quanto maior o grau de vulnerabilidade, maior deverá ser a quantidade de pessoas por equipe¹⁶.

Em relação à organização da APS como coordenadora do cuidado e centro de comunicação a partir das necessidades da população idosa, verifica-se, na percepção dos profissionais, que estes têm ciência do seu papel quanto ao território. Observa-se que, em alguns casos, priorizam as ações com protocolo de risco ou de funcionalidade específicos e até citando os determinantes sociais para contextualizar o usuário e entender o processo saúde-doença.

“Priorizamos os pacientes acamados e portadores de deficiências devido à dificuldade de locomoção até o posto”. (ENF1).

“As principais atividades que realizamos são o acolhimento, a avaliação do risco cardiovascular (global), risco para quedas, autonomia e capacidade funcional, avaliação da interação com a família/cuidador (...)” (ENF 2) .

A APS também foi citada como porta de entrada do sistema por dois enfermeiros e ressaltaram a importância da estratégia de acolhimento e referenciamento para o idoso.

No entanto, em relação ao desenvolvimento de ações para o atendimento ao idoso, as equipes de ESF (médicos e enfermeiros) enfatizaram, em sua maioria, a consulta médica. Em seguida, mas com menor frequência, foi apontado o trabalho dos grupos realizados pela equipe e palestras, como estratégias utilizadas para a promoção da saúde. Outras alternativas citadas foram: práticas integrativas como a automassagem, orientações quanto ao uso de medicamentos e orientação aos cuidadores.

Observou-se que 2 equipes de ESF, independente da categoria profissional, complementaram a resposta citando os grupos para acompanhamento de

patologias, como diabetes e hipertensão arterial, além de outros procedimentos como sondagens e pequenos curativos, na descrição da ação. Todavia, o conteúdo enfatizou o foco curativo e centrado na doença.

“Atualmente, a principal atividade é o grupo de HA e DM às quintas pela manhã, com consultas marcadas e atendimento nos outros dias com agenda livre mediante disponibilidade.” (ENF 2)

Esses resultados mostram um conflito entre o conhecimento que o profissional tem acerca dos atributos da APS e o real desenvolvimento das ações pelos profissionais. Esse resultado concorda com outros da literatura os quais apontam ainda, para algumas questões críticas, que precisam ser mais bem conhecidas e discutidas no âmbito da ESF.

De modo geral, existe uma percepção positiva das equipes sobre sua atuação. No entanto, existem questionamentos sobre a prática cotidiana das equipes e alguns autores afirmam que as estruturas atuais ainda se mantêm permeáveis ao modelo biomédico tradicional¹⁶⁷.

Em estudo realizado em quatro capitais brasileiras, verificou-se que a coordenação e o "planejamento dos serviços" foram os atributos que alcançaram baixo nível de consenso em termos da clareza e significado do conceito, também coincidindo com os resultados encontrados¹⁶⁸. Tal fato permite inferir a necessidade de haver educação permanente desses profissionais quanto aos novos conceitos sobre a APS.

A literatura aponta inúmeras limitações do modelo vigente de APS ao mesmo tempo em que se recomenda que a ESF deva passar por avaliação e adequações, para que não se repitam os equívocos do sistema tradicional predominante: atendimento centrado no médico, consulta-resposta, falta de articulação agudo/crônico, pouca ênfase na promoção da saúde, inter ou multissetorialidade. Isso deve ser observado especialmente, no cuidado à pessoa idosa, que exige estratégias criativas e adaptáveis, desde a promoção a saúde até o acompanhamento de cronicidades¹⁶².

Identificam-se diversos movimentos nessa direção. Um deles está sendo implementado no Brasil na perspectiva de aperfeiçoamento de gestão da clínica em redes de atenção à saúde e hospitais do SUS^{52, 53}. Pode-se compreender a gestão da clínica como uma ponte entre os operadores do cuidado à saúde e os gestores na busca de consensos para qualificar a atenção ao usuário⁷⁶.

Já Campos (2007) refere-se a um modelo de “cogestão da clínica” que procura compartilhar as responsabilidades entre paciente/usuário, gestor/organização e clínico/equipe, em que é dada ênfase à participação do paciente como sujeito do processo de cuidado à saúde, bem como autonomia de gestão do processo de trabalho aos profissionais, para que adéquem estratégias de trabalho compatíveis com as necessidades locais^{169, 170}.

Experiências de outros países de acesso universal à saúde mostram que a estratégia de SF deve ser fortalecida, mas não seria a única capaz de fortalecer a atenção básica. Importante, de fato, seria assegurar porta de entrada permanentemente aberta aos pacientes, com garantia de trajetória acompanhada nos diferentes pontos da rede necessários ao atendimento integral ao seu problema¹⁶⁶.

5.2.1.1. A experiência do centro de saúde 01 e a sala de acolhimento ao idoso

O CSPa 01 compõe os sistemas de saúde orientados pela APS e funciona no modelo de atenção denominado tradicional. Funciona sob a lógica da concepção da APS no DF, como na época de sua fundação. Estrutura-se na forma de programas verticais em saúde, centrando suas ações em médicos – por vezes especialistas - e enfermeiros, voltados para ações específicas sobre condições de saúde singulares (diabetes, hipertensão, tuberculose, DST) e organizados sob a forma de “salas” (mulher, criança, adulto, idoso), sem população adstrita¹²⁸.

No entanto, a sala do idoso, criada em 2010, apesar de estar localizada em um modelo tradicional, segue a lógica da APS e particularmente da ESF. Essa sala foi criada após pactuação entre os profissionais de saúde que apresentavam perfil para atendimento da população idosa e a gestão local, a fim de criar-se uma linha de cuidado específica para essa população.

Por uma iniciativa pioneira de sistematização de dados, em parceria com a Universidade de Brasília (UnB), através do Sistema Saúde-Escola, foi elaborado um banco de dados digital dos idosos atendidos na sala, a partir da transcrição da Ficha de Cadastro do Idoso da Secretaria de Estado de Saúde-DF (SES-DF). Essa ação mostra que apesar do CSPa 01 não possuir território definido, a sala do idoso reconhece o papel da APS de identificar a população sobre sua responsabilidade sanitária.

Reconhecendo-se como coordenadora do cuidado, outras potencialidade desse serviço de atendimento exclusivo e direcionado ao idoso no CSPa, é a escuta qualificada realizada pela enfermagem. Esta parte da equipe faz o legítimo ato do “cuidar” em saúde, enxergando a integralidade dos sujeitos, além de promover o vínculo desse paciente com a equipe e o serviço. Uma das estratégias utilizadas pela sala é a musicalização. O paciente pode escolher desde Altemar Dutra, até outros artistas de sua preferência, à ambientação daquele momento¹⁷¹.

Quanto às estruturas operacionais para o atendimento ao idoso, a sala notadamente tem a vantagem de utilizar as demais estruturas do CSPa 01 pela proximidade geográfica. No entanto, isso não adiantaria se não houvesse articulação e pactuação com os demais serviços na Unidade.

A dificuldade relatada para a construção da RAS por esse serviço é a desvantagem da adaptação de um serviço sem território, definido para adequar-se ao modelo de uma APS na RAS, cosequências do envelhecimento populacional com a demanda crescente e ilimitada, incrementada pela pouca abrangência da ESF e restrição de área física para a ampliação da sala. Estes são fatores observáveis que servem de fator desmotivador aos profissionais que atuam nesse serviço.

O destaque da ação deve-se ao fato do dinamismo da equipe. Com uma enfermeira, uma auxiliar de enfermagem e dois médicos, os quais se revezam em atendimentos a outros programas. Todavia, a qualidade e eficiência alcançadas podem estar comprometidas com a sobrecarga desta população reprimida.

Até o final da observação, em novembro de 2012, havia 962 idosos cadastrados e, em cada consulta, os dados individuais eram analisados e rediscutidos, permitindo um diagnóstico mais preciso da situação em saúde. Foram citados pela equipe, os atributos: coordenação da atenção, integralidade, longitudinalidade.

Teixeira (2012) discute as mudanças nos cuidados primários à saúde e afirma a importância de perguntar, na prática, o que muda e o que permanece. Com a criação da ESF, o Centro de Saúde ocupa uma posição marginal e cientificamente minimizada no sistema global de cuidados¹⁷²? E o cenário se torna mais complexo quando se observa que, simultaneamente, há dois segmentos etários, idosos e jovens, demandando programas específicos e recursos públicos¹⁷³.

A atenção à saúde do idoso no Brasil encontra-se em transição, na luta entre o velho e o novo modelo de atenção à saúde. A coexistência desses modelos

implica, de um lado, a luta pela consolidação do SUS, respeitando-se seus princípios, pela implantação efetiva de suas estratégias operacionais e, de outro, ainda se mantém o modelo unicista clínico/biológico¹⁷⁴.

Em geral, nota-se que os profissionais em saúde que representam a APS, a partir de uma reflexão sobre os meios e condições estruturalmente insuficientes, não têm real conhecimento sobre o significado conceitual de pontos de atenção à saúde dentro da perspectiva de RAS, e sua diferença para especialidades médicas isoladas¹⁷.

5.2.2. Pontos de atenção (redes temáticas)

As RAS determinam a estruturação dos pontos de atenção à saúde, secundários e terciários. Esses são os únicos elementos temáticos das RAS. Isso se impõe em razão da divisão técnica do trabalho que exige, nesses pontos, a especialização, gerados através de uma função de produção singular¹⁷.

Os pontos de atenção se diferenciam por suas respectivas densidades tecnológicas (pontos de atenção terciários mais densos tecnologicamente que os pontos de atenção secundária). Contudo, na perspectiva das redes poliárquicas, não há entre eles relações de subordinação, já que todos são igualmente importantes no intuito de atingirem os objetivos comuns das RAS¹⁷.

Seguindo a análise sob a ótica da APS como coordenadora da RAS e sua relação com os pontos de atenção, Silva (2011) reforça algumas características necessárias para seu fortalecimento: (1) gerenciamento do cuidado, visando garantir sua continuidade, através da regulação do acesso e integração com os demais níveis de atenção; (2) escopo assistencial amplo, se necessário incluindo outras especialidades médicas para que atuem de forma articulada com os médicos generalistas nas situações de maior prevalência, tais como cardiologia, ortopedia, entre outras; (3) integração matricial com os especialistas^{37, 166}.

A observação no cenário do estudo permitiu verificar a existência de dois níveis de atenção para atendimento ao idoso. O nível primário, representado pela APS através das equipes de ESF distribuídas pelas RA do Paranoá e do Itapoã, e do CSPa 01, livre demanda e abrigando a estrutura da PACS. O nível secundário, por sua vez, foi atribuído ao ambulatório de gerontologia e geriatria localizado no Hospital Regional do Paranoá (HRPa).

No plano de construção da linha de cuidado em saúde do idoso pelo PAISI Regional, em 2010, a análise de relatórios da Gestão Regional da APS mostra que houve uma pactuação para que as demandas de maior complexidade para a APS, como violência e idosos apresentando algum grau de acometimento compatível com grandes síndromes geriátricas.

Neste último caso, deveriam ser referenciados para o ambulatório de gerontologia – por marcação direta com os profissionais - e, após avaliação específica e de acordo com a necessidade, seriam encaminhados ao geriatra. Enquanto isso, a gerontologia seguiria se articulando a outros serviços de saúde (social, farmácia, internação domiciliar) e redes sociais (Centro de Referência Especializado de Assistência Social, Conselho dos Direitos dos Idosos, Prodide) para a resolução integral do caso e retorno à APS.

Assim, as especialidades seriam integradas na RAS como pontos de atenção, a partir de acesso regulado diretamente pela APS, comunicação em rede com outros pontos de atenção e relação entre generalista e especialista - relação pessoal com trabalho clínico conjunto, atenção focada no cuidado multiprofissional, planejamento pelas necessidades¹⁷.

No entanto, após dois anos da pactuação inicial relatada verificam-se lacunas e fragmentação da rede, o que se verificou pela resposta dos profissionais da APS, tanto da ESF como do CSPa 01, aos questionários:

“O sistema de articulação entre os serviços é frágil e os fluxos de referência e contrarreferência simplesmente não funcionam” (MED 1)

Sobre a identificação de serviços especializados na atenção à saúde do idoso, os profissionais de saúde da ESF identificam, em sua maioria como pontos de atenção, a sala do idoso no CSPa 01 e o serviço de geriatria do HRPA. No entanto, ao reconhecer como ponto de atenção secundário a sala do idoso do CSPa 01, a ESF demonstra desconhecer os conceitos e a estrutura da APS na Regional e na RAS.

Supõe-se que os profissionais identificam o modelo do CSPa 01, não pela sala do idoso em si, mas pela assistência prestada pela referida unidade. Isso pode ser atribuído à associação aos antigos modelos dos centros de especialidades médicas, os quais permitem uma demanda aberta, diretamente ou por alguma referência (muitas vezes da APS), mas atuando de forma isolada e fragmentada¹⁷².

Quanto ao atendimento na geriatria, segundo a Política Nacional de Saúde do Idoso, a consulta fundamenta-se na coleta e no registro de informações que possam orientar o diagnóstico a partir de caracterização de problemas e o tratamento adequado, com a utilização rotineira de escalas de rastreamento para depressão, perda cognitiva e avaliação da capacidade funcional, assim como o encaminhamento para a equipe multiprofissional e interdisciplinar⁷⁷.

Apesar de enfermeira e médico, cumprirem o estabelecido em portaria para atendimento ao idoso, pela observação dos seus processos de trabalho no cenário das práticas durante o estudo, percebe-se que esse é influenciado para além da autonomia dos profissionais sobre seu modo de gerir o cuidado em saúde.

Ambos têm problemas com escalas de trabalho, sendo por carga horária insuficiente ou dividindo-se entre outros programas verticais existentes. Ao mesmo tempo, não há um processo avaliativo de suas ações em relação à eficácia.

Pelo fato da sala de atendimento secundário ao idoso estar situada em um ambulatório de especialidades médicas, a avaliação do serviço é realizada através da produtividade de seus atendimentos de modo que, sem um fluxo definido, a demanda quase espontânea e o maior tempo despendido no atendimento à população idosa caminham em um curso contraproducente da lógica tradicional.

Também não foi verificada equipe multiprofissional para atendimento ao idoso nesse ponto de atenção e a relação interdisciplinar foi questionada pela ESF quando se referem:

“(...) jamais recebemos contrarreferência, mesmo solicitando por escrito.”
(MED 2)

“Mesmo após encaminhar o paciente procuro manter o atendimento em conjunto, mas o vínculo com os outros profissionais é difícil inclusive até para conseguir os relatórios dos atendimentos realizados nos serviços especializados.” (MED 3).

Para que as especialidades se integrem como pontos de atenção, deve haver relação entre generalista e especialista: relação pessoal com trabalho clínico conjunto¹⁷ como demonstrada por 1 médico de ESF que ressaltou dois pontos de atenção da APS que merecem ser considerados. O Centro de Apoio Psicossocial (CAPS) e o Núcleo de Apoio à ESF (NASF), serviços da própria APS para a APS:

“(...) exceções devem ser feitas ao CAPS e aos profissionais do NASF que, apesar de todas as dificuldades, o atendimento é feito em um prazo razoável. E sempre temos um retorno através do matriciamento.” (MED 1)

Os profissionais da APS assinalaram a necessidade de encaminhamento dos idosos a outras especialidades médicas como: oftalmologia, otorrinolaringologia, cardiologia, reumatologia, ortopedia e urologia.

Foi unânime, tanto na fala dos médicos quanto na dos enfermeiros, a dificuldade de encaminhamento a serviços especializados, como representado abaixo:

“A dificuldade para encaminhamentos é imensa... mesmo pacientes com câncer de próstata, já diagnosticados, levam até 01 ano para serem reavaliados.” (MED 3)

“A dificuldade para encaminhamento dos idosos para as especialidades são as mesmas de outros pacientes.” (ENF 2)

A necessidade de encaminhamentos da APS para serviços especializados pode dever-se, em parte, à falta de uma lógica fundamental na organização racional para RAS, como as diretrizes clínicas, e entre elas as linhas guia que normatizam as ações que se desenvolvem em todos os pontos de atenção de uma RAS (níveis de atenção primária, secundária e terciária à saúde) e nos sistemas de apoio¹⁷.

Uma característica essencial das linhas-guia é que se desenvolvam por graus de estratificação de riscos e que se normatizem as ações referentes a cada estrato em particular¹⁷. No caso da Atenção ao Idoso, esse fundamento para a construção da RAS para o SUS deve ser pautado, como propõe os estudos e as políticas internacionais para na promoção de um envelhecimento ativo, na avaliação da funcionalidade, pactuando protocolos clínicos específicos para cada estrato¹⁴.

Além disso, devem ser analisados o perfil da população atendida e suas necessidades para que ocorram normatização e estabelecimento de fluxos que denotem agilidade no atendimento, bem como um planejamento de ações que promovam acesso a esses pacientes^{7, 108}. No caso do Paranoá, as demandas citadas pelos profissionais se justificam após a análise do perfil da população idosa usuária da APS e levantam ações específicas para o grupo.

“Se os fluxos funcionassem tornariam nosso trabalho muito mais resolutivo e não apenas paliativo como ocorre na maioria dos casos.” (ENF 3)

Pela análise das falas dos profissionais, representando a visão interpretativa da realidade, associando-se a análise documental e a observação no cenário de práticas, verifica-se que, em todos os níveis de atenção (primário ou secundário), o sistema de saúde está funcionando na lógica dos sistemas de serviços de saúde⁹⁵ e

não dos sistemas de atenção em saúde. Isso denota um sistema fragmentado de atenção por não conseguir responder às necessidades em saúde da população, em particular à do idoso, reproduzindo os modelos atuais⁹⁶.

Entre os obstáculos à constituição de rede, destaca-se a insuficiente oferta de atenção especializada, agravada pela baixa interação pessoal entre generalistas e especialistas, relações hierárquicas e o isolamento entre atenção básica e especializada.

Além disso, também corroboram para dificultar a efetivação do trabalho em rede, o distanciamento da incorporação de novas tecnologias pela APS dificultando a atenção integral, não uso de ferramentas de gestão da clínica e a educação permanente dos profissionais da APS na lógica horizontal e vertical dos sistemas de atenção à saúde¹⁶⁶.

5.2.3. Sistemas de apoio (apoio diagnóstico, assistência farmacêutica, informação em saúde)

Um terceiro componente da estrutura operacional são os sistemas de apoio. Esses são representados pelos lugares institucionais das redes em que se prestam serviços comuns a todos os pontos de atenção à saúde, nos campos do apoio diagnóstico e terapêutico, da assistência farmacêutica e dos sistemas de informação em saúde¹⁷.

Preconiza-se que nos sistemas orientados pela atenção primária, seja função desses serviços assegurar fluxos diagnósticos e terapêuticos adequados a partir da porta de entrada. No entanto, as esperas para os demais serviços diminuem a credibilidade deste nível de atenção. No Brasil, os elevados tempos de espera para marcação de consultas, exames especializados e cirurgias constituem a maior causa de insatisfação referida pelos usuários do Sistema único de Saúde (SUS)^{23, 24, 175}.

Quando a centralidade da produção da saúde está baseada nos procedimentos, pode ocorrer, o que Franco coloca, como produção imaginária da demanda, ou seja, em uma de suas vertentes, interferem na relação entre a comunidade e os serviços, no caso a APS, operando certo imaginário da demanda por procedimento ao invés de uma demanda por cuidado¹⁷⁶.

O aumento da capacidade de resolução da APS pode ser feito por meio da destinação de recursos, da ampliação da rede de serviços, pelo aumento do acesso

a meios diagnósticos e terapêuticos e pela educação continuada, que entre os fatores que têm impacto sobre a coordenação, destacam-se o incremento do papel de filtro (*gatekeeping*) dos médicos generalistas, relacionado à gestão e à responsabilização pelo caminho terapêutico do usuário¹⁶⁸.

Na perspectiva da forma de organização, segundo análise das respostas dos profissionais, o sistema de apoio diagnóstico e terapêutico acompanha o sistema fragmentado hegemônico, por instituírem-se de forma isolada, sem comunicação fluida com a APS e com os pontos de atenção secundária¹⁷:

“Quando a doutora às vezes pede um exame mais complexo é aí o grande problema para conseguir marcar”. (ENF 3)

Verificou-se também que a Regional de Saúde do Paranoá apresenta algumas limitações em sua estrutura organizacional para apoio diagnóstico, que vão desde a pouca carteira de serviços complementares até o acesso restrito e a baixa eficiência.

“Temos poucas opções de exames complementares”. (MED 1)

“(…) principais dificuldades: encaminhamentos para as especialidades e realização de exames complementares.” (MED 2)

“Canso de pedir exames e quando acho que vai vir o resultado, faltou o reagente.” (MED 3)

Por observação dos cenários das ações e como parte de uma análise do contexto, verifica-se que nos serviços de ESF da APS da Regional do Paranoá não há postos de coleta de sangue. Há coleta no CSPa 01 e no serviço de laboratório do Hospital Regional do Paranoá, para posterior processamento nessa unidade ou encaminhamento a outros serviços dentro da rede da SES/DF. Isso pode ser uma estratégia voltada à economia de escala e de recursos que, somada a sistemas logísticos e de informação eficientes é utilizada e validada por algumas experiências no SUS¹⁷.

Por outro lado, ALMEIDA (2011) avaliou medidas para aumentar a resolubilidade das equipes de SF, dentre elas ampliar o acesso ao apoio diagnóstico (rede laboratorial). A coleta de material para exames no serviço de APS foi um dos elementos que contribuiu para a percepção de resolubilidade e facilitou a conformação da USF como serviço de procura regular¹⁶⁸.

Quanto ao apoio radiológico, foi citado apenas por 1 médico, também indicando a desarticulação do sistema:

“É complicado. Houve treinamento para os clínicos identificarem pacientes com fator de risco para osteoporose que deveriam fazer a densitometria óssea. Não tem no Paranoá. O idoso tem muita dificuldade de deslocamento e o exame demora muito para marcar. Também não consegue fazer o RX para ver se tem fratura. O que se faz?” (MED 3)

Nenhuma equipe citou a necessidade de RX para a investigação e diagnóstico de tuberculose, doença de prevalência e diretamente relacionada às ações básicas de saúde.

Levanta-se como possível limitação do instrumento de estudo, o fato do mesmo não abordar especificamente qual estrutura se pretende avaliar, mas, ao invés, generalizar o tema, de modo que estruturas não contempladas na APS podem ter sido esquecidas pelos profissionais. Postula-se também que isso ocorra devido à existência dentro da APS de um programa específico para essa finalidade e a APS esteja trabalhando na lógica da verticalização.

O segundo sistema de apoio, fundamental para a organização das RAS, é o sistema de assistência farmacêutica, que envolve uma complexa organização, fundamentada pela fármaco-economia e pela fármaco-epidemiologia, relacionada com ciclos logísticos e a farmácia clínica, apoiando as ações de saúde demandadas por uma comunidade¹⁷.

Quanto a esse sistema de apoio, houve uma citação centrada na terapia medicamentosa, mas que demonstra preocupação dos profissionais sobre a integralidade do cuidado e demonstra a inadequação da assistência farmacêutica para o SUS:

“Não adianta capacitações para a gente prescrever medicações que são usadas por especialistas se o paciente não consegue pegar o remédio por causa do carimbo.” (MED 3)

A afirmação refere-se às medicações que necessitam de protocolo para a dispensa de prescrição exclusiva por especialistas. Dentre essas, medicações para tratamento de doenças osteoarticulares, pulmonares, neurológicas, de utilização por idosos usuários da APS.

Isso reforça a hipótese da falta de integração e comunicação entre os níveis de atenção secundária e terciária com a APS, sendo um obstáculo, no desempenho

da função para a equipe de atenção primária, bem como uma falta de planejamento que perpassa a autonomia da APS e, por sua vez, colaboram para a fragmentação do sistema¹⁷⁷.

Por outro lado, a observação permitiu destacar uma iniciativa de farmácia clínica e da preocupação do serviço direcionado ao perfil da população assistida, no caso o idoso, com o relato do uso de “caixas” para organização das várias medicações usadas.

A aquisição do material é realizada por iniciativa da equipe com recursos próprios e conta com a participação do farmacêutico do CSPa 01 na dispensação e orientação do uso pelos idosos.

Segundo Mendes, 2011:

A introdução da farmácia clínica muda o papel do farmacêutico que de um profissional que lida com medicamentos, passa a ser membro de uma equipe multiprofissional de saúde, interagindo com os demais profissionais e relacionando-se com as pessoas usuárias, suas famílias e a comunidade, de forma que gere vínculos permanentes, com base no acolhimento e na humanização das práticas clínicas.

O componente da farmácia clínica envolve o formulário terapêutico, a dispensação – realizada por todas as equipes - a adesão ao tratamento, a conciliação de medicamentos e a fármaco-vigilância. Pelo estudo não foi possível verificar a realização de todas as etapas. No entanto deve ser uma preocupação do serviço de saúde mediante a polifarmácia utilizada pelos idosos dessa Regional.

O terceiro componente dos sistemas de apoio nas RAS são os sistemas de informação em saúde. Na Regional do Paranoá, pela observação do cenário e consulta aos sistemas, verifica-se que os mais utilizados são os sistemas de captação e armazenamento de dados.

A finalidade da informação em saúde consiste em identificar problemas individuais e coletivos do quadro sanitário de uma população, propiciando elementos para análise da situação encontrada e subsidiar o planejamento em saúde¹⁷⁸. Entre as iniciativas mais exitosas de integração da rede, destacam-se investimentos em tecnologias de informação e comunicação, com a implantação de sistemas informatizados de regulação e prontuários eletrônicos¹⁷⁹.

Cabe aqui uma observação quanto à complexidade desse componente, sendo ressaltada a importância de uma análise mais aprofundada e com ênfase

específica nesse fluxo, devido a limitações do método utilizado que não permitiu descrevê-lo em sua plenitude.

A observação do cenário foi capaz de verificar que o gerenciamento das informações em saúde na Regional do Paranoá ocorre através de três instâncias gestoras, cada qual com os dados pertinentes a seus serviços, alimentando o Sistema de Informação em Saúde (SIS) sem, no entanto, transformá-los na informação necessária para o processo de decisões.

A APS é responsável pelo gerenciamento do Sistema de Informação de Atenção Básica (SIAB), que é uma ferramenta utilizada por meio do PSF, dirigida a coletar, agregar e processar informações sobre a população adstrita. Estrutura-se por um processo de territorialização, que envolve microáreas de ação dos ACS, responsáveis pela alimentação do sistema, através do preenchimento da ficha A e B.

Dois outros instrumentos: (1) ficha de situação de saúde e acompanhamento das famílias (SSA2) e (2) produção de marcadores para a avaliação (PMA2), usados na consolidação dos dados pelas equipes, também fazem interface com o SIAB.

A DAS é a responsável pelo gerenciamento de informações quanto aos atendimentos/procedimentos/tratamentos realizados em cada estabelecimento de saúde no âmbito ambulatorial, através do Boletim de Procedimentos Ambulatoriais (BPA), bem como da Autorização de Procedimentos Ambulatoriais (APAC) que alimentarão o Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA). Esses dados atualmente somente estão sendo utilizadas para o faturamento da Regional, com base na tabela de OPM¹⁸⁰.

Já a Vigilância Epidemiológica (VE), subordinada diretamente a CGS, gerencia outros sistemas de informações de registro nacionais utilizados no SUS: Sistema de Informações de Mortalidade (SIM), o Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC), o Sistema de Informações de Agravos de Notificação (SINAN) da Regional de Saúde.

Apesar dos esforços dos profissionais em alimentar e coordenar os dados dentro de cada esfera, através da observação da APS, foi possível verificar um desordenamento na gestão dos dados, bem como insuficiência no repasse e discussão das informações com os profissionais.

Tal fato assemelha-se a outras localidades do país que apresentam sistemas fragmentados de atenção. Evidencia-se que os dados que compõem esses Sistemas de Informação em Saúde não estão sendo examinados, não permitindo a

análise situacional em saúde e/ou produção de informações para o planejamento da assistência e resolubilidade das ações de saúde¹⁷⁸.

Além disso, a formalização exigida pelo SIS tem gerado uma pressão que influencia na prática dos profissionais de saúde, sendo que essa pressão é fruto de uma cobrança quanto a produção exigida, metas a serem atingidas e a quantidade de dados a serem gerados pela UBS¹⁷⁸.

Quanto a outros instrumentos de informação de dados, destaca-se o prontuário da família, contendo as informações pertinentes às condições de vida da família e de sua inserção em determinado território. Em alguns analisados, sentiu-se falta do genograma, capaz de identificar e de retratar a estrutura familiar com seus padrões de relacionamentos e conflitos, analisando o sujeito em seu contexto social¹⁸¹.

Especificamente em relação à população idosa, três instrumentos são padronizados: (1) a Ficha de Cadastro do Idoso da Secretaria de Estado de Saúde, (2) a caderneta do idoso, (3) a Ficha de Referência e Contrarreferência para o serviço de geriatria.

Por uma iniciativa pioneira de sistematização de dados, em parceria com a Universidade de Brasília, através do Sistema Saúde-Escola, no CSPa 01 foi elaborado um banco de dados digital dos idosos atendidos na sala, a partir da transcrição Ficha de Cadastro do Idoso.

Essa ação mostra que apesar do CSPa 01 não possuir território definido, a sala do idoso reconhece o papel da APS de identificar a população sobre sua responsabilidade sanitária. Processo esse que permitiu a replicação para outras equipes e possibilitou o estudo da população idosa da Regional por esse estudo.

Além disso, em uma interlocução com o PACS, permite que a estratégia da caderneta do idoso - documento incorporado à política de cuidado ao idoso pelo Ministério da Saúde desde 2007 - seja difundida entre a prática dos profissionais de saúde e da população idosa, reforçando a importância do registro periódico das informações sobre as condições de saúde do idoso, além das orientações necessárias para um envelhecimento ativo.

Já em relação à ficha de referência e contrarreferência para a geriatria, foi verificado em registros documentais do PAISI a realização de reuniões relativas a esse instrumento. No entanto, conforme analisado anteriormente, como os fluxos de referenciamento não se estabeleceram na prática, os instrumentos não foram

incorporados a práticas da APS, bem como os outros instrumentos específicos de informação ao idoso.

5.2.4. Sistemas logísticos (transporte em saúde, acesso regulado, prontuário clínico, cartão de identificação do usuário).

Os sistemas logísticos são as tecnologias de informação para gerenciamento da RAS e que garantem uma organização racional dos fluxos e contrafluxos de informações, produtos e pessoas. Eles permitem um sistema eficaz de referência e contrarreferência e trocas eficientes de produtos e informações ao longo dos pontos de atenção à saúde e dos sistemas de apoio¹⁷.

Os principais sistemas logísticos das RAS são o cartão de identificação das pessoas usuárias, o prontuário clínico, os sistemas de acesso regulado à atenção à saúde e os sistemas de transporte em saúde, sendo que os três primeiros podem estar integrados em um sistema único, preferencialmente informatizado¹⁷.

Devido ao intercruzamento das finalidades e de certas características já analisadas a respeito dos pontos de atenção e sistemas de apoio, em particular o sistema de informação, pode-se resumir a análise desse componente – sistemas logísticos - em relação ao processo de informatização dos sistemas de serviços de saúde, que deve ser baseada em uma comunicação fluida entre as diferentes unidades produtivas da rede.

No entanto, a respeito do centro de comunicação, representado pela APS, e como primeiro resultado de investigação dos sistemas logísticos, verifica-se que o gerenciamento das tecnologias de informação é de domínio da gestão centralizada da SES/DF. A Regional de Saúde não participa dos processos decisórios quanto à ação de informatização, que vem ocorrendo em toda a SES/DF. No entanto, cabe à sua responsabilidade gestora o acompanhamento, avaliação e a informação sobre os processos em andamento, em um trabalho articulado com as subsecretarias.

No organograma central, há duas subsecretarias que estão envolvidas para esse processo: a Subsecretaria de Logística e Infraestrutura da Saúde (SULIS), e a Subsecretaria de Tecnologia e Informação (STI). A primeira garantindo a infraestrutura necessária para a instalação e o funcionamento adequado das

tecnologias de Informação adquiridas pela STI, no caso atual o *Sistema Integrado de Saúde – SIS*.

O grupo Intersystems do Brasil Ltda., foi contratado diretamente pela SES/DF para o desenvolvimento do projeto *Sistema Integrado de Saúde – SIS*, por ser fornecedora exclusiva dos produtos “Caché” (banco de dados), “Ensemble” (ferramenta de integração de dados) e “TrakCare” (ferramenta que automatiza as atividades de uma rede de saúde, incluindo dados clínicos, administrativos e financeiros por meio do Prontuário Eletrônico do Paciente).

Estudos mostram que uso de sistemas de informações computadorizados apresenta amplos benefícios para a assistência aos idosos, devido à prevalência maior de doenças crônicas não transmissíveis, que requerem um acompanhamento longitudinal mais permanente. Esse tipo de tecnologia permite uma melhor integração e acesso das fontes de informação por parte do pessoal envolvido na prestação de cuidados, contribuindo para melhor eficiência sobre as informações relacionadas à avaliação geral do idoso¹⁸².

Além disso, análises das condições físicas do local de armazenamento dos prontuários evidenciam que, na maioria das unidades, há uma inadequação, geralmente falta de espaço, para o armazenamento e acúmulo de prontuários em prateleiras, dificultando o acesso e a manutenção da organização do arquivo, bem como a preservação dos documentos¹⁸¹.

Frente à evidente necessidade de integração dos dados e de disponibilidade de informações confiáveis e oportunas, para o atendimento e coordenação da atenção, a possibilidade de incorporação de tecnologias de informação e comunicação (TIC), na Saúde da Família, deve ser considerada pelas equipes de saúde e de gestão do sistema de serviços de saúde¹⁸¹.

Contudo, o estudo observacional permitiu verificar o distanciamento entre a teoria e a prática sob vários aspectos. A infraestrutura necessária para o uso da TI ainda é precário em várias unidades da APS, observando-se a ausência de computadores e pontos de internet em número suficiente na APS (somente o CSPa 01 está utilizando). Além disso, os serviços que usam a TI disponibilizada, através do “TrakCare”, constatam que o sistema é lento, fragmentado, desarticulado com os serviços de infraestrutura de modo que, durante o período de trabalho, ocorrem várias falhas.

Ademais, quando ocorrem danos a computadores ou ao sistema, como o contrato de manutenção não está vinculado ao pacote de compra dos *softwares*, a própria Regional deve operar para o funcionamento do serviço. No entanto, sem recursos humanos ou financeiros específicos para esse fim, a resolução dos problemas é prejudicada.

Também foi possível constatar que o “TrakCare” apenas funciona como prontuário clínico, não sendo possível analisar dados a partir dele. Além disso, esse sistema não permite a regulação entre os serviços de saúde do nível primário e secundário (média complexidade) como forma de melhorar o acesso.

A regulação dos serviços de saúde na SES/DF é realizada pela gestão central da rede através do complexo regulador¹⁸³ subordinado à Subsecretaria de Regulação, Controle e Avaliação (SUPRAC), utilizando a ferramenta informatizada de gerenciamento de marcação dos procedimentos padronizada pelo MS - Sistema de Regulação (SISREG III).

No caso do DF, estão sobre regulação os serviços de alta complexidade (leitos de UTI); exames de cardiologia e radiologia, a saber: ECG, ecocardio, holter, EEF, teste de esforço, MAPA, Tilt Test, Hemodinâmica, ecografia/ultrassonografia, mamografia, tomografia computadorizada e ressonância magnética; e especialidades ambulatoriais de cardiologia, dermatologia, oftalmologia e cancerologia.

No entanto, semelhante ao caso de São Paulo, a implementação de ações de regulação se restringiu a estruturação de um complexo regulador. A informatização implantada não representou avanço no sentido de que a APS regional assumisse a gestão das vagas disponibilizadas, ou parte delas, já que muitos desses exames são realizados na própria Regional¹⁸⁴. Assim, coexistem na regional de Saúde sistemas diversos e concorrentes para gerenciamento do acesso a esses serviços.

Os serviços de média complexidade, como o caso das especialidades ambulatoriais disponíveis na Regional de Saúde, são agendados no CSPa 01, que detém as vagas disponibilizadas e convoca os usuários através da lista de espera. Contudo, conforme discutido anteriormente, há pouca oferta de serviços especializados.

No caso ainda da solicitação de exames complementares não disponibilizados, o paciente acaba retornando à APS sem ter a resolubilidade de seu caso, e como já foi abordada, a falta de comunicação entre a APS e a média

complexidade perpetua esse processo de encaminhamento com o retorno dos pacientes a esses serviços especializados “congelando” a fila de espera.

Além disso, não é necessário encaminhamento da APS para a marcação de consultas. O próprio paciente pode solicitar uma vaga para determinada especialidade médica, sobrecarregando ainda mais o sistema sendo um dos maiores entraves para a formação das redes^{17, 181,182}.

“Realizo consultas individuais com agendamento prévio ou demanda imediata. E esse caso está se tornado bastante frequente.” (ENF 2)

Dessa forma, os valores, princípios e elementos da APS, destacados pela OPAS, seguem como utopia para o sistema de saúde brasileiro, tão duramente conquistado no bojo da democratização do país¹⁸⁵. A efetivação da APS como porta de entrada depende do ainda frágil equilíbrio entre atendimento da demanda espontânea e programada. A atenção básica capaz de interferir na lógica da oferta a partir da demanda, promover maior acesso, equidade e racionalidade econômica ao SUS é aquela que melhor se articula com os serviços de urgência, especialidades e diagnose-terapia.

Já quanto aos sistemas de transporte em saúde, esses têm como objetivo estruturar os fluxos e contrafluxos de pessoas e de produtos nas RAS. A Regional de Saúde possui 1 veículo da frota própria da SES/DF que realiza as ações em transporte necessárias da APS, como transporte das equipes para as áreas rurais, fluxos de documentos dentro da SES, serviços da gestão.

Chama atenção o dinamismo das equipes que realizam o transporte de materiais com colpocitológicos acondicionados por conta própria já que não há um fluxo logístico de recolhimento nas unidades devido indisponibilidade de carros e motoristas, sendo que algumas equipes têm servidores com acesso a autorização para dirigir o veículo.

Como os diferentes tipos de redes e de sistemas de transporte não ocorrem de forma homogênea no território e não atendem aos interesses de todos os agentes, as funções de articulação das ações e de otimização do trabalho desempenhadas pelas redes geográficas tornam-se restritas e limitadas, sobretudo para aqueles lugares e ações que aparecem como sendo residuais (sem importância) aos interesses do sistema político-econômico hegemônico¹⁸⁶.

5.2.5. Sistema de governança

O quinto componente da estrutura operacional da RAS são os sistemas de governança¹⁷. A governança das RAS é o arranjo organizativo uni ou pluri-institucional que permite a gestão de todos os componentes dessas redes, de forma a gerar um excedente cooperativo entre os atores sociais em situação, a aumentar a interdependência entre eles e a obter bons resultados sanitários e econômicos para a população adscrita.

São propostos três atributos desejáveis para uma boa governança do sistema: a abrangência de governança de toda a rede, isto é, uma perspectiva sistêmica no processo decisório estratégico; a responsabilidade com a população adscrita à RAS; e a coordenação entre as diferentes instituições que compõem a RAS para assegurar a consistência na missão, na visão e nos objetivos estratégicos.

Mendes (2011) organiza a governança das RAS em três dimensões fundamentais de modo a cumprir os atributos: (1) o desenho institucional, (2) o sistema gerencial e (3) o sistema de financiamento. Essas serão organizadas pela análise do conteúdo dos questionários aplicados, de modo a comparar a percepção de trabalhadores e gestores.

Vale ressaltar que a análise, apesar do autor não focar questões de análises subjetivas do processo de trabalho, ao abordar só domínios de gestão do trabalho entende que o trabalhador em saúde é também autor e protagonista sendo responsável pela governança de seu território de modo a influenciar na construção da RAS.

Em relação ao desenho institucional, esse deve ser feito de forma a facilitar uma coordenação das ações gerenciais e assistenciais. Além disso, é importante que haja, na governança das RAS, uma liderança orientada para a ação cooperativa e para a comunicação de objetivos, de estratégias e seu aprendizado¹⁷.

No caso da Regional do Paranoá, essa dimensão teve uma avaliação negativa na percepção dos profissionais. Apesar do reconhecimento da existência das reuniões mensais das equipes, essas se configuram mais como espaço “dos gestores” e não entre “gestores e profissionais”. A maioria expõe um desenho institucional que dificulta a integração, com pouco acompanhamento local dos serviços e com centralização decisória:

“A equipe se reúne semanalmente para a discussão dos serviços, mas mensalmente com a gestão, onde são repassadas as informações, pactuadas algumas ações e avaliações, mas acho que ainda é pouco. Os gestores precisam estar mais presentes (com visitas periódicas às unidades) para saber como estão os programas e as atividades de cada equipe... Você acaba perdendo o estímulo.” (MED 1)

“(...) não há avaliação do trabalho que faço, apenas da produtividade. Ideal que os gestores participassem mais ativamente do processo de trabalho, em cada unidade de saúde e que procurassem possíveis soluções para problemas básicos e antigos, como a falta de recursos materiais e da rede de referência.” (ENF1)

“(...) a gestão promove reunião mensal com os coordenadores para levantamento dos problemas e pactuação das ações locais. A ação (reunião) pode expandir para apresentação de indicadores e ações das equipes em reuniões semestrais. Falta uma avaliação sistemática e monitoramento eficaz da gestão sobre as atividades que realizamos nas unidades.” (ENF2)

Um dos dispositivos da Política Nacional de Humanização, como as Rodas de Gestão, pode ser um espaço de formação que emergiu no campo de pesquisa. Esse dispositivo é um arranjo de gestão inspirado no Método de Cogestão de Coletivos. Esta proposta busca gerar novas relações entre os protagonistas da saúde, baseadas na horizontalidade, descentralização do poder, autonomia, responsabilização e grupalidade das equipes¹⁸⁷.

Mendes (2011) também propõe os colegiados regionais de gestão como instrumento de governança necessário para a RAS porque a lógica da constituição das RAS e o princípio da integralidade da atenção à saúde exigem a superação da visão estrita do interesse local. No entanto, ambos os instrumentos devem ser muito bem aplicados dentro de um forte embasamento teórico, para não se desqualificarem e transformarem-se em instrumentos “grupalizados”, excluindo ainda mais o protagonismo dos trabalhadores:

“(...) espero que os gestores sejam mais maduros para lidar com as nossas demandas e que mantenham em sigilo as nossas reivindicações.” (MED 2)

“Penso que os profissionais da DIRAPS e do PAISI dependem dos recursos disponibilizados pelo nível central da SES e que se encontram tão limitados quanto nós, da ‘ponta’.” (MED 1)

Já na avaliação dos gestores, e em concordância com a literatura, em geral, se autoavaliam como uma boa governança, ou seja, consideram como efetivando uma boa gestão. No entanto, foi percebido que talvez haja um distanciamento de alguns gestores sobre a teorização, políticas e atributos da APS e das RAS,

levantando a questão da politização das instâncias gestoras com adaptações entre suas formações e cargos administrativos.

“Nota-se que ainda falta uma maior integração entre os três níveis, embora tenha melhorado bastante (...)” (GEST 1)

“(...) desconheço efetivamente como os serviços se articulam, mas acredito que, quando necessário, o CSPa 01 encaminhe o paciente para a geriatria e este faça contrarreferência.”(GEST2)

“Espero mudanças de paradigmas com novas ações que estimulem as ações como planejar, executar e efetivar as políticas de saúde” (GEST3)

Verificou-se também a necessidade da inclusão de todos – trabalhadores e gestores - em espaços coletivos e de educação permanente, o que pode ser medido através das diferentes expectativas dos gestores, de modo a integrar e fortalecer a governança¹⁸⁷.

“Espero que o Programa de Atendimento ao Idoso apresente mudanças significativas após a nova gestão. Temos que reconhecer o idoso e efetivar políticas direcionadas a ele”. (GEST 3)

“Espero mais apoio da coordenação geral de saúde e valorização da APS para expansão da ESF e favorecer mais a integração entre os três níveis de atenção.” (GEST 1)

“Espero o apoio da Diretoria de Atenção Primária para a elaboração de estratégias e para o alcance dos objetivos. Que a CGS só em último caso desvie servidores da APS para tapar buraco do hospital. Que a SES valorize a dando suporte e credibilidade as ações propostas.” (GEST 2)

Em relação aos sistemas gerenciais, o ente de governança das RAS deve atuar por meio de instrumentos eficazes como o processo de territorialização, o planejamento estratégico, o sistema de contratualização, o sistema de monitoramento e avaliação e o sistema de acreditação¹⁷.

Devido à recente reestruturação da APS na SES/DF, na análise da fala dos gestores esse argumento foi utilizado pela maioria deles, e verifica-se que depositam na nova gerência a possibilidade de maior resposta às equipes e trabalho sobre as necessidades em saúde através dos instrumentos dos sistemas de informação:

“(...) hoje há o SIAB que centraliza várias informações.” (GEST 2)

“Com a reestruturação da APS, somente agora o monitoramento e avaliação vão começar a funcionar” (GEST 1)

“Nunca busquei informações, mas penso que em relação à população idosa seria interessante saber sobre os indicadores de saúde da mesma.” (GEST 2)

O sistema de atenção à saúde é um sistema complexo, composto por diferentes atores sociais em situação e portadores de diferentes objetivos, interesses e representações. Uma vez que a cooperação entre esses atores não é automática, eles devem negociar entre si e estabelecer acordos que permitam obter vantagens que não seriam alcançadas na ausência de uma cooperação formalizada.

Em relação à dimensão sistema de financiamento, segue a lógica da centralização de recursos da SES/DF. Segundo o relatório de gestão, ainda ocorre um déficit entre os recursos programados e executados, questionando-se a afirmação do subfinanciamento da saúde, ao menos para o DF. A Tabela 8 demonstra demonstrativos orçamentários no período de 2008-2011:

Tabela 5 - Programação anual de saúde: demonstrativos orçamentários (2008-2011)

Quadro 1	Programado	Executado
Objetivo: Aperfeiçoar e Fortalecer a Atenção Primária em Saúde		
Diretriz: Qualificação e ampliação a rede de serviços de atenção básica em saúde garantindo a expansão e a sustentabilidade de forma integrada e articulada aos demais níveis	R\$ 202.016.367,00	R\$ 30.766.375,61
Ação: Funcionamento do projeto de expansão e consolidação da saúde em família - PROESF (ODM)	R\$ 835.000,00	R\$ 0,00
Quadro 2	Programado	Executado
Objetivo: Organizar os Fluxos Assistenciais e Definir Linhas de Cuidado		
Diretriz: Aprimoramento, Articulação e a Integração da Rede de Saúde do DF	R\$ 123.118.962,00	R\$ 53.967.898,62
Quadro 5	Programado	Executado
Objetivo: Melhorar Continuamente a Infraestrutura		
Diretriz: Adequação da infraestrutura na rede SES		
- Construção de Unidades de APS (ODM)	R\$ 711.743,00	R\$ 0,00
- Reformas e ampliações em Unidades de APS (ODM)	R\$ 3.080.000,00	R\$ 0,00
- Reforma e ampliação do Centro de Saúde nº 01 do Paranoá	R\$ 385.000,00	R\$ 0,00

Fonte: Sistema de Apoio ao Relatório de Gestão – SARGSUS, 2011 – SIOPS.

5.3. MODELOS DE ATENÇÃO

O desempenho geral das equipes da ESF e do CSPa 01 em relação aos atributos da APS sistematizados por Starfield (2001), bem como em relação aos escores essenciais e geral, na percepção dos idosos usuários desses serviços, é apresentado na Tabela 9, que aponta os valores obtidos pelos dois modelos. Nenhum dos dois atingiu a pontuação mínima esperada para o instrumento utilizado^{187, 188} (6,6) em relação aos atributos avaliados.

Tabela 6 - Comparação dos escores dos atributos da atenção primária à saúde (APS), na percepção dos usuários idosos, regional de saúde do Paranoá/SES/DF-2012.

Atributo	Programa Saúde da Família (n=55)	CS01 (n=38)	p-valor
A. Grau de afiliação com os serviços de saúde	3,36 ± 1,09	3,76 ± 0,79	0,034
B. Acesso de primeiro contato: Utilização	3,51 ± 0,69	3,84 ± 0,44	0,002
C. Acesso de primeiro contato: Acessibilidade	2,84 ± 1,01	4,03 ± 1,44	0,000
D. Longitudinalidade	3,76 ± 0,86	3,24 ± 0,54	0,001
E. Coordenação: integração de cuidados	2,78 ± 1,69	2,03 ± 1,64	0,023
F. Coordenação – Sistema de informações	4,36 ± 1,25	4,61 ± 1,20	0,145
G. Integralidade - Serviços Disponíveis	3,33 ± 1,43	4,42 ± 1,65	0,002
H. Integralidade: serviços prestados (homem)	2,93 ± 1,75	2,78 ± 1,09	0,737
I. Integralidade – serviços prestados (mulher)	3,03 ± 1,17	2,83 ± 0,60	0,518
J. Orientação Familiar	3,27 ± 1,15	3,26 ± 1,75	0,419
K. Orientação Comunitária	3,85 ± 1,54	1,95 ± 1,83	0,000
Escore essencial	3,352 ± 0,54	3,54 ± 0,43	0,017
Escore geral	3,39 ± 0,59	3,35 ± 0,40	0,784

Os resultados apresentados evidenciam que, na percepção dos idosos, a qualidade da atenção à saúde é diferente entre os serviços de APS do Paranoá. Em relação aos atributos, comparando-se ESF e CSPa 01, observou-se diferença significativa a favor do CSPa 01 nos quesitos “acesso de primeiro contato – utilização”, “acesso de primeiro contato – acessibilidade” e “integralidade (serviços disponíveis)”, enquanto “longitudinalidade” e “orientação comunitária” mostraram-se favoráveis à ESF.

Importante observar que, no geral, o CSPa 01 apresentou escores mais altos do que os atribuídos à ESF. A maior média para ambos foi obtida no atributo “(F)

Coordenação – Sistema de Informações”, apesar de não apresentar significância estatística ($p=0,145$). O resultado apresenta pequena vantagem do Centro de Saúde (4,61) em relação à ESF (4,36).

Dos atributos que tiveram significância, foi possível observar que o CSPa 01 também obteve o maior escore (4,42; $p=0,002$) na “(G) Integralidade- serviços disponíveis”, enquanto na ESF obteve melhor resultado no atributo “(J) Orientação Comunitária”.

Os resultados apresentados neste estudo trazem importantes implicações para os serviços avaliados e também para as políticas públicas de atenção à saúde ao idoso na Regional do Paranoá. Todos os serviços possuem, na percepção dos idosos, atributos que precisam ser melhorados.

Em relação ao “acesso de primeiro contato” com o sistema de saúde, o resultado foi significativo em favor do CSPa 01, definido pela “acessibilidade (C)” e pela “utilização do serviço de saúde (B)” como fonte de cuidado a cada novo problema ou novo episódio de um mesmo problema de saúde, com exceção das verdadeiras emergências e urgências médicas¹¹².

Starfield (2002) distingue acesso de acessibilidade. Acessibilidade refere-se a características da oferta e o acesso seria a forma como as pessoas percebem a acessibilidade¹⁸⁹. Por sua vez, entre as dimensões de acessibilidade, duas se destacam devido suas inter-relações, facilitando ou dificultando o acesso: (1) geográfica, que reflete a distância percorrida pelos usuários até a obtenção dos cuidados de saúde, englobando distância, tempo de locomoção e custos relacionados ao deslocamento, e (2) sócio-organizacional, referente às relações estabelecidas entre as características da oferta de serviços e as características dos indivíduos¹⁸⁹.

Já outra corrente aponta que a forma como as pessoas percebem a disponibilidade de serviços afeta a decisão de procurá-los. Desse modo, as experiências com os serviços e as informações que deles dispõem influenciam a forma como as pessoas percebem as dificuldades/facilidades para obterem os serviços de saúde de que necessitam e, portanto, o acesso aos mesmos¹⁹⁰.

O cuidado dos idosos implica ofertar serviços cuja estrutura apresente características as quais possibilitem o acesso e o acolhimento de maneira adequada, respeitando as limitações em proporções relevantes de idosos que as

apresentam. A avaliação da oferta e da utilização dos serviços de ABS por idosos permite medir a efetividade das políticas direcionadas a este grupo populacional¹⁶³.

As características organizacionais do modelo tradicional parecem ter influenciado a percepção de oferta de serviços pelo CSPa 01 (sala do idoso). Pela baixa cobertura de ESF na população urbana, a parcela significativa de idosos moradores de áreas “descobertas” pode ter o acesso universal proposto pelo SUS nesse modelo de atenção. Além disso, a estratégia de acolhimento exclusiva, personalizada e direcionada a essa população, permite o reconhecimento de maior grau de afiliação com esse serviço de saúde (A)¹⁹¹.

Como forma de potencializar essa vantagem, os trabalhadores desses serviços devem ser apoiados e capacitados em termos de conhecimentos, habilidades e atitudes para elaborar e operar protocolos para ações programáticas específicas às necessidades deste grupo populacional de maneira integrada com as demais práticas da rede de cuidado social¹⁶³.

Por sua vez, com o envelhecimento populacional em ascensão e a estagnação por parte da expansão da ESF, pode se agravar a questão do território (ou ausência dele). A sobrecarga de usuários nesse tipo de modelo tradicional impossibilita maior investimento de tempo em práticas preventivas¹⁹².

Ademais, levanta-se a questão do acesso relacionado a barreiras físicas. Com a carência em infraestrutura para APS, a parcela de idosos frágeis, cadeirantes ou com outro tipo de deficiência poderão ser acolhidos de maneira adequada pelos serviços?

Além disso, vale indagar se a garantia de direitos por essa população em relação ao acesso poderá ser causa de iniquidade com o curso das transições demográfica e epidemiológica, lembrando ainda da coexistência da tripla carga de doenças e perfis demográficos divergentes sob a gestão da mesma governança^{17, 82}.

Assim, há a emergência de ações intersetoriais visando associar os avanços obtidos através da reorganização dos serviços de saúde com outras iniciativas que tenham por objetivo também melhorar o espaço físico onde essa população está inserida¹⁹⁰.

O atributo “(D) Longitudinalidade”, apesar de várias análises conceituais na literatura, pode ser considerado como a existência de uma fonte continuada de atenção, assim como sua utilização ao longo do tempo. A relação entre a população

e sua fonte de atenção deve se refletir em uma relação interpessoal intensa que expresse a confiança mútua entre os usuários e os profissionais de saúde¹¹².

Esse atributo foi mais favorável à ESF (3,76; $p=0,001$). A limitação para análise desse aspecto decorre de um possível viés de seleção que, nesse caso, foi critério de elegibilidade para a escolha das equipes de ESF para o estudo, ou seja, aquelas que tivessem equipe constante há pelo menos dois anos na mesma comunidade.

Já no CSPa 01, considerando-se a exceção da enfermeira e da ACS, os 2 médicos que prestam serviços na sala do idoso não atuam exclusivamente nesse serviço, dividindo carga horária com outros programas. Mesmo assim, não é possível inferir que o atributo foi alcançado, devido ao escore encontrado estar abaixo do ponto de corte do instrumento^{112, 181}.

Embora o estabelecimento de vínculo longitudinal esteja no âmbito da prática do profissional, para que o atendimento desse atributo seja possível é necessário que lhe seja dada prioridade pela gestão, na medida em que envolve questões como a oferta adequada de serviços de APS e mecanismos de fixação do profissional na unidade de saúde. Nesse sentido, a implementação de práticas avaliativas e de monitoramento do referido atributo surtirá melhores efeitos se estiver no escopo de interesse da gestão¹⁹³.

Na análise dos atributos “Coordenação–Integração de cuidados (E)” ($p=0,23$) e “Coordenação–Sistema de Informações (F)” ($=0,145$), ambos não apresentaram significância estatística de modo a comparar os dois grupos. Chama a atenção também o baixo escore obtido por ambos os serviços na percepção do usuário idoso.

Na análise isolada do resultado, percebe-se o baixo valor de médias alcançado por ambos. Para o atributo “Coordenação– Integração de cuidados (E)”, a ESF alcançou escore (2,78) e o CSPa 01 (2,03). Nesse atributo, o provedor de atenção primária deve ser capaz de integrar todo cuidado que o paciente recebe através da coordenação entre os serviços¹¹².

Apesar de o resultado obtido limitar a possibilidade de inferências, a análise da estrutura operacional realizada e a constatação da ausência de fluxos de referência e contrarreferência eficazes, podem resultar na baixa resolubilidade da APS¹⁷.

Já para a “Coordenação – Sistema de Informações (F)”, nos dois modelos, os escores foram os maiores alcançados, sendo o CSPa 01 (4,61) e a ESF (4,36). Dentro das suas próprias estratégias, ambos os serviços realizam procedimentos para o trabalho com os dados. Seja a iniciativa pioneira do CSPa 01 em cadastrar os idosos fora de área de ESF como forma de estabelecer seu próprio território de necessidades de saúde, seja pela utilização de ferramentas de gerenciamento de dados como o SIAB pela ESF e o prontuário da família.

Em relação ao atributo “Integralidade – serviços disponíveis (G)”, houve significância estatística ($p=0,002$) na comparação dos grupos sendo que o CSPa 01 alcançou escores maiores (4,42) quando comparado à ESF (3,33), permitindo inferir que, na percepção do idoso usuário do centro de saúde, esse atributo relacionado ao leque de serviços disponíveis e prestados pelo serviço de atenção primária, foi mais efetivo¹¹².

Esse atributo avalia a estrutura - ou seja, a variedade de atividades com as quais a Unidade de APS é capaz de lidar, tendo em vista que deveria ter capacidade para reconhecer e manejar todos os problemas de saúde comuns em sua população. No entanto, tendo avaliado previamente a infraestrutura das unidades de APS, a análise nesse caso remete à observação do contexto de inserção da sala do idoso em um modelo de atenção com uma estrutura de serviços mais próxima e de mais fácil acesso quando da necessidade do encaminhamento.

Já o atributo “Integralidade – Serviços Prestados (H)” avalia o processo - isto é, o desempenho de atividades pelo profissional. Referente a esse atributo, a comparação entre os grupos e ESF não foi significativa para ambos os sexos (H: $p=0,737$; M: $p=0,518$). São as ações que o serviço de saúde deve oferecer para que os usuários recebam atenção integral, tanto do ponto de vista do caráter biopsicossocial do processo saúde-doença, como ações de promoção, prevenção, cura e reabilitação adequadas ao contexto da APS, mesmo que algumas ações não possam ser oferecidas dentro das unidades de APS¹¹².

A PNSPI prevê que a atenção integral e integrada à saúde da pessoa idosa deverá ser estruturada nos moldes de uma linha de cuidados, com foco no usuário, baseado nos seus direitos, necessidades, preferências, habilidades e estabelecendo fluxos bidirecionais funcionantes, aumentando e facilitando o acesso a todos os níveis de atenção providos de condições essenciais - infraestrutura física adequada, insumos e pessoal qualificado para a boa qualidade técnica¹⁴.

Com essa visão e pela resposta mais favorável dos idosos em relação ao CSPa 01, apesar da não inferência para a comparação dos grupos, esse fato sugere a possibilidade das unidades de saúde da ESF disponibilizarem mais serviços para atender às necessidades básicas de saúde da população, podendo incluir outros como vacinas e coleta de exames¹⁹⁴.

Registra-se também a necessidade de uma melhor capacitação dos profissionais, para atuar no manejo de condições comuns, mas de grande impacto na saúde geral das famílias e da comunidade (tais como alcoolismo, uso de drogas, problemas de saúde mental, entre outros) e estabelecimento de vínculo com as redes sociais¹³⁸.

O atributo "orientação comunitária (J)" foi significativamente estatístico ($p=0,000$) de modo a permitir a comparação entre a ESF (3,85) e o CSPa 01 (1,95). Os dados encontrados sugerem que essas características estão menos presentes no CSPa 01. O reconhecimento das necessidades em saúde da comunidade através de dados epidemiológicos e do contato direto com a comunidade, sua relação com ela, assim como o planejamento e a avaliação conjunta dos serviços inferem para esse resultado¹¹².

Levanta-se a hipótese nesse caso de que o modelo tradicional de atenção ainda prepondera, mesmo sem definição de território e apesar da iniciativa da equipe de saúde em reconhecer sua população de atuação. Além disso, as relações estabelecidas entre a equipe e a comunidade têm dificuldade em se estabelecer.

Consideradas as limitações do sistema de serviços de saúde e o rápido processo de envelhecimento, está posta a necessidade de readequação, nos aspectos de infraestrutura e de recursos humanos, como também o desenvolvimento de uma ampla base técnica e metodológica que inclui a revisão de procedimentos e protocolos assistenciais¹³⁸.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A construção histórica das sociedades, desenvolvida nas interrelações entre ciência, tecnologia e capital, tencionam os processos de transição demográfica e epidemiológica que permitem predizer a evolução das mesmas, de modo a projetar expectativas e indicadores do desenvolvimento populacional em sua amplitude.

O fenômeno do envelhecimento, classificado como um processo de constituição do indivíduo a partir de suas experiências com o mundo coloca o sujeito como protagonista numa relação dialética entre a programação biológica e as interferências do meio, bem como suas consequências, possibilitando a contextualização desse fenômeno que não deve ser visto de forma unilateral.

Nesse cenário, uma das funções do Estado como ente organizativo e garantidor de direitos, deve ser de planejar e executar Políticas Públicas a partir de uma análise contextualizada sobre a saúde da população idosa, de modo a garantir o bem estar social, respeitando o princípio da equidade, preconizado pelo SUS (lei 8080/1990).

Os sistemas de saúde, em diversos países do mundo demonstram falhas devido à dificuldade de uniformização entre as diversas variáveis. Ora por basear-se modelos Flexerianos, desconsiderando a análise holística do indivíduo, ora por basear-se em modelos Tayloristas, desconsiderando a o modo de cuidar em saúde, e mais idealmente, pela tentativa Dawsoniana.

Contudo nesse caso, sendo a gênese desconsiderada por gestores - executores locais dos processos - estabelece-se um modelo teórico utópico dissociado de sua prática. A revisão bibliográfica permitiu o conhecimento da gama de decretos, portarias, políticas, manuais, produzidos pelas organizações federais na esfera pública e em alinhamento com as discussões internacionais sobre sistemas de atenção a saúde universais e sobre o envelhecimento.

A Regional de Saúde do Paranoá/SES/DF, como representante do Estado, responde pela organização de saúde de duas regiões administrativas de Brasília (Paranoá e Itapoã). No entanto, reprodutora do sistema organizacional centralizado da SES/DF, não consegue dispor de mecanismos e recursos eficientes de modo a mudar o sistema fragmentado de saúde predominante.

Dentre os obstáculos observados para alcançar o ideário das Redes de Atenção à Saúde coordenada pela APS, pode-se destacar a baixa cobertura de equipes de ESF em territórios com predominância de idosos. A proposta de expansão da ESF no DF contempla a área urbana do Paranoá e prevê que nessa localidade seja ampliado o número de equipes.

Contudo, a SES-DF, em seu relatório anual de gestão, justifica que, para ampliação do número de equipes, faz-se necessário o investimento em infraestrutura de novos locais de trabalho. No entanto, conforme o mesmo relatório, os valores programados para essa finalidade ficaram muito aquém do executado para o cumprimento desse objetivo.

A Gestão da APS na Regional justifica a limitação na expansão da ESF devido à indisponibilidade de terrenos para a construção nas RA, consequência de uma ocupação desordenada do solo urbano, tanto no Paranoá como no Itapoã. Já quanto às reformas e ampliações, a execução está a cargo da Subsecretaria de Logística e Infraestrutura da Saúde (SULIS), não subordinada à Subsecretaria de Atenção Primária à Saúde (SULIS) e de gerenciamento além da Gestão Local da APS.

A análise da atenção à saúde do idoso sob a perspectiva da RAS permitiu o aprofundamento do tema e ao utilizar o referencial teórico organizacional de Mendes (2011), verifica-se a importância de um planejamento em saúde com coordenação e direcionamento para a capilaridade dos processos, de modo a atingir resultados satisfatórios, pois o que se mostra aparente é a dissonância gerencial e uma descoordenação de ações.

Ao analisar a população idosa do Paranoá usuária dos serviços de Atenção Primária à Saúde, apesar de perfis demográficos diferentes, verifica-se que, devido ao contexto social - influência mútua do o meio e sua estreita relação com as condições de saúde – apresenta características epidemiológicas homogêneas, mas que, no entanto, não tem suas necessidades de saúde contempladas pelo sistema de serviços vigentes.

A investigação segmentada por determinantes sociais permitiu detectar importantes acometimentos em saúde, não muito diferentes do perfil nacional da população idosa. Hipertensão arterial e doenças cardiovasculares predominam, seguidos pelos transtornos osteoarticulares. Para a primeira não há linha de cuidado estabelecida, sendo que a carteira de exames e especialidades cardiológicas

existentes na Regional do Paranoá não se articulam com os serviços de APS devido ao processo regulatório que foge do domínio da APS.

Já para os transtornos osteoarticulares, apesar da elaboração do projeto de linha de cuidado, esse não está estabelecido na prática, parte em decorrência da burocratização do sistema, já os protocolos prescritores desconsideram o processo de matriciamento e educação permanente. Por sua vez, os mesmos protocolos prescritores, elaborados em lógicas científicas dissociadas do contexto de execução, exigem a realização de exames e outros procedimentos, muito além do domínio da APS e da Regional de Saúde.

A junção entre a necessidade de próteses dentárias, polifarmácia e demais serviços/programas, aponta para a falta de interdisciplinaridade, e levanta a necessidade de novos estudos, devido à abrangência e múltiplas possibilidades que esses temas agregam ao sistema de saúde. No entanto, todos esses acometimentos levantaram a necessidade de fortalecimento da APS.

O ponto de partida pode ser o processo de educação permanente, baseada em evidências voltadas para a APS, de modo a ordenação da demanda por especialidades e procedimentos, que por sua vez, devem estar bem estabelecidos e definidos, ampliando sua capacidade de atuação e articulação com outros pontos de atenção sobre a forma de fluxos para uma maior resolutividade.

Cabe ressaltar que os sistemas de informação podem ser aliados nesse processo. No entanto, ao se observar a multiplicidade de fontes de dados, tecnologias fragmentadas ou indisponíveis, ausência de núcleo gerenciador dos dados, não se verifica o aproveitamento destes para subsidiar o planejamento das ações baseada em informações, o que gerencialmente mostra-se mais lógico e econômico.

Uma descoberta relevante sobre a análise dos determinantes foi a não participação da maioria dos idosos em atividades de grupo devido às repercussões que o isolamento social pode trazer na velhice. Além disso, as discussões a respeito da falta de autonomia, comprometimento da funcionalidade, barreiras arquitetônicas, grandes deslocamentos geográficos, falta de apoio logístico para o transporte, foram levantadas como relevantes para uma análise sobre a produção de saúde.

Se considerarmos operantes todas as hipóteses acima, como está sendo o papel da APS no desenvolvimento das ações realizadas com os idosos? Quais são as estratégias dessas atividades? Qual a eficácia de tais ações? Há relação entre

as atividades realizadas e o interesse/necessidade da população idosa usuária dos serviços? Essa população participa opinando da construção dessas atividades? Sugere-se a necessidade de novos estudos a respeito do tema, já que a análise descritiva não permitiu realizar inferências a respeito.

Aqui, cabe mais uma ressalva quanto ao referencial teórico utilizado, pela forma como foi construído o planejamento para a RAS, com ênfase na eficiência dos modelos, tendo a APS como ordenadora do processo. A todo o momento estamos nos referindo a denominações dos serviços que moldam os sistemas de saúde como estruturas de significância teórica, embasadas por seus conteúdos.

No entanto, o que não é focado por Mendes, e que pode fazer toda a diferença na construção do cuidado em saúde, é a relação dialética entre os modos de operar os processos de trabalho pra além do prescrito e do realizado. Os atributos colocados para a APS de modo a engendrar toda a cadeia produtiva, só serão factíveis na operacionalização do trabalhador. É a transformação do dado em informação. É o olhar para suas práticas e as análises decorrentes desse olhar incluindo suas crenças, seus desejos, suas perspectivas.

Apesar das análises realizadas em relação aos atributos da APS com base no roteiro operacional da RAS - que permite conhecer e esclarecer em seu amplo escopo a situação em saúde local, suas potencialidades e desafios para um sistema de RAS - a subjetividade estabelecida entre os trabalhadores, entre esses e a comunidade, entre o controle social e a governança, merecem uma nova metodologia, já que os resultados obtidos provocam a análise para a interferência direta dessas variáveis.

Prioridades políticas, infraestrutura, cogestão, protagonismo dos sujeitos, contexto social: elementos articuladores para a transformação da fragmentação em rede. A inquietação que motivou esse trabalho e ainda permanece, mostra-se a partir dessa análise como um desafio, que está em como interligar esses elementos de modo a garantir a integralidade da atenção á saúde do idoso, preconizada pelo SUS.

7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Brasil. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Síntese de Indicadores Sociais – Uma Análise das Condições de Vida da População Brasileira - 2010. Rio de Janeiro: IBGE; 2010.
2. Camacho ACLF, Coelho MJ. Políticas públicas para a saúde do idoso: revisão sistemática. Rev. Bras. de Enf. Brasília. 2010 mar-abr; 63(2): 279-84.
3. Albuquerque SMRL. Envelhecimento ativo: desafio dos serviços de saúde para melhoria da qualidade de vida dos idosos [tese]. São Paulo: USP; 2005.
4. Brasil. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo Demográfico 2000. Rio de Janeiro: IBGE; 2000.
5. Veras RP. Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios os e inovações. Rev. Saúde Pública. São Paulo. 2009; 43(3): 548-54.
6. Mafra SCT. A tarefa do cuidar e as expectativas sociais diante de um envelhecimento demográfico: a importância de ressignificar o papel da família. Rev. Bras. de Ger. e Geront. Rio de Janeiro. 2011 jun; 14 (2): 353-363.
7. Mendes EV. As Redes de Atenção à Saúde. Ciênc. Saúde Coletiva [online]. 2010; 15 (5): 2297-2305. DOI <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232010000500005>.
8. The World Bank. Population aging: is Latin America ready? Directions in development. Washington, DC: The World Bank; 2011.
9. Zucchi P; Nero CD; Malik AM. Gastos em saúde: os fatores que agem na demanda e na oferta dos serviços de saúde. Saúde e Soc. São Paulo. 2010 jan-dez; 9 (1-2): 127-150.
10. Camarano AA. Envelhecimento populacional brasileiro: uma contribuição demográfica. In: Freitas EV, Py L, Cañado FAX, Gorzoni ML, Rocha SM (org). Tratado de geriatria e gerontologia. 2.ed. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan; 2006. p. 88-105.
11. Brasil. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa Nacional de Amostra Domiciliar do IBGE de 2008 - Um Panorama da saúde no Brasil: acesso e utilização dos serviços, condições de saúde e fatores de risco e proteção à saúde 2008. Rio de Janeiro: IBGE; 2010.

12. Veras RP. Experiências e tendências internacionais de modelos de cuidado para com o idoso. *Ciênc. Saúde Coletiva* [online]. 2012. 17 (1): 231-238. DOI <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232012000100025>.
13. Chaimowicz F. A saúde dos idosos brasileiros às vésperas do século XXI: problemas, projeções e alternativas. *Rev. Saúde Pública*. São Paulo. 1997; 31(2): 184-200.
14. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM nº 2.528 de 19 de outubro de 2006 - Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil*. Brasília. 2006 out. 20.
15. Malta DC, Merhy EE. O percurso da linha do cuidado sob a perspectiva das doenças crônicas não transmissíveis. *Interface* [online]. Botucatu. 2010 set; 14 (34): 593-606. DOI <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-32832010005000010>.
16. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n. 2488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). *Diário Oficial da República Federativa do Brasil*. Brasília. 2011 out. 24.
17. Mendes, EV. *As Redes de Atenção a Saúde*. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2011.
18. Cardoso AJC (org.). *Seminários Integradores I: Saberes e práticas no trabalho coletivo em saúde da família*. Brasília: Universidade de Brasília; 2011.
19. Santos FH, Andrade VM, Bueno OFA. Envelhecimento: um processo multifatorial. *Psicol. Estud. Maringá*. 2009 jan-mar; 14 (1): 3-10.
20. Motta LB. *Treinamento Interdisciplinar em Saúde do Idoso: um modelo de programa adequado às especificidades do envelhecimento*. Rio de Janeiro: CRDE UNATI UERJ; 2005.
21. Brito F. Transição demográfica e desigualdades sociais no Brasil. *Rev. Bras. Estud. Pop.* Rio de Janeiro. 2008 jan-jun; 25(1): 5-26.
22. Camarano AA. *Envelhecimento da população brasileira: uma contribuição demográfica*. Rio de Janeiro: IPEA, 2002.
23. Carvalho JAM, Garcia AR. O envelhecimento da população brasileira: um enfoque demográfico. *Cad. Saúde Pública*. Rio de Janeiro. 2003 mai-jun; 19(3): 725-733.

24. Silva MC. O processo de envelhecimento no Brasil: desafios e perspectivas. *Textos Envelhecimento* [periódico na Internet]. 2005; 8(1): 43-60. Disponível em: http://revista.unati.uerj.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S15175928200500010004&lng=pt.
25. Alves Júnior ED (org). *Envelhecimento e vida saudável*. Rio de Janeiro: Apicuri, 2009.
26. Borges APA, Coimbra AMC (org). *Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa*. Rio de Janeiro: EAD/Ensp; 2008.
27. Camarano AA (org). *Os Novos Idosos Brasileiros: muito além dos 60?* Rio de Janeiro: IPEA, 2004.
28. Pereira MG. *Epidemiologia: teoria e prática*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1995.
29. Chaimowicz F, Barcelos EM, Madureira MDS, Ribeiro MTF, (col). *Saúde do idoso*. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, Coopmed; 2009.
30. Prata PR. A transição epidemiológica no Brasil. *Cad. Saúde Pública* [periódico na Internet]. 1992 Jun; 8(2): 168-175. DOI <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X1992000200008>.
31. Motta LB, Caldas CP, Assis M. A formação de profissionais para a atenção integral à saúde do idoso: a experiência interdisciplinar do NAI - UNATI/UERJ. *Ciênc. Saúde Coletiva*. 2008 ago; 13(4): 1143-1151.
32. Kalache A. O mundo envelhece: é imperativo criar um pacto de solidariedade social. *Ciênc. Saúde Coletiva*. 2008 ago; 13(4): 1107-1111.
33. Kalache A. Envelhecimento populacional no Brasil: uma realidade nova. *Cad. Saúde Pública*. Rio de Janeiro. 1987 jul-set; 3(3): 217-220. DOI <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X1987000300001>.
34. Fiori JL. Estado de bem-estar social: padrões e crises. *Physis: Rev. Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro. 1997; 7(2): 129-147.
35. Moreira JC, Sene E. *Geografia Geral e do Brasil*. São Paulo: Scipione; 2002.
36. Belo I. *Vejez y acción política: surge un nuevo movimiento social?* [tese]. Barcelona: Universidade de Barcelona; 2002.
37. Brasil. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *Perfil dos idosos responsáveis pelos domicílios no Brasil 2000*. Rio de Janeiro: IBGE; 2002.

38. Organização das Nações Unidas. Fundo de População das Nações Unidas (UNFPA). Envelhecimento no Século XXI: celebração e desafio. Nova Iorque: UNFPA. Londres: HelpAge International; 2012.
39. United Nations. Population facts. United Nations Department of Economic and Social Affairs. Population Division. Graphic: World Population Prospects: The 2010 Revision. CD-ROM Edition – Extended Dataset in Excel and ASCII formats (United Nations publication, ST/ESA/SER.A/306).
40. Kalache A, Keller I. The greying world: a challenge for the 21st century. *Sci. Prog.* 2000; 83(1): 33-54.
41. Camarano AA (org). Mecanismos de Proteção Social para a População Idosa Brasileira. Rio de Janeiro: IPEA; 2006.
42. Camarano AA, Kanso S. As instituições de longa permanência para idosos no Brasil. *Rev. Bras. Est. Pop.* Rio de Janeiro. 2010 jan-jun; 27(1): 233-235.
43. Brasil. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo 2010. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/caracteristicas_da_populacao/resultados_do_universo.pdf>. [acesso jan 2013].
44. Brasil. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios – Síntese de Indicadores 2011. Rio de Janeiro: IBGE; 2012.
45. Brasil. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. A dinâmica demográfica brasileira e os impactos nas políticas públicas: Indicadores Sociodemográficos e de Saúde no Brasil. Rio de Janeiro: IBGE; 2009.
46. Governo do Distrito Federal. Companhia de Planejamento do Distrito Federal. Perfil da população idosa no Distrito Federal. Brasília: CODEPLAN; 2012.
47. Governo do Distrito Federal. Companhia de Planejamento do Distrito Federal. Zoneamento Ecológico-Econômico do DF. Brasília: CODEPLAN; 2003.
48. Governo do Distrito Federal. Companhia de Planejamento do Distrito Federal. Pesquisa Distrital por Amostra de Domicílios – Paranoá (PDAD, 2011). Brasília: CODEPLAN; 2012.
49. Duarte LRS. Idade cronológica: mera questão referencial no processo de envelhecimento. *Estud. interdiscip. envelhec.* Porto Alegre. 1999; 2: 35-47.

50. World Health Organization. Gontijo S (trad). Envelhecimento ativo: uma política de saúde. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2005.
51. United Nations. Development in an Ageing World: World Economic and Social Survey 2007. New York: Department of Economic and Social Affairs; 2007.
52. Brasil. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios: um panorama da saúde no Brasil. Acesso e utilização dos serviços, condições de saúde e fatores de risco e proteção à saúde, 2008. Rio de Janeiro: IBGE, 2010.
53. Brasil. Ministério da Saúde. Subsecretaria de Planejamento e Orçamento. Plano Nacional de Saúde 2012-2015. Brasília: Ministério da Saúde; 2011.
54. Giacomini K, Uchoa E, Firmo JOA, Lima-Costa M F. Projeto Bambuí: um estudo de base populacional da prevalência e dos fatores associados à necessidade de cuidador entre idosos. Cad. Saúde Pública. Rio de Janeiro. 2005 jan-fev; 21 (1): 80-91.
55. Both A et al. Envelhecimento Humano: múltiplos olhares. Passo Fundo: UPF, 2003.
56. Brasil. Ministério da Saúde. Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde. As causas sociais das iniquidades em saúde no Brasil. Brasília: CNDSS; 2008.
57. Geib LTC. Determinantes sociais da saúde do idoso. Ciênc. Saúde Coletiva. 2012; 17(1): 123-133.
58. Mendes EV. O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2012.
59. Brasil. Ministério da Saúde. Comissão de Determinantes Sociais de Saúde. Rumo a um Modelo Conceitual para Análise e Ação sobre os Determinantes Sociais de Saúde. Ensaio para apreciação da Comissão de Determinantes Sociais de saúde. Brasília: CNDSS; 2005.
60. Buss PM, Filho AP. A Saúde e seus Determinantes Sociais. Physis. Rev. Saúde Coletiva. Rio de Janeiro. 2007; 17(1):77-93.
61. Governo do Distrito Federal. Companhia de Planejamento do Distrito Federal. Relatório Diagnóstico do Desenvolvimento Social do DF: Pobreza, educação e Saúde. Brasília: CODEPLAN; 2012.

62. United Nations. Human development report, 2011: Sustainability and Equity – A better future for all. New York: United Nations Development Programme; 2011.
63. Organização das Nações Unidas. Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento no Brasil (PNUD). Disponível em: <[http://www.pnud.org.br/IDH/Atlas2013.aspx?indiceAccordion=1&li=li_Atlas2013\(nacional\)>](http://www.pnud.org.br/IDH/Atlas2013.aspx?indiceAccordion=1&li=li_Atlas2013(nacional)>). [acesso Jan 2013].
64. Brasil. Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA). Brasil em desenvolvimento: Estado, planejamento e políticas públicas. Brasília: IPEA, 2009.
65. Governo do Distrito Federal. Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal. Plano Diretor de Regionalização da Saúde do DF. Brasília: SES/DF; 2007.
66. Brasil. Ministério da Previdência Social. Previdência social. Brasília. 2012 set-dez; Ano II, n. 04. [acesso Jan 2013]. Disponível em: <http://www.mpas.gov.br/arquivos/office/1_120918-105953-503.pdf>.
67. Zucchi P, Del Nero C, Malik AM. Gastos em Saúde: os fatores que agem na demanda e na oferta dos serviços de saúde. Saúde e Soc. 2000; 9(1/2): 127-150.
68. Brasil. Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. Sicsú J, Castelar A (org). Sociedade e economia: estratégias de crescimento e desenvolvimento. Brasília: IPEA, 2009.
69. Brasil. Constituição 1988. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília: Senado Federal; 1988.
70. Rodrigues RAP, Kusumota L, Marques S, Fabrício SCC, Cruz IR, Lange C. Política Nacional de atenção ao idoso e a contribuição da enfermagem. Tex. Cont. Enferm. Florianópolis. 2007 jul-set; 16(3): 536-45.
71. Governo do Estado de São Paulo. Secretaria de Estado de Saúde. Portaria GM/MS n. 2.413, 2.414 e 2.416/1998. Vigilância e prevenção de quedas em idosos. Louvison MCP, Etsuko TCR (Edit). São Paulo: SES/SP, 2010.
72. Brasil. Lei no 8080/90 de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da República Federativa do Brasil. Brasília. 1990 set. 20.

73. Brasil. Lei no 8.742/93 de 7 de dezembro de 1993. Dispõe sobre a organização da Assistência Social. Diário Oficial da República Federativa do Brasil. Brasília. 1993 dez. 08.
74. Brasil. Lei no 8.842/94 de 4 de janeiro de 1994. Dispõe sobre a política nacional do idoso, cria o Conselho Nacional do Idoso e dá outras providências. Diário Oficial da República Federativa do Brasil. Brasília. 1994 jan. 5.
75. Silvestre JA, Neto CMM. Abordagem do idoso em programas de saúde da família. Cad. Saúde Pública. Rio de Janeiro. 2003 mai-jun; 19(3): 839-847.
76. Brasil. Ministério da Saúde. Plano de Ação Governamental para a Integração da Política Nacional do Idoso (PNI). Brasília: MS; 1997.
77. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria no 1.395/99 de 10 de dezembro de 1999. Aprova a Política Nacional de Saúde do Idoso. Diário Oficial da República Federativa do Brasil. Brasília. 1999 dez. 13.
78. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Atenção à saúde da pessoa idosa e envelhecimento. Brasília: MS; 2010.
79. Brasil. Secretaria de Assistência à Saúde. Portaria no 702/SAS/MS, de 12 de abril de 2002. Dispõe sobre a criação de mecanismos para a organização e implantação de Redes Estaduais de Assistência à Saúde do Idoso. Diário Oficial da República Federativa do Brasil. Brasília. 2002 abr. 16.
80. Brasil. Secretaria de Assistência à Saúde. Portaria no 249/SAS/MS, de 16 de abril de 2002. Aprova as Normas para Cadastramento de Centros de Referência em Assistência à Saúde do Idoso. Diário Oficial da República Federativa do Brasil. Brasília. 2002 abr. 20.
81. United Nations. Second World Assembly on Ageing, 2002. Madrid. 2002 abr. [acesso nov 2012]. Disponível em: <<http://www.un.org/esa/socdev/ageing/secondworld02.html>>.
82. Brasil. Lei no 10.741/03 de 1º de outubro de 2003. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. Diário Oficial da República Federativa do Brasil. Brasília. 2003 out. 3.
83. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria no 399/GM 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. Brasília. 2006 fev. 23.

84. Organização Mundial da Saúde. Relato Global para prevenção de quedas na maturidade (ficha catalográfica traduzida), 2007. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/relatorio_prevencao_quedas_velhice.pdf>. Acessado em Jan 2013.
85. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria no 325 de 21 de fevereiro de 2008. Estabelece prioridades, objetivos e metas do Pacto pela Vida para 2008, os indicadores de monitoramento e avaliação do Pacto pela Saúde e as orientações, prazos e diretrizes para a sua pactuação. Diário Oficial da República Federativa do Brasil. Brasília. 2008 fev. 22.
86. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à saúde. Portaria SAS/MS no 228 de 10 de maio de 2010. Aprova o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Doença de Parkinson. Diário Oficial da República Federativa do Brasil. Brasília. 2010 mai. 11.
87. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 843 de 06 de Novembro de 2002. Aprova o Protocolo Clínico e as Diretrizes Terapêuticas para Demência por Doença de Alzheimer - Rivastigmina, Galantamina e Donepezil, na forma do anexo da referida portaria. Diário Oficial da República Federativa do Brasil. Brasília. 2002 nov. 7.
88. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2001 : regulamentação da Lei nº 8.080/90. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.
89. Mesquita GV, et al. Morbimortalidade em idosos por fratura proximal do fêmur. Tex. Cont. Enferm. Florianópolis. 2009 jan-mar; 18(1): 67-73.
90. Arndt ABM, Telles JL, Kowalski SC. O Custo Direto da fratura de fêmur por quedas em pessoas idosas: análise no Setor Privado de Saúde na cidade de Brasília, 2009. Rev. Bras. Geriatr. Gerontol. [Periódico na Internet]. 2011; 14(2): 221-232.
91. Dalla Vecchia R, Ruiz T, Bocchi SCM, Corrente JE. Qualidade de vida na terceira idade: um conceito subjetivo. Rev. Bras. Epidem. 2005 set; 8(3): 246-252.
92. Brasil. Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República. Informe Brasil para a III Conferência Regional Intergovernamental sobre envelhecimento na América Latina e Caribe.; São José, Costa Rica; mai 2012.

93. Pereira IB, Lima JCF. Dicionário da Educação Profissional em Saúde. 2.ed. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2009.
94. Mendes EV. Os sistemas de serviços de saúde: o que os gestores deveriam saber sobre essas organizações complexas. Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará; 2002.
95. Viacava F, et al. Uma metodologia de avaliação do desempenho do sistema de saúde brasileiro. Ciênc. Saúde Coletiva. 2004; 9(3): 711-724.
96. Mendes EV. Os sistemas de Atenção à Saúde. In: Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais. Implantação do Plano Diretor da Atenção Primária à Saúde: Oficina I – Redes de Atenção à Saúde. Belo Horizonte: ESP-MG; 2009: 43-48.
97. Mendes EV. O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2012.
98. Organização das Nações Unidas. Fundo de População das Nações Unidas. Relatório sobre a Situação da população Mundial. Nova Iorque: UNFPA; 2011.
99. Assis M. Promoção da Saúde e Envelhecimento: avaliação de uma experiência no ambulatório do Núcleo de Atenção ao Idoso da UnATI/UERJ [tese]. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2004.
100. Veras RC. Saúde Pública. Fórum Envelhecimento populacional e as informações de saúde do PNAD: demandas e desafios contemporâneos. Rio de Janeiro. 2007 out; 23(10): 2463-2466.
101. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Humaniza SUS: acolhimento com avaliação e classificação de risco: um paradigma ético-estético no fazer em saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.
102. Wagner EH. Chronic disease management: what will take to improve care for chronic illness? Effect Clin Pract. 1998 ago-set; 1(1): 2-4.
103. Brasil. Ministério da Saúde. Plano de Ações Estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil, 2011-2022 [Versão Preliminar]. Brasília: Ministério da Saúde; 2011.
104. Porter M, Kellogg MK. Permanente: an integrated health care experience. Revista de Innovación Sanitaria y Atención Integrada [Periódicos na Internet]. 2008; 1:1. Disponível em <<http://pub.bsalut.net/risai/vol1/iss1/5/>>.

105. Organização Mundial da Saúde. Cuidados inovadores para condições crônicas: componentes estruturais de ação. Brasília: Organização Mundial da Saúde; 2003.
106. Organização Mundial da Saúde. Cuidados primários de saúde: Declaração de Alma-Ata, 1978. Relatório da Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde Alma-Ata, 1978. Brasília: OMS; 1979.
107. Starfield B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços tecnologia. Brasília: Unesco/Ministério da Saúde; 2002.
108. Brasil. Ministério da Saúde. Grupo técnico da Comissão de gestores interpartites. Diretrizes para Organização das Redes de Atenção à Saúde do SUS. Brasília: MS; 2010.
109. Organização Pan-Americana da Saúde. A atenção à saúde coordenada pela APS: construindo as redes de atenção no SUS: contribuições para o debate. Brasília : Organização Pan-Americana da Saúde; 2011.
110. Minas Gerais. Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais. Oficinas de Qualificação da Atenção Primária Saúde em Belo Horizonte: Oficina II – Redes de Atenção à Saúde e Regulação Assistencial. Belo Horizonte: ESPEMG; 2009.
111. Starfield B. Primary Care: concept, evaluation and policy. New York: Oxford University Press, 1992.
112. Brasil. Ministério da Saúde. Manual do instrumento de avaliação da atenção primária à saúde: primary care assessment tool, PCATool-Brasil. Série A: Normas técnicas e manuais. Brasília: DAB/SAS, Ministério da Saúde; 2010.
113. Brasil. Ministério da Saúde. Programa de Saúde da Família: saúde dentro de casa. Brasília: MS; 1994.
114. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 648, 28 de março de 2006. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da atenção básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Diário Oficial da República Federativa do Brasil. Brasília. 2006 mar. 29.
115. Paim J, Travassos C, Almeida C, Bahia L, Macinko J. O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. Disponível em: <<http://www.thelancet.com>>.
116. Brasil. Ministério da Saúde. Rede Interagencial de Informações para a Saúde – RIPSAs. Indicadores e Dados Básicos. Brasil, 2008. Disponível em:

- <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/idb2008/matriz.htm#recur>>. [acessado em jan 2013].
117. Almeida PF, Giovanella L, Mendonça MH, Escorel S. Desafios à coordenação dos cuidados em saúde: estratégias de integração entre níveis assistenciais em grandes centros urbanos. *Cad. Saúde Pública*. 2010; 2: 286–298.
 118. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria no 4279 de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial da República Federativa do Brasil*. Brasília. 2010 dez. 31.
 119. Mendes EV. A reengenharia do sistema de serviços de saúde no nível local: a gestão da atenção à saúde. In: Mendes EV. (org). *A organização da saúde no nível local*. São Paulo: Ed. HUCITEC; 1998.
 120. Mendes EV. Os grandes dilemas do SUS. Tomo I. Salvador: Casa da Qualidade; 2001a.
 121. Mendes EV. Os grandes dilemas do SUS. Tomo II. Salvador: Casa da Qualidade; 2001b.
 122. Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. *SUS: avanços e desafios*. Brasília: CONASS; 2006a.
 123. Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. *SUS: avanços e desafios*. Brasília: CONASS; 2006b.
 124. Brasil. Ministério da Saúde. *A estratégia de redes regionalizadas de atenção à saúde: princípios e diretrizes para sua implementação no SUS*. Brasília: Secretaria de Atenção à Saúde; 2008a.
 125. Brasil. Portaria nº 841, de 02 de maio de 2012 – RENASES. Publica a Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde (RENASES) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e dá outras providências. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil*. Brasília. 2012 mai. 3.
 126. Göttems LBD. *Análise da política de atenção primária à saúde desenvolvida no Distrito Federal: a articulação entre o contexto político, os problemas, as alternativas e os atores na formação da política de saúde (1979- 2009) [tese]*. Brasília: Universidade de Brasília; 2010.
 127. Paim JS. *Reforma sanitária brasileira: compreensão para uma compreensão crítica [tese]*. Salvador: Universidade Federal da Bahia; 2007.

128. Gottems LBD et al. Análise da relação dos serviços de média complexidade com a rede básica de saúde do Distrito Federal e entorno: buscando prioridades para ampliar acessos e resolubilidades. Brasília/Belo Horizonte: Universidade de Brasília/ Universidade Católica de Brasília/ Universidade Federal de Minas Gerais; 2008.
129. Peluso ML. Brasília: do mito ao plano, da cidade sonhada à cidade administrativa. Rev. Esp. Geog. Brasília. 2003; 6(2): 1-29.
130. Governo do Distrito Federal. Secretaria de Estado de Saúde do DF. Plano Diretor de Regionalização 2007. Brasília: SES/DF; 2007.
131. Hildebrand SM. O modelo político-tecnológico da atenção à saúde da família no Distrito Federal: 1997-2006 [tese]. Brasília: Universidade de Brasília; 2008.
132. Governo do Distrito Federal. Secretaria do Estado de saúde. Plano de ação da rede cegonha. Brasília: SES/DF; 2012.
133. Governo do Distrito Federal. Secretaria de Estado de Saúde. Subsecretaria de atenção à Saúde. Diretoria de Atenção à Saúde e Estratégia de Saúde da Família. Plano de Reorganização da Atenção Primária à Saúde no Distrito Federal: Estratégia de Apoio à Consolidação de Redes de Atenção à Saúde. Brasília: SES/DF; 2010.
134. Governo do Distrito Federal. Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal. Portaria que institui a DIRAPS (mudança do organograma da SES/DF). Brasília; 2011.
135. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Departamento de Monitoramento e Avaliação do SUS. Índice de Desempenho do SUS (IDSUS). Fichas Técnicas dos indicadores. Brasília: MS; 2013.
136. Brasil. Indicadores Municipais IDSUS. 2010. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/area.cfm?id_area=1080>. Acessado em Nov 2012.
137. Governo do Distrito Federal. Secretaria de Estado de Saúde. Gerência de Ciclos de Vida. Núcleo de Saúde do Idoso. Relatório de atendimento a saúde do idoso no Distrito Federal. Brasília: SES/DF; 2012.
138. Rede Interagencial de Informações para Saúde. Informe de situação e tendências: demografia e saúde. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2009.

139. Lima-Costa MF, Barreto SM. Tipos de estudos epidemiológicos: conceitos básicos e aplicações na área do envelhecimento. *Epidemiol. Serv. Saúde*. 2003 dez; 12(4): 189-201.
140. Figueiredo AL, Gomes GM, Oliveira JPA, Sousa MD, Amorim MA. Contexto de segregação socioespacial e a situação de violência e saúde no Paranoá e Itapoá. *Convibra Saúde – Congresso Virtual Brasileiro de Educação, Gestão e Promoção da Saúde – 2012*. Disponível em: <http://www.saude.convibra.com.br>.
141. Governo do Distrito Federal. Companhia de Planejamento do Distrito Federal. Coletânea de informações socioeconômicas. Região Administrativa RA VII – Paranoá. Brasília: CODEPLAN; 2007.
142. Governo do Distrito Federal. Companhia de Planejamento do Distrito Federal. Pesquisa Distrital por Amostra de Domicílios – Itapoá. Brasília: CODEPLAN; 2011.
143. Governo do Distrito Federal. Companhia de Planejamento do Distrito Federal. PAD 2004 - Coletânea de informações socioeconômicas. Brasília: CODEPLAN; 2007.
144. Elias PE et al. Atenção Básica em Saúde: comparação entre PSF e UBS por estrato de exclusão social no município de São Paulo. *Ciênc. Saúde Coletiva*. 2006; 11(3): 633-641.
145. Dias HC, Paiva KCM. Competências do enfermeiro: estudo em um hospital privado. *Rev. Bras. Enferm*. 2011 jun; 64(3): 511-520.
146. Caregnato RCA, Mutti R. Pesquisa qualitativa: análise de discurso versus análise de conteúdo. *Tex. Cont. Enferm. Florianópolis*. 2006 out-dez; 15(4): 679-84.
147. Tannure MC, Alves M, Sena RR, Chianca TCM. Perfil epidemiológico da população idosa de Belo Horizonte. *Rev. Bras. Enferm. Belo Horizonte*. 2010 out; 63(5): 817-822.
148. Camarano AA, El Ghaouri SK. Idosos brasileiros: que dependência é essa? In: Camarano AA (org). *Muito além dos 60: os novos idosos brasileiros*. Rio de Janeiro: IPEA; 1999.
149. Fransen M et al. Excess mortality or institucionalization after hip fracture: men are at greater risk than women. *J Am Geriatr Soc*. 2002; 50: 685-90.

150. Batista LE, Escuder MML, e Pereira JCR. A cor da morte: causas de óbito segundo características de raça no Estado de São Paulo, 1999 a 2001. *Rev. Saúde Pública*. São Paulo. 2004; 38(5): 630-636.
151. Silva A, Faleiros HH, Shimizu WAL, Nogueira LM, Nhãn LL, Silva BMF et al . Prevalência de quedas e de fatores associados em idosos segundo etnia. *Ciênc. Saúde Coletiva*. 2012 ago; 17(8): 2181-2190.
152. Selem SSC, et al. Validade da hipertensão autorreferida associa-se inversamente com escolaridade em brasileiros. *Arq. Bras. de Cardiol*. São Paulo. 2013 jan; 100(1).
153. Cassol K et al. Qualidade de vida em deglutição em idosos saudáveis. *Jorn. Soc. Bras. Fonoaud*. São Paulo. 2012; 24(3): 223-232.
154. Carvalho MFC. A polifarmácia em idosos do Município de São Paulo: Estudo SABE – Saúde, Bem-estar e Envelhecimento [dissertação]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública. Universidade de São Paulo; 2007.
155. Secoli SR. Polifarmácia: interações e reações adversas no uso de medicamentos por idosos. *Rev. Bras. Enferm*. Brasília. 2010 jan-fev; 63(1): 136-40.
156. The American Geriatrics Society. American Geriatrics Society Updated Beers Criteria for Potentially Inappropriate Medication Use in Older Adults: The American Geriatrics Society 2012 Beers Criteria Update Expert Panel. New York: JAGS; 2012; 86(14): 1-16.
157. Gorzoni ML, et al. Critérios de Beers-Fick e Medicamentos Genéricos no Brasil. *Rev. Assoc. Méd. do Brasil*. 2008; 54(4): 353-6.
158. Liveira KL, et al. Relação entre ansiedade, depressão e desesperança entre grupos de idosos. *Psicol. em Estudo*. Maringá. 2006 mai-ago; 2: 351-359.
159. Brasil. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Indicadores Sociais Mínimos: Conceitos. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicaodevida/indicadoresminimos/conceitos.shtm>>. [acessado em jan 2013].
160. Ramos M. Os sintomas depressivos e as relações sociais na terceira idade. *Rev. Depart. Psicol. (UFF)*. Niterói. 2007 dez; 19(2): 397-410.
161. Cavalcante FG, Minayo MCS. Autópsias psicológicas e psicossociais de idosos que morreram por suicídio no Brasil. *Ciênc. Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro. 2012 ago; 17(8): 1943-1954.

162. Veras RP. Experiências e tendências internacionais de modelos de cuidado para com o idoso. *Ciênc. Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro. 2012; 17(1): 231-238.
163. Piccini RX, et al. Necessidades de saúde comuns aos idosos: efetividade na oferta e utilização em atenção básica à saúde. *Ciênc. Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro. 2006; 11(3): 657-667.
164. Assis M, Hartz ZMA, Valla VV. Programas de promoção da saúde do idoso: uma revisão da literatura científica no período de 1990 a 2002. *Ciênc. Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro. 2004; 9(3): 557-581.
165. Pereira MFV. Redes, sistemas de transportes e as novas dinâmicas do território no período atual: notas sobre o caso brasileiro. *Soc. Nat. Uberlândia*. 2009 abr; 21(1): 121-129.
166. Silva SF. Organização de redes regionalizadas e integradas de atenção à saúde: desafios do Sistema Único de Saúde (Brasil). *Ciênc. Saúde Coletiva*; Rio de Janeiro. 2011 jun; 16(6): 2753-2762.
167. Silva JM, Caldeira AP. Modelo assistencial e indicadores de qualidade da assistência: percepção dos profissionais da atenção primária à saúde. *Cad. Saúde Pública*. 2010 jun; 26(6): 1187-1193.
168. Almeida PF, Fausto MCR, Giovanella L. Fortalecimento da atenção primária à saúde: estratégia para potencializar a coordenação dos cuidados. *Rev. Panam. Salud Publica*. 2011 fev; 29(2): 84-95.
169. Viana AL, Rocha JSY, Elias PE, Ibañez N, Bousquat A. Atenção básica e dinâmica urbana nos grandes municípios paulistas. *Cad. Saúde Pública*. 2008; 24(Supl 1): S79-S90.
170. Campos GWS, Domitti AC. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. *Cad. Saúde Pública*. 2007; 23(2): 399-407.
171. Peterle VCU, Faustino AM, Ferreira SHS, Martinelli EPS, Barros TFG. Construção Coletiva da Rede de Atenção à Saúde do Idoso no Paranoá – Distrito Federal: Relato de Experiência. *Rev. Eletrôn. Gest. Saúde*. Brasília. 2013; 4(1): 1768-1779.
172. Teixeira L. A Reforma do Centro de Saúde. *Percursos e Discursos*. Lisboa: Editora Mundos Sociais; 2012.
173. Veras R. Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações. *Rev. Saúde Pública*. 2009 jun; 43(3): 548-554.

174. Araújo MAS, Brito C, Barbosa MA. Atenção básica à saúde do idoso no Brasil. *Geriatr. Gerontol.* 2008; 3(2): 122-125.
175. Conill EM, Giovanella L, Almeida PF. Listas de espera em sistemas públicos: da expansão da oferta para um acesso oportuno? Considerações a partir do Sistema Nacional de Saúde espanhol. *Ciênc. Saúde Coletiva.* 2011 jun; 16(6): 2783-2794.
176. Franco TB, Merhry EE. A produção imaginária da demanda e o processo de trabalho em saúde. In: Pinheiro R, Mattos RA. (Orgs). *Construção social da demanda: direito a saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos.* Rio de Janeiro: IMS- UERJ, 2005. P.181-193.
177. Bomfim LA et al. Estudo etnográfico da satisfação do usuário do Programa de Saúde da Família (PSF) na Bahia. *Ciênc. Saúde Coletiva.* 2002; 7(3): 581-589.
178. Souza TGHL, Bellato R, Faria APS, Araújo LFS. Produção, fluxo e análise de dados do sistema de informação em saúde: um caso exemplar. *Tex. Cont. Enferm.* 2009 set; 18(3): 466-474.
179. Giovanella L, et al . Saúde da família: limites e possibilidades para uma abordagem integral de atenção primária à saúde no Brasil. *Ciênc. Saúde Coletiva.* Rio de Janeiro. 2009 jun; 14(3): 183-194.
180. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Regulação, Avaliação e Controle. Coordenação Geral de Sistemas de Informação. *Manual Técnico Operacional SIA/SUS - Sistema de Informações Ambulatoriais.* Brasília: MS; 2009.
181. Santos DC, Ferreira JBB. O prontuário da família na perspectiva da coordenação da atenção à saúde. *Physis: Rev. Saúde Coletiva.* Rio de Janeiro. 2012; 22(3): 1121-1137.
182. Santos SSC et al. Elaboração de prontuário do residente em uma instituição de longa permanência para idosos. *Acta Paul. Enferm.* São Paulo. 2010; 23(6): 725-731.
183. Santana MIREL. Processo de Regulação Assistencial da Secretaria de Estado de Saúde do DF. Goiânia. 2011 set. Disponível em: http://www.nesc.ufg.br/.../19/original_DF_M__nica.ppt. Acessado em Jan 2013.
184. Spedo SM, Pinto NRS, Tanaka OU. O difícil acesso a serviços de média complexidade do SUS: o caso da cidade de São Paulo, Brasil. *Physis: Rev. Saúde Coletiva.* Rio de Janeiro. 2010; 20 (3): 953-972.

185. Göttems LBD, Pires MRGM. Para além da atenção básica: reorganização do SUS por meio da interseção do setor político com o econômico. *Saúde e Soc.* 2009; 18(2): 189-198.
186. Pereira MFV. Redes, sistemas de transportes e as novas dinâmicas do território no período atual: notas sobre o caso brasileiro. *Soc. Natureza.* 2009; 21(1): 121-129.
187. Araújo CEL, Pontes RJS. Constituição de sujeitos na gestão em saúde: avanços e desafios da experiência de Fortaleza (CE). *Ciênc. Saúde Coletiva.* 2012 set; 17(9): 2357-2365.
188. Devellis, RF. *Scale development: theory and applications.* Newbury Park: SAGE Publications; 1991.
189. Starfield B. Acessibilidade e primeiro contato: a “porta”. In: Starfield B (org). *Atenção Primária – equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia.* Brasília: Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura/Ministério da Saúde. 2002; p. 207-45.
190. Silva Júnior ES et al. Acessibilidade geográfica à atenção primária à saúde em distrito sanitário do município de Salvador, Bahia. *Rev. Bras. Saúde Mat. Infan. Recife.* 2013. DOI <http://dx.doi.org/10.1590/S1519-38292010000500005>.
191. Travassos C, Martins M. Acesso e Utilização de Serviços de Saúde. *Cad. Saúde Pública.* Rio de Janeiro. 2004; 20 (Sup2): S190-S198.
192. Motta LB et al. Estratégia Saúde da Família e a Atenção ao Idoso. *Cad. Saúde Pública.* Rio de Janeiro. 2011; 27(4):779-786.
193. Cunha EM, Giovanella L. Longitudinalidade/continuidade do cuidado: identificando dimensões e variáveis para a avaliação da Atenção Primária no contexto do sistema público de saúde brasileiro. *Ciênc. Saúde Coletiva.* Rio de Janeiro. 2011; 16(Supl.1): 1029-1042.
194. Castro RCL et al. Avaliação da qualidade da atenção primária pelos profissionais de saúde: comparação entre diferentes tipos de serviços. *Cad. Saúde Pública.* Rio de Janeiro. 2012 set; 28(9): 1772-1784.