

Avaliação da microgestão em Unidades Básicas de Saúde em ações para idosos em uma região de saúde do Distrito Federal, Brasil

Evaluation of micro-level management of older person care in primary health centers in a health region in the Federal District of Brazil

Ruth da Conceição Costa e Silva Sacco (<https://orcid.org/0000-0001-6131-0852>)¹

Paulo Ricardo dos Ramos Cardoso (<https://orcid.org/0000-0001-7967-0995>)²

Patrícia Maria Fonseca Escalda (<https://orcid.org/0000-0003-0021-1193>)¹

Marcella Guimarães Assis (<https://orcid.org/0000-0003-1636-555X>)³

Sílvia Maria Ferreira Guimarães (<https://orcid.org/0000-0002-2097-2355>)⁴

Abstract Primary health centers (PHCs) should consider the demographic and epidemiological profile of the health region to respond to population aging and structure service delivery around networks based on macro and micro-level management to ensure the provision of comprehensive services. A normative evaluation of micro-level management in four PHCs in a health region in the Federal District of Brazil was conducted to inform the development of recommendations for enhancing the delivery of comprehensive and integrated long-term care for older persons. A management evaluation matrix was used where management stages were classified as advanced, intermediate and incipient. The findings show that none of the PHCs were at the advanced stage, three were at the intermediate stage, and one at the incipient stage. The lowest scores were obtained for the subdimension care model (which was shown to be predominantly traditional) and humanization (fragmentation of care). Lack of infrastructure and staff absenteeism were shown to be constraining factors, while effective communication with local administrators was a facilitating factor. Improvements need to be made in micro-level management to enhance the delivery of comprehensive and timely care to older persons in this health region.

Key words Elderly Health, Health Services, Health Care Delivery, Health Management, Health Evaluation

Resumo As Unidades Básicas de Saúde (UBS) devem considerar o perfil demográfico e epidemiológico de sua região de saúde para se adequar ao envelhecimento populacional e se estruturar em redes, cujas bases estão na macro e microgestão, com vistas à integralidade da atenção. Foi conduzida avaliação normativa da microgestão de quatro UBS de uma Região de Saúde do Distrito Federal (DF) para posterior proposta de melhorias para ações voltadas a idosos. Utilizou-se matriz de avaliação da gestão, cuja classificação resultou em: avançada, intermediária e incipiente. Os resultados mostraram que nenhuma UBS está em estágio Avançado, três em Intermediário e uma Incipiente. Menores pontuações foram quanto ao Modelo de Atenção (maiormente tradicional) e à Humanização (com fragmentação do cuidado). Estrutura física deficitária e absenteísmo de profissionais foram dificultadores. Comunicação efetiva com gestão local foram identificadas como facilitadores. As UBS necessitam de avanços na microgestão para a qualificação do cuidado ofertado, principalmente quanto à implementação de modelo de atenção cuja integralidade seja atingida, de modo a ser garantido acesso oportuno e resolutivo para a população idosa nesta região de saúde.

Palavras-chave Saúde do idoso, Serviços de saúde, Assistência à saúde, Gestão em saúde, Avaliação em saúde

¹ Faculdade de Ceilândia, Universidade de Brasília (UnB), Campus Universitário, Centro Metropolitano, 72220-275 Ceilândia DF Brasil. ruth.sacco1@gmail.com

² Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal, Brasília DF Brasil.

³ Departamento de Terapia Ocupacional, Escola de Educação Física, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte MG Brasil.

⁴ Departamento de Antropologia, Instituto de Ciências Sociais, UnB, Brasília DF Brasil.

Introdução

Ampliação do tempo de vida e melhora em indicadores de saúde são fenômenos mundiais, embora sua distribuição não seja percebida de maneira equânime¹. No Brasil, de modo diferente ao observado em nações desenvolvidas, esse envelhecimento tem sido muito rápido². Em cinco anos, a população idosa cresceu 18%³ e, em 2017, havia 30,2 milhões de idosos no Brasil, o que correspondia a 15,6% da população³, aumentando-se demandas econômicas e sociais, pois o perfil de mortalidade passou para um quadro com enfermidades complexas e onerosas, próprias de faixas etárias avançadas². Além das particularidades da idade, o idoso possui mais doenças crônicas e limitações funcionais, gerando mais custos e dispendendo mais recursos sociais e financeiros⁴.

Essas necessidades de saúde específicas precisam ser consideradas na organização da oferta de serviços de saúde e na determinação do modelo de atenção que irá suportar esta oferta, com coordenação de cuidados ao longo do percurso assistencial numa lógica de rede⁵. A Rede de Atenção à Saúde (RAS) é 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”⁶. A integralidade, aqui compreendida como “resposta governamental a necessidades de saúde de grupo específico que deve incorporar possibilidades de prevenção e assistenciais”⁷, requer essa organização em redes que encontra bases na macro e na microgestão⁸. A microgestão envolve a elaboração de plano de cuidados individualizado, enquanto que a macrogestão se concentra no percurso necessário à implementação desse plano, cabendo ao gestor articular os componentes da rede para garantir a integralidade do cuidado⁸.

No Brasil, há várias iniciativas que buscam priorizar e garantir a atenção integral à saúde de idosos, a exemplo da Política Nacional de Saúde do Idoso (PNSI), voltada à promoção do envelhecimento com qualidade⁹. Essa priorização está em consonância com o Relatório Mundial de Envelhecimento e Saúde que traz a compreensão de que a funcionalidade sofre perdas e de que escolhas e intervenções feitas ao longo da vida do indivíduo nela interferem¹⁰.

Além da PNSI, a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) aponta a Saúde da Família (ESF) como estratégia prioritária para a expansão e a consolidação da atenção básica, para a ampliação da resolutividade e do impacto na situação

de saúde, o que requer reorientação de processos de trabalho para se alcançar a integralidade da atenção¹¹. A atenção básica à saúde, aqui referida como Atenção Primária à Saúde (APS), inclui ações de saúde individuais e coletivas em todos os níveis de prevenção de doenças, “desenvolvidas por meio de práticas gerenciais e sanitárias realizadas em equipe e dirigidas a populações de territórios bem delimitados, sobre as quais as equipes assumem responsabilidade”¹². Nesse sentido, em 2017, considerando seu perfil demográfico e de morbimortalidade e a necessidade de avanços na qualidade da atenção à saúde, o Distrito Federal (DF) estabeleceu sua própria Política de APS e disciplinou o processo de conversão desse nível de atenção ao modelo da ESF^{12,13}.

Além disso, o adequado funcionamento da APS é essencial à atenção ao idoso devido a seu papel de coordenadora da RAS em que a Unidade Básica de Saúde (UBS), base das ações da APS, é porta de entrada do sistema de saúde e deve gerenciar o cuidado deste usuário por meio da elaboração de plano de cuidados individualizados, com provimento de orientações ao autocuidado, suporte à família e cuidadores, ações de educação em saúde e atividades de convivência que possibilitem sociabilização e interação com outros recursos¹⁴⁻¹⁶. Nesse contexto, fazer a gestão da clínica, com a aplicação de tecnologias de microgestão nos serviços de saúde é relevante, para garantir padrões clínicos ótimos e aprimorar a qualidade da atenção à saúde dessa população¹⁷.

Revisão de literatura sobre avaliação da efetividade de redes de saúde para idosos concluiu que há pequeno número de estudos relacionados a programas de prestação de serviços à saúde dos idosos ou estes são de baixa qualidade quanto à metodologia. O autor concluiu que a abordagem de assistência a idosos que envolve APS e a integração dos pontos da rede, tais como hospitais, atenção domiciliar e serviços sociais de apoio, em que se garante a longitudinalidade da atenção com base em um plano de cuidados, é efetiva na redução de internações e proporciona economia ao sistema, sendo mais vantajosa, ainda, para pacientes e familiares⁵.

Pesquisa avaliativa conduzida em região de saúde no estado de São Paulo revelou que a incorporação de ações voltadas à gestão da saúde da pessoa idosa em serviços de APS ainda é embrionária. Destacou que há poucos estudos que avaliam a organização do processo de trabalho focado nessa população e que os instrumentos avaliativos utilizados são gerais (incluem todo o escopo das ações da APS) e são inespecíficos

para ações direcionadas a idosos. A autora sugere realização de novos estudos de avaliação em diferentes localidades do país, colaborando com o aprimoramento da gestão e com a implantação e a utilização de tecnologias de cuidado para a atenção ao idoso, fortalecendo o papel da APS¹⁸.

Considerando que a literatura aponta poucas pesquisas relacionadas à avaliação de serviços à saúde de idosos⁵, a necessidade de adequação destes às especificidades dessa população, e que a APS é coordenadora de cuidados na RAS, fez-se necessário avaliar a microgestão de UBS, identificando como se dá a oferta das ações e serviços e se estes favorecem a integralidade da atenção e a garantia de acesso oportuno e resolutivo para a população idosa neste nível de atenção.

Assim, este estudo se propôs a realizar avaliação normativa da microgestão em UBS em ações voltadas a idosos na Região de Saúde Oeste do DF, ampliando a compreensão de como a linha de cuidado ao idoso ocorre na APS para posterior proposição de melhorias, auxiliando a gestão no cumprimento de suas funções.

Metodologia

Trata-se de avaliação normativa, de corte transversal e de caráter exploratório. Essa metodologia foi escolhida por ser ferramenta inicial útil para se conhecer determinada realidade visando futuras intervenções¹⁹. A avaliação normativa, por “fazer julgamento sobre uma intervenção e comparar recursos utilizados e sua organização (estrutura), serviços ou bens produzidos (processo), e resultados obtidos, com base em normas e critérios”²⁰, torna-se dispositivo útil para a produção de informações e tomadas de decisão, empoderando os atores que a envolvem, neste caso, gestores²⁰. Enfatizou-se o “processo”, pois aprimoramentos oportunos no mesmo, sem necessidade de se aguardar “resultados”, possibilitam a garantia da acessibilidade ao potencializar a APS enquanto porta de entrada do sistema²¹.

A Região de Saúde Oeste do Distrito Federal (RSO) inclui duas Regiões Administrativas (RA): Ceilândia e Brazlândia. Ceilândia é a RA IX e possui população estimada em 489.351 habitantes, com 17% de idosos. Em Brazlândia, RA IV, esses números são, respectivamente, 52.287 habitantes e 14%²². A seleção da RSO deu-se porque em Ceilândia há idosos bastante vulneráveis, com maior risco de declínio funcional e de morte, com a maior taxa de autopercepção de saúde regular e ruim, e que mais necessitam de auxílio para viver²³.

No período do estudo, março a setembro de 2018, havia 22 (vinte e duas) UBS na RSO e a avaliação foi conduzida em 4 (quatro) delas, todas em Ceilândia, selecionadas por conveniência a partir dos seguintes critérios de inclusão: estar com equipe da ESF em funcionamento há mais tempo¹² e possuir densidade populacional idosa.

Para avaliar a utilização de ferramentas de microgestão pelos gestores das UBS, foi utilizada Matriz de Avaliação da Gestão²⁴, subdividida em dimensões, subdimensões e critérios, conforme o Quadro 1.

A pontuação máxima na Matriz foi de 100 pontos, com maior pontuação àquelas subdimensões relacionadas aos atributos da ESF, considerando que é modelo de atenção afim ao uso de ferramentas de microgestão e que a legislação apontou a necessidade de homogeneização na organização e funcionamento de sua APS com base na ESF¹². A classificação da microgestão, partindo-se das evidências observadas para cada dimensão estudada, foi feita com base na comparação da pontuação nela obtida com a máxima possível, resultando em: a) Microgestão Avançada (> 66,6%), Intermediária (> 33,3% e ≤ 66,6%) e Incipiente (≥ 0 e ≤ 33,3%)²⁴. As dimensões da Matriz emergiram da Portaria nº 4.279/2010, que estabelece diretrizes para a organização das RAS no âmbito do Sistema Único de Saúde⁶. O Quadro 2 sumariza esta classificação.

As UBS receberam nomes de ipês, árvore símbolo do Brasil, com floração após período de seca (cada uma a seu tempo). Assim, foram codinominadas na sequência em que suas flores brotam, em analogia a seus processos de gestão, em que algumas têm despertado primeiro que outras: Ipê-Roxo, Ipê-Amarelo, Ipê-Rosa e Ipê-Branco²⁵.

O estudo foi aprovado em Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde da Secretaria de Saúde do DF (FEPECS) e da Faculdade de Ceilândia da Universidade de Brasília (FCE/UnB). Os dados foram consolidados e tabulados em planilha eletrônica (Excel 2014, Microsoft®) e analisados com base na estatística descritiva.

Caracterização do Local do Estudo

A população idosa no Brasil é de 20.590.599 habitantes, o que corresponde a 10,8% dos residentes no território nacional. Na Região Centro-Oeste esse percentual é de 8,8% da população residente total, enquanto que no DF é de 7,7%²⁶. No DF, seguindo-se a tendência nacional, obser-

Quadro 1. Dimensões, sub-dimensões, critérios e conceito operacional utilizados na Matriz de Avaliação da Gestão.

Dimensões	Sub-dimensões	Crítérios Observados	Conceito Operacional
Gestão da Condição de Saúde	Modelo de atenção	. Estratificação de risco da população. . Utilização de Diretrizes Clínicas. . Análise de situação e vigilância de risco. . Ações curativas e reabilitadoras.	Implica na mudança de um modelo de atenção à saúde focado no indivíduo, curativista e reabilitador, para abordagem de base territorial, com identificação de indivíduos em risco, foco em ações de promoção e proteção à saúde, com intervenção precoce para alcance de melhores resultados e menores custos.
	Integralidade da atenção	. Existência de ações intersetoriais. . Existência de diversos pontos de atenção à saúde.	
Gestão de Caso	Humanização	. Elaboração e uso de projeto terapêutico singular. . Fragmentação do cuidado.	Relação dinâmica e personalizada estabelecida entre profissional responsável pelo caso e usuário do serviço de saúde para planejar, monitorar e avaliar ações e serviços, de acordo com suas necessidades, para promover atenção qualificada e humanizada.
	Coordenação do cuidado	. Existência de fluxos de referência e contrarreferência. . Utilização adequada e rotineira de fluxos de referência e contrarreferência. . Retorno e continuidade da atenção na APS de usuários em alta de outros níveis de atenção.	
	Planejamento, monitoramento e avaliação de ações e serviços	. Práticas de planejamento situacional em saúde. . Utilização regular do planejamento como instrumento de gestão. . Prestação oportuna de serviços ao usuário. . Atendimento às necessidades e expectativas de usuários.	
Auditoria Clínica	Auditoria implícita	. Opinião de <i>expert</i> para avaliar a prática de atenção à saúde.	Análise crítica e sistemática da qualidade da atenção à saúde, incluindo aspectos relacionados a diagnóstico e tratamento, utilização de recursos e resultados em todos os pontos de atenção, observada a utilização dos protocolos clínicos estabelecidos.
	Auditoria explícita	. Avaliação com base em diretrizes clínicas. . Avaliação por meio de eventos-sentinel.	
Listas de Espera	Racionalização do acesso	. Ordenamento de usuários em lista de espera com base em necessidades e riscos. . Existência de transparência na utilização de lista de espera.	Envolve a normatização do uso de serviços em alguns pontos de atenção à saúde, em que há critérios para ordenamento com base em necessidades e riscos. Visa promover equilíbrio entre oferta e demanda.

Fonte: Adaptado de Cabral-Bejarano et al.²⁷.

va-se aumento da população idosa, com elevadas taxas de morbidade e mortalidade por doenças crônico-degenerativas^{28,29}. Dados de projeção populacional mostram que em 2.060 a proporção entre idosos (≥ 60 anos) e jovens de até 15 anos no DF será a segunda maior do Brasil, cerca de

dois para um, e chegará a 207,1% (atualmente é de 33,6%). Esse valor estará acima do nacional, para o qual se prevê 173,4%. Além disso, a esperança de vida ao nascer aumentará de 74,9 (homens) e 81,9 (mulheres) para 79,5 e 85,6, respectivamente³⁰.

Quadro 2. Dimensões, sub-dimensões, critérios e conceito operacional utilizados na Matriz de Avaliação da Gestão.

Dimensões	Sub-dimensões	Pontuação Máxima	Classificação
Gestão da Condição de Saúde	Modelo de atenção	25	Avançada: > 66,6%
	Integralidade de atenção	10	
Gestão de Caso	Humanização	10	
	Coordenação do cuidado	15	Intermediária: > 33,3% e ≤ 66,6%
	Planejamento, monitoramento e avaliação de ações e serviços	15	
Auditoria Clínica	Auditoria implícita	5	Incipiente: ≤ 33,3%
	Auditoria explícita	10	
Listas de Espera	Racionalização do acesso	10	
Total		100	

Fonte: Elaboração própria, 2018.

O DF possui 31 Regiões Administrativas (RA). Ceilândia tem a maioria de seus habitantes (46,1%) entre 25 e 59 anos, e os de zero a 14 anos totalizam 20,8%. Idosos correspondem a 17%. Evidenciam-se taxa de analfabetismo de 3,6% (17.510 habitantes analfabetos), sendo que em idosos esse índice chega a 22,5%. Há ampla predominância de idosos egressos da Região Nordeste (66,2%), com 50,7% (4º lugar no DF) de domicílios chefiados por mulheres idosas. A renda domiciliar mensal da região é de R\$ 3.076,00 e a *per capita* é R\$ 915,81²², e predominando, ainda, o número de idosas pensionistas (20,8%)³¹.

Essas características sociodemográficas, aliadas às consequências das transições demográfica e epidemiológica, exigem respostas adequadas e oportunas na forma como o sistema de saúde do DF se organiza, na distribuição e formação de seus recursos humanos (RH), nas tecnologias, e na organização do trabalho e da oferta de serviços^{28,29}. Nesse contexto, é fundamental que gestores da APS conheçam a realidade sanitária dessa população e se utilizem de estratégias que lhes auxiliem a se aproximar de seu território e sanar as demandas da população³².

Utilização de Ferramentas de Microgestão

As práticas de gestão são espaços privilegiados para a introdução de mudanças nos serviços e para a reorganização dos processos de trabalho, ampliação e qualificação das ofertas em saúde³³. Entretanto, os serviços de saúde mostram-se como organizações complexas que, em sua maioria, estruturam-se numa lógica piramidal, de ações hierarquizadas, e onde coexistem tecnologias de diferentes tipos³⁴.

As ferramentas de microgestão, tais como a gestão da condição de saúde, a gestão de casos, a auditoria clínica e as listas de espera, fazem parte da gestão da clínica e são um pressuposto para o adequado funcionamento das redes de atenção à saúde. Assim, a gestão da clínica, enquanto tecnologia leve e estratégia para a gestão de organizações de saúde, pode servir de base para a reorganização dos serviços de saúde³⁵ e prescindir de relação dialógica na atenção à saúde do idoso, com a compreensão das dimensões culturais, sociais, econômicas, históricas e ambientais que envolvem o cuidado³⁶.

Na APS do DF, a partir de 2017 foi dado início à conversão do modelo tradicional para o modelo ESF e, na RSO, esse processo alcançou sua plenitude no início de 2018, quando todas as UBS tiveram suas equipes transformadas em ESF¹². Entretanto, quando aplicada a Matriz de Avaliação, observou-se que mais de um ano após a publicação da legislação que disciplina a organização da APS no DF, elas ainda não têm sido utilizadas e/ou são desconhecidas pelos gestores das UBS, conforme Gráfico 1.

Os resultados mostraram que nenhuma UBS está em estágio Avançado em relação à utilização de ferramentas de microgestão, 1 (uma) em estágio Intermediário e 2 (duas) em estágio Incipiente. No Brasil, considerando o histórico de falta de escuta entre usuários, trabalhadores e gestores, a prestação de serviços é fragmentada e mecanizada, com desajustes na coordenação de cuidados e sem adequada responsabilização profissional³⁷. A essa falta de responsabilização, agrega-se formação profissional especializada (com necessidade de múltiplos profissionais para se atingir a resolutividade do cuidado), o que dificulta, também,

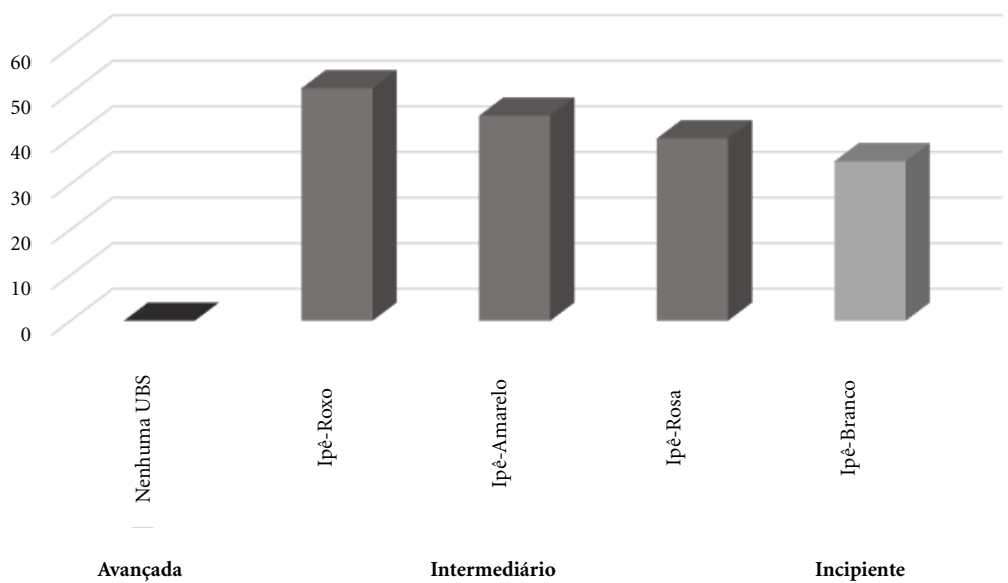


Gráfico 1. Classificação Geral das Unidades Básicas de Saúde segundo pontuação obtida na Matriz de Avaliação da Gestão, Região de Saúde Oeste (Ceilândia/DF), 2018.

Fonte: Elaboração própria, 2018.

o estabelecimento de vínculo profissional-usuário e a adesão destes às ações propostas³⁸.

Embora não tenha sido localizada na literatura avaliação normativa que tenha partido das mesmas dimensões, subdimensões, pontuação e critérios utilizados neste estudo na área de saúde do idoso, e embora este tenha sido de corte transversal e estado restrito a quatro UBS de uma única região de saúde, o que não permite a generalização dos resultados, os achados vão ao encontro do que já fora concluído por outros autores^{39,40}. Contatou-se, em pesquisa avaliativa feita no município de São Paulo, certo desvio entre as exigências requeridas pela transição demográfica e a resolutividade da APS, evidenciando a não efetivação de ações direcionadas à saúde do idoso neste nível de atenção. Percebeu-se, ainda, que os domínios que obtiveram melhor desempenho na atenção à saúde da pessoa idosa foram aqueles em que houve absorção e utilização de sugestões resultantes de avaliações internas no serviço de APS, reforçando a necessidade de uma cultura avaliativa para além das doenças crônicas¹⁸.

Quanto às subdimensões, 3 (três) destas estavam em estágio Avançado, 3 (três) em estágio Intermediário e 2 (duas) Incipientes. As sub-di-

mensões “Integralidade da Atenção”, “Coordenação do Cuidado” e “Auditoria Implícita” foram classificadas como Avançadas em 100% das UBS, como pode ser visto no Gráfico 2.

Embora a Integralidade da Atenção e a Coordenação do Cuidado estivessem presentes em todas as UBS, a base de evidências mostrou que há falta de ciência e acompanhamento dos usuários pelas UBS quando eles retornam de outros níveis de atenção. Estudo que analisou a implementação de redes integradas de serviços de saúde e de estratégias para a coordenação do cuidado pela APS no sistema de saúde do Chile considerou as guias de referência e contrarreferência instrumentos delicados por não serem informatizados e porque, na maioria dos casos, a APS só tem ciência do retorno do usuário por meio deles mesmos ou de seus familiares⁴¹. Além disso, esses princípios vêm sendo cumpridos, maiormente, em situações de violência familiar, quando é necessária articulação com setores relacionados à assistência social, o que demonstra necessidades de avanço nesse sentido. É na intersectorialidade que se oportuniza a aplicação do conceito ampliado de saúde e, em que se apoiam ações da promoção da saúde, imprescindíveis a trabalho

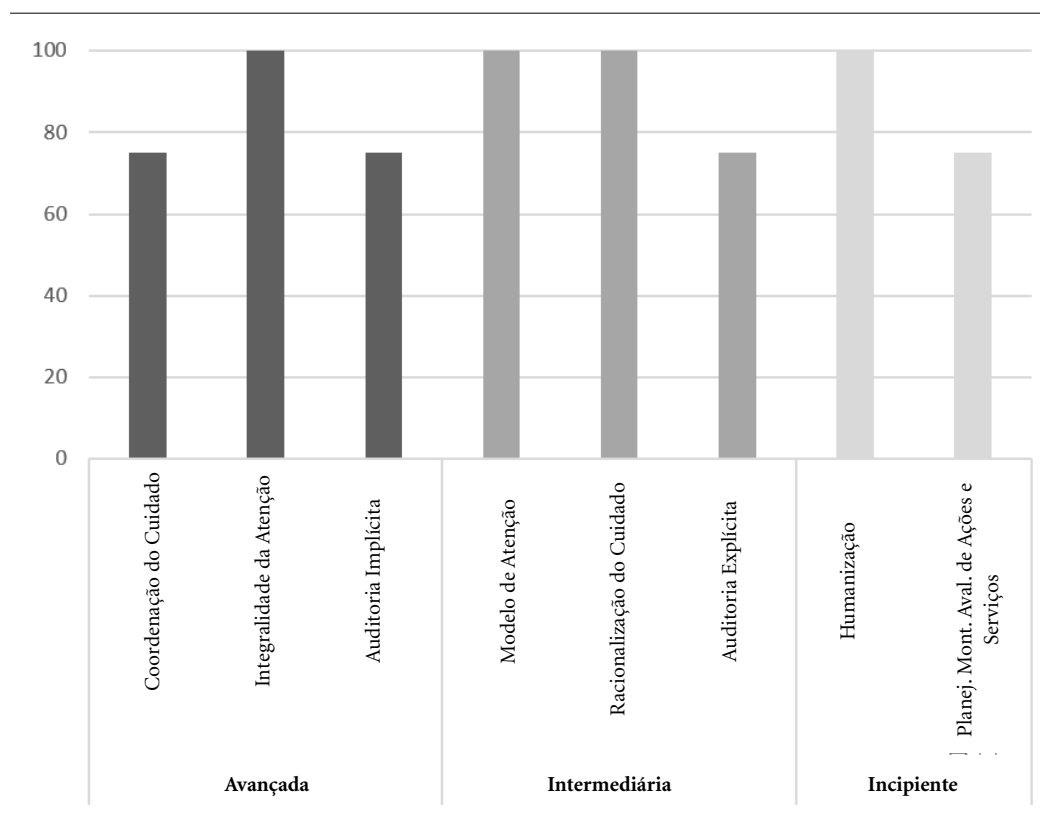


Gráfico 2. Percentual de Unidades Básicas de Saúde por escores da graduação das sub-dimensões, Região de Saúde Oeste (Ceilândia/DF), 2018.

Fonte: Elaboração própria, 2018.

da ESF⁴². Considerando idosos, a APS deve ir além da saúde e da assistência social, para se ter ganhos na resolutividade das ações e, de fato, sanar problemas, já que a velhice incorpora grande variedade de demandas e requer nova lógica de gestão, com olhar interdisciplinar e partilha de funções entre diversas áreas⁴³.

Numa avaliação que incluiu atributos da ESF e a utilização do PCATool-Brasil versão adulto, conduzida no Rio Grande do Norte, na perspectiva do idoso quanto à qualidade do cuidado na APS, mostrou barreiras na acessibilidade que repercutem na resolutividade e a necessidade de se ampliar os horários de funcionamento das UBS e a importância no aumento de ações que impactam na integralidade da atenção que sigam além de doenças mais prevalentes, tais como incremento nas orientações para o autocuidado e o suporte social ao idoso e ao cuidador, e a realização de práticas relacionadas à nutrição e à atividade física⁴⁰.

A auditoria implícita, que inclui a opinião de especialistas em processos de trabalho, também foi evidente em todas as UBS, que afirmaram serem acompanhadas pela Diretoria de Atenção Primária (DIRAPS/RSO) e terem livre espaço de comunicação, proposição e auxílio para os ajustes necessários à adequada prestação de serviços aos usuários. A evidência mais clara foi a utilização do *checklist* da Carteira de Serviços da APS, em que algumas ações e serviços são pactuadas com o Gerente da UBS por meio do Acordo de Gestão, e sobre o qual a DIRAPS/RSO faz auditorias e, não só acompanhando a métrica, mas desenvolvendo “papel do apoiador”, de escuta qualificada às fragilidades e necessidades da UBS, exercendo mediação de conflitos e possibilitando reflexão sobre os processos de trabalho para a identificação de obstáculos e soluções, e estimulando protagonismo dos envolvidos⁴⁴.

As sub-dimensões classificadas como “Intermediária” estiveram relacionadas ao Modelo de

Atenção (verificado ser maiormente tradicional), à Racionalização do Cuidado (pela falta de transparência nas listas de espera), e à Auditoria Explícita (pela incipiência de avaliação com base em diretrizes clínicas). As evidências demonstraram que há utilização de diretrizes clínicas, mas que a maioria dos procedimentos ainda são pontuais, curativos e/ou reabilitadores. Destaca-se que a estratificação de risco foi observada em apenas uma UBS, o que dificulta a compreensão do perfil de risco da população adstrita, o planejamento das ações pelas equipes, e a adequada coordenação do cuidado. Para a gestão da clínica, deve-se gerir riscos coletivos e ambientais por meio da identificação de problemas de saúde, bem como de seus determinantes e condicionantes na população, de modo a se propor medidas de controle e melhoria na qualidade da atenção à saúde⁶.

Dentre os dificultadores para o alcance da pontuação nestas subdimensões, verificou-se a estrutura física deficitária (incluindo ausência de veículo para locomoção aos territórios, insuficiência no número de consultórios em relação ao número de profissionais e demanda, e falta de insumos, medicamentos e equipamentos); o absentismo de profissionais da ESF (independente da categoria profissional); a falta de Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e de profissionais do NASE, e a resistência de profissionais em aderir ao modelo de atenção proposto. Resultado semelhante foi encontrado em avaliação normativa da implantação da ESF no Brasil, conduzida pelo Departamento de Atenção Básica (DAB) entre 2001 e 2002, que envolveu questões relacionadas à estrutura física, gestão e processos de trabalho das UBS e foi feita por meio de questionário. Apontaram-se inadequações em consultórios de enfermagem e quantidade abaixo do requerido de equipamentos, insumos e medicamentos, restringindo a carteira de serviços ofertada na APS. Também se observou que profissionais, sobretudo médicos e dentistas, não cumpriam a carga horária contratada, denotando falta de adesão ao modelo de atenção proposto⁴⁵.

Estudo avaliativo conduzido em Minas Gerais e no Espírito Santo mostrou que a reordenação do modelo assistencial proposto pela ESF ainda tem sido distante, predominando o trabalho na lógica hospitalocêntrica na APS, com predomínio de ações curativas⁴⁶. De forma semelhante, outra avaliação da qualidade dos serviços de APS, segundo modelo de atenção, em uma região de saúde de São Paulo, também indicou deficiência na qualidade da atenção prestada, mesmo naquelas organizadas com base na ESF⁴⁷.

Nas UBS estudadas, as listas de espera estão, principalmente, relacionadas à regulação de encaminhamentos a outros níveis de atenção, mas estas não são transparentes à população, pois os usuários têm ciência do avançar da lista apenas em contatos presenciais com a UBS, gerando deslocamentos desnecessários, especialmente em se tratando de idosos. As evidências mostraram que as UBS somente possuem listas de espera para a área de saúde bucal, cujo tempo para o atendimento pode chegar a até 3 anos. Para os demais atendimentos, as UBS da RSO conseguem incluir os usuários eletivos em intervalo aproximado de 60 dias. No Chile, de modo semelhante, embora existam ferramentas de coordenação do cuidado, tais como prontuário eletrônico e protocolos, o cuidado é fragmentado e as filas de espera são elevadas, demonstrando a necessidade de maior protagonismo da APS para que se incorpore o papel de coordenadora de uma RAS⁴¹.

As sub-dimensões “incipientes” foram Humanização (especialmente pela fragmentação do cuidado e inexistência de projeto terapêutico singular) e Planejamento, Monitoramento e Avaliação dos Serviços de Saúde (pela ausência da utilização de planejamento de forma regular enquanto instrumento de gestão). A longitudinalidade, enquanto princípio da APS, requer acompanhamento contínuo do usuário e fortalecimento do vínculo entre população e equipe, com vigilância ativa e consequente redução no número de agravos por meio de condutas personalizadas¹⁴. Entretanto, sem a adequada dotação de profissionais nas equipes, principalmente de ACS, e sem a construção do Projeto Terapêutico Singular, usuários idosos não têm sido acolhidos em todas as suas necessidades, como propõe a clínica ampliada³⁸.

De modo geral, no DF, é perceptível o avanço teórico-metodológico que demonstram os novos caminhos a percorrer e fornecem opções de combinações tecnológicas para a promoção do envelhecimento e para o enfrentamento das situações e dos diferentes problemas que dele emergem. Contudo, os desafios persistem, uma vez que as tecnologias estão relacionadas ao “saber fazer” e a um “ir fazendo”⁴⁸, pois suas ações estratégicas são processos de intervenção e se estruturam como tecnologias relacionais, de encontros e de subjetividades. Isso faz com que seja necessário um “trabalho vivo”, voltado às necessidades dos indivíduos e construído em relações de confiança entre eles e os profissionais-serviço, que substitua o “trabalho morto”, médico-centrado e produtor de procedimentos⁴⁹.

Apesar dos avanços, é necessário superar os modelos de gestão verticalizados; aprimorar a formação dos profissionais de saúde, capacitando-os para um olhar humanístico da atenção e da gestão; vencer as barreiras da fragmentação, da mecanização do cuidado e da oferta em linhas de produção; e considerar as subjetividades que envolvem os processos de trabalho em saúde, pois a gestão em saúde é campo de saber e de atuação multifacetada, que demanda contínuo “des-re” construir “do fazer em saúde”, num movimento cíclico de se repensar os processos de trabalho para a constante promoção de melhorias.

Considerações finais

Assim como no Brasil, o DF apresenta mudanças em seu perfil de demográfico, o que aponta para a necessidade de adequação da APS à promoção da qualidade de vida na velhice. Em 2017, o DF implantou ESF em todas as UBS, entretanto a gestão ainda necessita de avanços na utilização de ferramentas de microgestão de modo a qua-

lificar o cuidado ofertado à população idosa e de fato transicionar de modelo de atenção tradicionalmente biomédico, baseado na demanda espontânea, para a ESF, com organização da oferta e responsabilização do território. A base de evidências verificada para a pontuação na Matriz de Avaliação mostrou que, apesar de alguns dificultadores relacionados à estrutura física e aos recursos humanos, houve ampliação do acesso a esse ciclo de vida, o que pode aumentar a satisfação desses usuários e, a longo prazo, a melhora clínica a partir da longitudinalidade do cuidado. Há necessidade de avanços na instrumentalização das equipes ESF já existentes, na contratação de novas equipes e de mecanismos que concedam autonomia gestora em casos de ausência de profissionais para a contratação de substitutos e/ou que regulem de modo mais eficiente o absenteísmo, identificado com unanimidade como um dos principais dificultadores na relação com a equipe ESF e comprometedor dos processos de trabalho na APS, para que se cumpram as demandas da legislação atual, e se garanta a integralidade da atenção aos usuários idosos.

Colaboradores

RCCS Sacco participou da concepção do projeto, da coleta, análise e interpretação dos dados, e da redação e aprovação da versão do texto a ser publicada. PRR Cardoso participou da interpretação dos resultados e da redação do texto. PMF Escalda, MG Assis e SMF Guimarães contribuíram com a interpretação dos dados, com a revisão crítica e aprovação da versão do texto a ser publicada.

Agradecimentos

À Fundação de Amparo à Pesquisa do Distrito Federal (FAPDF) e à Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes) pelo financiamento. E à Diretoria de Atenção Primária à Saúde da Região Oeste, da Secretaria de Saúde do Distrito Federal (DIRAPS-Oeste/SES/DF) pelo incentivo à realização da pesquisa.

Referências

1. Veras RP, Oliveira M. Envelhecer no Brasil: a construção de um modelo de cuidado. *Cien Saude Colet* 2018; 23(6):1929-1936.
2. Berlezi EM, Eickhoff HM, Oliveira KR, Dallepiane LB, Perlini NMOG, Mafalda A, Bueno C. Programa de atenção ao idoso: relato de um modelo assistencial. *Texto contexto - enferm* 2011; 20(2):368-370.
3. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). *Projeções da População - Brasil e Unidades da Federação por sexo e idade: Revisão 2018*. [acessado 2018 Jul 29]. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas-novoportal/sociais/populacao/9109-projecao-da-populacao.html?=&t=sobre>
4. Veras RP. Linha de cuidado para o idoso: detalhando o modelo. *Rev. Bras. Geriatr. Gerontol* 2016; 19(6):887-905.
5. Veras RP, Caldas CP, Motta LB, Lima KC, Siqueira RC, Rodrigues RTSV, Santos LMAM, Guerra ACLC. Integração e continuidade do cuidado em modelos de rede de atenção à saúde para idosos frágeis. *Rev. Saude Publica* 2014; 48(2):357-365.
6. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Portaria nº. 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no Âmbito do Sistema Único de Saúde. *Diário Oficial da União* 2010; 31 dez.
7. Mattos RA. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. *Os sentidos da integralidade*. Rio de Janeiro: CEPESC, IMS/UERJ; 2009. p. 43-68.
8. Moraes EN. *Atenção à saúde do Idoso: Aspectos Conceituais*. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS); 2012.
9. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Portaria nº. 2.528, de 19 de outubro de 2006. Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. *Diário Oficial da União* 2006; 20 out.
10. Organização Mundial de Saúde (OMS). *Relatório Mundial sobre Envelhecimento e Saúde. Resumo*. Geneva: OMS; 2015.
11. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Portaria nº. 2.436, de 21 de setembro de 2017. Estabelece a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial da União* 2017; 22 set.
12. Distrito Federal. Secretaria de Estado de Saúde (SES). Portaria nº. 77, de 14 de fevereiro de 2017. Estabelece a Política de Atenção Primária à Saúde do Distrito Federal. *Diário Oficial do Distrito Federal* 2017; 15 fev.
13. Distrito Federal. Secretaria de Estado de Saúde (SES). Portaria nº. 78, de 14 de fevereiro de 2017. Regulamenta o art. 51 da Portaria nº 77, de 2017, para disciplinar o processo de conversão da Atenção Primária à Saúde do Distrito Federal ao modelo da Estratégia Saúde da Família. *Diário Oficial do Distrito Federal* 2017; 15 fev.
14. Distrito Federal. Secretaria de Estado de Saúde (SES). *Protocolo de Atenção Saúde do Idoso*. [acessado 2018 Out 23]. Disponível em: http://www.saude.df.gov.br/wp-content/uploads/2018/04/Protocolo_Saude_do_Idoso.pdf
15. Rodrigues LBB, Silva PCS, Peruhype RC, Palha PF, Popolin MP, Crispim JA, Pinto IC, Monroe AP, Arcêncio RA. Atenção primária à saúde na coordenação das redes de atenção: uma revisão integrativa. *Cien Saude Colet* 2014; 19(2):343-352.
16. Santos AS, Karsch UM, Montañés CM. A rede de serviços de atenção à saúde do idoso na cidade de Barcelona (Espanha) e na cidade de São Paulo (Brasil). *Serv Soc Soc* 2010; 102:365-386.
17. Mendes EV. *As redes de atenção à saúde*. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011. 549p.
18. Ramos NP. *Avaliação da atenção à saúde da pessoa idosa e ao envelhecimento em serviços de atenção primária [tese]*. São Paulo: Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho; 2018.
19. Bonita R, Beaglehole R, Kjellstrom T. *Epidemiologia Básica*. 2ª ed. São Paulo: Santos; 2010.
20. Contandriopoulos AP, Champagne F, Denis JI, Pineault R. A avaliação na área da saúde: conceitos e métodos. In: Hartz ZMA, organizador. *Avaliação em Saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1997. p. 29-47.
21. Tanaka OY. Avaliação da atenção básica em saúde: uma nova proposta. *Saúde Soc* 2011; 20(4):927-934.
22. Companhia de Planejamento do Distrito Federal (Codeplan). *Pesquisa Distrital por Amostra de Domicílios, Ceilândia e Brazlândia. PDAD/DF 2015*. Brasília: Secretaria de Estado de Planejamento e Orçamento do Distrito Federal (SEPLAN); 2015.
23. Oliveira MLC, Amâncio TG, organizadoras. *Situações de saúde, vida e morte da população idosa residente no Distrito Federal*. Curitiba: CRV; 2016.
24. Hartz ZMA, Vieira-da-Silva LM, organizadoras. *Avaliação em saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde*. Salvador, Rio de Janeiro: EDUFBA, Fiocruz; 2005.
25. Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes). Escola Britannica. Enciclopédia Escolar. *Ipê. Artigo*. [acessado 2018 Out 20]. Disponível em: <https://escola.britannica.com.br/levels/fundamental/article/ip%C3%AA/483303>
26. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). *Sinopse do Censo Demográfico de 2010*. [acessado 2018 Out 1]. Disponível em: http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/default_sinopse.shtm
27. Cabral-Bejarano MS, Nigenda G, Arredondo A, Conill E. Rectoría y gobernanza: dimensiones estructurantes para la implementación de Políticas de Atención Primaria de Salud en el Paraguay, 2008-2017. *Cien Saude Colet* 2018; 23(7):2229-2238.
28. Miranda GMD, Mendes ACG, Silva ALA. O envelhecimento populacional brasileiro: desafios e consequências sociais atuais e futuras. *Rev. bras. geriatr. Gerontol* 2016; 19(3):507-519.
29. Duarte EC, Barreto SM. Transição demográfica e epidemiológica: a Epidemiologia e Serviços de Saúde revisita e atualiza o tema. *Epidemiol. Serv. Saúde* 2012; 21(4):529-532.

30. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). *Projeções da População – Brasil e Unidades da Federação por sexo e idade: Revisão 2018*. [acessado 2018 jul 29]. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas-novoportal/sociais/populacao/9109-projecao-da-populacao.html?=&t=sobre>
31. Companhia de Planejamento do Distrito Federal (Codeplan). *Perfil dos Idosos no Distrito Federal segundo Regiões Administrativas*. Brasília: Secretaria de Estado de Planejamento e Orçamento do Distrito Federal (SEPLAN); 2013.
32. Bara VMF, Paz EPA, Guimarães RM, Silva BF, Gama BBM, Moratelli L. Diagnóstico de utilização do instrumento de avaliação da atenção primária à saúde – PCA-Tool – Brasil versão adulto – para população idosa. *Cad Saude Colet* 2015; 23(3):330-335.
33. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Coordenação Geral de Saúde Mental. *Relatório de Gestão 2003-2006: Saúde Mental no SUS: Acesso ao Tratamento e Mudança no Modelo de Atenção*. Brasília: MS; 2007.
34. 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.
35. Oliveira FB. *Gestão da clínica e clínica ampliada: sistematizando e exemplificando princípios e proposições para a qualificação da assistência hospitalar* [dissertação]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca; 2008.
36. Araújo SNM, Santiago RF, Barbosa CNS, Figueiredo ML, Andrade EMLR, Nery IS. Tecnologias voltadas para o cuidado ao idoso em serviços de saúde: uma revisão integrativa. *Enfermería Global* 2017; 46(1):579-595.
37. Campos GWS. *Saúde Paidéia*. São Paulo: Hucitec; 2003.
38. Campos GWS, Amaral MA. A clínica ampliada e compartilhada, a gestão democrática e redes de atenção como referenciais teórico-operacionais para a reforma do hospital. *Cien Saude Colet* 2007; 12(4):849-859.
39. Oliveira EB, Hauser L, Duncan BB, Harzheim E. Avaliação da qualidade do cuidado a idosos nos serviços da rede pública de Atenção Primária à Saúde de Porto Alegre, RS, Brasil. *Rev Bras Med Fam Comunidade* 2013; 8(29):264-273.
40. Araújo LUA, Gama ZAS, Nascimento FLA, Oliveira HFV, Azevedo WM, Almeida Júnior HJB. Avaliação da qualidade da atenção primária à saúde sob a perspectiva do idoso. *Cien Saude Colet* 2014; 19(8):3521-3532.
41. Almeida PF, Oliveira SC, Giovannella L. Integração de rede e coordenação do cuidado: o caso do sistema de saúde do Chile. *Cien Saude Colet* 2018; 23(7):2213-2228.
42. Silva DAI, Tavares MFL. Ação intersetorial: potencialidades e dificuldades do trabalho em equipes da Estratégia Saúde da Família na cidade do Rio de Janeiro. *Saúde debate* 2016; 40(111):93-205.
43. Cavalcante P, Carvalho RN, Medeiros KT. Intersetorialidade, políticas sociais e velhice no Brasil: entre a falácia e a efetivação do direito social. *Polêmica* 2012; 11(4):628-634.
44. Bastos ENE, Medeiros JA, Amaral MES, Maerschner RL. O desenvolvimento do papel de apoiador institucional em Fortaleza, Ceará. In: Campos GWS, Guerrero AV, organizadores. *Manual de práticas de atenção básica*. São Paulo: Hucitec; 2010. p.388-411.
45. Brasil. Ministério da Saúde (MS). *Avaliação normativa do Programa de Saúde da Família no Brasil: monitoramento da implantação e funcionamento das equipes de saúde da família: 2001-2002*. Brasília: MS; 2004.
46. Camargo Junior KR, Campos EMS, Teixeira MTS, Mascarenhas MTM, Mauad NM, Franco TB. Avaliação da atenção básica pela ótica político-institucional e da organização da atenção com ênfase na integralidade. *Cad Saude Publica* 2008; 24(Supl. 1):S58-S68.
47. Samoto AK. *Avaliação da qualidade dos serviços de Atenção Básica, segundo modelo de atenção, na Região de Saúde do Rio Pardo-SP* [dissertação]. São Paulo: Secretaria de Estado da Saúde; 2013.
48. Silva DC, Alvin NAT, Figueiredo PA. Tecnologias leves em saúde e sua relação com o cuidado de enfermagem hospitalar. *Esc Anna Nery Rev Enferm* 2008; 12(2):291-298.
49. Merhy EE, Franco TB. Por uma composição técnica do trabalho em saúde centrada no campo relacional e nas tecnologias leves. Apontando mudanças para modelos tecno-assistenciais. *Saúde em Debate* 2003; 27(65):316-323.

Artigo apresentado em 30/01/2019

Aprovado em 06/02/2019

Versão final apresentada em 26/03/2019

