UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM

CAROLINA DE MIRANDA SANTIAGO

AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE SOB A PERSPECTIVA DO IDOSO INTERNADO POR CONDIÇÕES SENSÍVEIS NA UPA DE FRANCO DA ROCHA

SÃO PAULO
2016

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

ESCOLA DE ENFERMAGEM

CAROLINA DE MIRANDA SANTIAGO

AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE SOB A PERSPECTIVA DO IDOSO INTERNADO POR CONDIÇÕES SENSÍVEIS NA UPA DE FRANCO DA ROCHA

Versão corrigida da Dissertação Apresentada ao Programa de Pós-graduação da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestre em Atenção Primária em Saúde no Sistema Único de Saúde sob orientação do Prof. Dr. Francisco Oscar de Siqueira França.

VERSÃO CORRIGIDA

A versão original encontra-se disponível na Biblioteca da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo e na Biblioteca Digital de Teses e Dissertações da Universidade de São Paulo.

Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 419, São Paulo, 05403-000

SÃO PAULO
2016

AUTORIZO A REPRODUÇÃO E DIVULGAÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTE TRABALHO, POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO, PARA FINS DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE.

Assinatura:

Data: 24/10/2016

Catalogação na Publicação (CIP)

Biblioteca "Wanda de Aguiar Horta"

Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo

Santiago, Carolina de Miranda

Avaliação da qualidade da atenção primária à saúde sob a perspectiva do idoso internado por condições sensíveis na UPA de Franco da Rocha / Carolina de Miranda Santiago. São Paulo, 2016. 64 p.

Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.
Orientador: Prof. Dr. Francisco Oscar de Siqueira França
Área de concentração: Atenção Primária em Saúde

1. Idosos. 2. Pacientes internados. 3. Condições de saúde. 4. Doença crônica. 5. Atenção primária à saúde. 6. PCATool.

Nome: Carolina de Miranda Santiago

Título: Avaliação da Qualidade da Atenção Primária à Saúde sob a perspectiva do idoso internado por condições sensíveis na UPA de Franco da Rocha

Versão Corrigida da Dissertação Apresentada ao Programa de Pós-graduação da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestre em Atenção Primária em Saúde no Sistema Único de Saúde sob orientação do Prof. Dr. Francisco Oscar de Siqueira França.

Tese defendida em: 02 de Dezembro de 2.016

Presidente: Prof(a) Dr(a) Francisco Oscar de Siqueira França

1º Examinador(a): Prof(a) Dr(a) João Henrique Gurtler Scatena

Instituição: Instituto de Saúde Coletiva - Universidade Federal de Mato Grosso - UFMT

Assinatura:

2º Examinador(a): Prof(a) Dr(a) Helena Akemi Wada Watanabe

Instituição: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo - USP

Assinatura:

3º Examinador(a): Prof(a) Dr(a) Sayuri Tanaka Maeda

Instituição: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo - EEUSP

Assinatura:

DEDICATÓRIA:

Dedico este trabalho ao meu avô paterno Prof. Dr. Alberto Alves Santiago, engenheiro, professor, escritor, autor de diversas obras relacionadas às raças de gado no Brasil. Uma inspiração de dedicação ao trabalho e à família. Homem nobre, amoroso e inteligentíssimo, que desde minha infância me incentivou a estudar. Sempre orientando que a única coisa que levamos até o fim de nossos dias e que é nossa maior fonte de riqueza é nossa sabedoria. Ensinamentos que impulsionaram minha busca por conhecimento.

AGRADECIMENTOS:

Ao meu orientador Prof. Francisco Oscar de Siqueira França pela paciência, incentivo e o auxílio a mim dedicado. Empenho no desenvolvimento desta dissertação, além de todo o entusiasmo e suporte que sempre me proporcionou. À Prof. Maria Rita Bertolozzi, que também nos apoiou em momentos difíceis. Agradeço a ambos pela compreensão, pela sensatez e sapiência que possibilitaram a efetivação deste árduo projeto.

Aos professores que compuseram a banca de exame de qualificação, pela disposição e consideração pela leitura de meu texto. Que fizeram de suas críticas pilares fundamentais no direcionamento e desenvolvimento deste trabalho.

A todos os professores que compõe a grade do Mestrado Profissionalizante em Atenção Primária, pelo interesse em ensinar de forma categórica e estimulante.

Ao meu cônjuge Heverton Azevedo Freire que sempre esteve ao meu lado me apoiando, incentivando e às vezes até me carregando em prol do meu desenvolvimento profissional e acadêmico, sem nunca pestanejar.

A todos os entrevistados que fizeram parte desta pesquisa e que propiciaram o desenvolvimento deste.

Aos meus pais que trabalharam muito para me prover a educação, responsabilidade e competência com que direciono minha vida.

Às diretoras Alessandra Maria Rocha de Miranda e Dione Aparecida Lins Piques e a Gerente Evelin Bavaro Diniz, as quais possibilitaram e incentivaram a execução deste, dentro da Secretaria Municipal de Saúde de Franco da Rocha.

À secretária de saúde de Franco da Rocha Lorena Rodrigues e seu secretário adjunto Marcelo Simões que acreditam no meu potencial profissional.

Agradeço também aos que não foram citados, mas que sabem ter sido necessários para o desenvolvimento desta dissertação.

RESUMO: **Introdução**: O aumento da população idosa no Brasil e no mundo tem ocasionado, na maioria dos países, mudança no perfil epidemiológico das enfermidades nesta população, com aumento da incidência e da prevalência de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) e redução destes indicadores relacionados particularmente às doenças infecciosas de evolução aguda. A população de idosos representa, atualmente, 6% de toda a população e estimativas do IBGE e que a mesma quadruplicará até 2060. O controle adequado das internações por condições sensíveis à atenção primária (ICSAP) a saúde através da ampliação da estratégia de saúde da família (ESF) pode reduzir os gastos do sistema de saúde ao diminuir o número de ICSAP dos idosos. **Objetivo**: O estudo teve como objetivos analisar as causas de Internação por Condições Sensíveis a Atenção Primária (ICSAP) em Unidade de Pronto Atendimento no Município de Franco da Rocha (UPAFR) e avaliar a extensão e a qualidade das ações desenvolvidas na AP deste município nos anos de 2015 e 2016. **Métodos**: As informações relativas às admissões dos idosos foram obtidas em prontuários de pacientes da UPAFR em dois anos consecutivos (2015-2016), no mesmo período (Janeiro a Abril). A avaliação da extensão e da qualidade das ações desenvolvidas na AP deste município foram realizadas através da ferramenta PCATool. **Resultados**: Em 2015 foram admitidos 480 pacientes, 202 eram idosos (40,5%) e destes 173 apresentavam enfermidade definida como CSAP (86,6% das causas de internação dos idosos). Em 2016 foram admitidos 442 pacientes, sendo 198 idosos e dentre estas admissões 163 foram por CSAP (82,3%). A avaliação da extensão e da qualidade das ações foi realizada por meio do PCATool-Brasil, aplicado a idosos internados na mesma Unidade de Saúde, no período de março a maio de 2016. O PCATool foi aplicado a 42 idosos. Vinte e três (54,8%) eram homens, com idade que variou entre 60 e 91 anos e mais de 80% das admissões foram por CSAP. A avaliação evidenciou razoável acessibilidade, mas as médias dos demais atributos (longitudinalidade, coordenação: integração de cuidados e sistema de informações, integralidade, orientação familiar e orientação comunitária) obtiveram escore baixo (< 6,6). **Conclusões**: As admissões por CSAP são extremamente frequentes na UPAFR. A avaliação evidenciou que há acesso adequado mas a longitudinalidade, a coordenação, a integração de cuidados e sistema de informações, a integralidade, a orientação familiar e, particularmente, a orientação comunitária foram avaliados como inadequados. O estudo apresenta elementos importantes para orientar os gestores municipais quanto às ações que devem ser adotados na AP, incluindo prevenção, promoção e educação em saúde. **Palavras-chave:** 1. Idosos. 2. Pacientes internados. 3. Condições de saúde. 4. Doença crônica. 5. Atenção primária à saúde. 6. PCATool.

ABSTRACT: Introduction: The increase of the elderly population in Brazil and in the world has caused in most countries a change in the epidemiological profile of diseases in this population, with an increase in the incidence and prevalence of chronic noncommunicable diseases, Infectious diseases of acute evolution. The population of the elderly currently represents 6% of the total population and estimates of the IBGE and that it will quadruple by 2060. The adequate control of hospitalizations for ambulatory care-sensitive conditions (ACSC) to health through the expansion of the Family health strategy of the (FHS) can reduce health care spending by decreasing the number of hospitalizations by ACSC for the elderly. **Objective:** The objective of this study was to analyze the causes of hospitalization by ACSC in the Emergency Room in the Municipality of Franco da Rocha and to evaluate the extent and quality of the actions developed in the ambulatory care of this municipality in Years of 2015 and 2016. **Methods:** Data on the admissions of the elderly were obtained in patient records of the UPAFR in two consecutive years (2015-2016), in the same period (January to April). The evaluation of the extent and quality of the actions developed in the ER of this municipality were carried out through the Primary Care Assessment Tool (PCATool). **Results:** In 2015, 480 patients were admitted, 202 were elderly (40.5%) and of these 173 had a disease defined as ACSC (86.6% of the causes of hospitalization of the elderly). In 2016, 442 patients were admitted, of which 198 were elderly and 163 of them were ACSC patients (82.3%). The evaluation of the extent and quality of the actions was carried out through PCATool-Brazil, applied to the elderly hospitalized in the same Health Unit, from March to May 2016. PCATool was applied to 42 elderly people. Twenty-three (54.8%) were men, ranging in age from 60 to 91 years and more than 80% of admissions were by ACSC. The evaluation showed reasonable accessibility, but the means of the other attributes (longitudinality, coordination: care integration and information system, comprehensiveness, family orientation and community orientation) obtained a low score (<6,6). **Conclusions:** ACSC admissions are extremely frequent in UPAFR. The evaluation showed that there is adequate access but longitudinality, coordination, care integration and information system, completeness, family orientation and particularly community orientation were assessed as inadequate. The study presents important elements to guide municipal managers in relation to actions that should be adopted in the ER, including prevention, promotion and health education.

Palavras-chave: 1. Elderly people. 2. Inpatients. 3. Health conditions. 4. Chronic disease. 5. Primary health care. 6. PCATool.

SUMÁRIO **PÁGINAS**

1.INTRODUÇÃO 10

1.1 O MUNICÍPIO DE FRANCO DA ROCHA 17

1.2 CARACTERÍSTICAS DA SAÚDE NO MUNICÍPIO 20

2. OBJETIVOS 26

2.1 OBJETIVO GERAL 26

2.2 OBJETIVOS SECUNDÁRIOS 26

3. METODOLOGIA 27

4. RESULTADOS E DISCUSSÃO 30

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS 45

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRAFICAS 47

4. ANEXOS 51

LISTA ABREVIATURAS E SIGLAS

AB – Atenção Básica

AP – Atenção Primária

ACS - Agentes Comunitários de Saúde

APS – Atenção Primária à Saúde

AVC – Acidente Vascular Cerebral

BCP - Broncopneumonia

CFM – Conselho Federal de Medicina

CID – Classificação Internacional de Doenças

CNPq – Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico

CSAP – Condições Sensíveis a Atenção Primária

DCV – Doença Cardiovascular

DCNT - Doenças Crônicas Não Transmissíveis

DPOC - Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica

EEUSP – Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo

ESF – Estratégia Saúde da Família

HAS – Hipertensão Arterial Sistêmica

IAM – Infarto Agudo do Miocárdio

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IC 95% – Intervalo de 95% de confiança

ICC – Insuficiência Cardíaca Congestiva

ICSAP – Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária

IDH – Índice de Desenvolvimento Humano

ITU – Infecção do Trato Urinário

MS – Ministério da Saúde

NASF - Núcleo de Apoio à Saúde da Família

PCATool – Primary Care Assessment Tool

PSF – Programa Saúde da Família

UPAFR- Unidade de Pronto Atendimento de Franco da Rocha

1. INTRODUÇÃO

A esperança de vida da população brasileira e mundial vem aumentando. A redução da fecundidade e o declínio da mortalidade diminuem a parcela dos grupos etários mais jovens no total da população, e o aumento relativo e absoluto da população idosa.

Esse aumento na expectativa de vida relaciona-se com os avanços na medicina, na saúde pública, nas melhores condições alimentares, como aumento de renda, no controle de vetores causadores de doenças infecciosas. Projeções populacionais da ONU indicam que a esperança de vida média chegará a 76 anos entre 2045 e 2050, sendo que, segundo a OMS (2010), nas regiões menos desenvolvidas, poderá atingir 74 anos e nas mais desenvolvidas os 83 anos. (Campino et al., 2013).

Essa transição, no Brasil, tem sido observada desde 1960, devido à significativa queda da fecundidade e o aumento da longevidade dos brasileiros. Apenas para elucidar, em 1960 a taxa de fecundidade era de aproximadamente 6,28 filhos por mulher, reduzindo-se para 1,9 filho por mulher em 2010, representando uma redução de aproximadamente 70%. Neste mesmo período, a expectativa de vida aumentou em 25 anos e projeções mostram que em 2050, segundo dados do IBGE (2012), o percentual de pessoas consideradas idosas, ou seja, acima de 60 anos, chegará a 30% da população do país. Como consequência da longevidade teremos uma mudança no perfil epidemiológico, isto porque quanto mais idosa a população, maiores os riscos de desenvolvimento de doenças crônicas não transmissíveis, em detrimento das doenças infectocontagiosas. Desta forma, podemos presumir que as mudanças demográficas e epidemiológicas terão um grande impacto nos gastos em saúde pública e em previdência social. (Campino et al., 2013).

As condições de saúde da população idosa podem ser determinadas pelos perfis de morbidade e mortalidade, pela utilização dos serviços de saúde e pelo seu grau de dependência devido aos déficits físicos e/ou cognitivos. Muitas das causas de morbidade são ocasionadas por Condições Sensíveis à Atenção Primária (CSAP), ou seja, são problemas de saúde que podem ser assistidos e atendidos nesta área da saúde e que, sem a devida atenção, levam à hospitalização.

Segundo Alfradique (2009), no contexto internacional, observam-se diversas investigações sobre indicadores da utilização hospitalar como medida da efetividade da

atenção primária à saúde. Um desses indicadores, denominado “ambulatory care-sensitive conditions”, foi desenvolvido por Billings na década de 1990, como resultado do conceito de mortes evitáveis, traduzindo livremente para o português como condições sensíveis à atenção primária e, representam um conjunto de problemas de saúde para os quais a efetiva ação da atenção primária diminuiria o risco de internações causadas por estas enfermidades ou suas complicações. Essas atividades, como a prevenção de doenças, o diagnóstico e o tratamento precoce de patologias agudas, o controle e acompanhamento de patologias crônicas, devem ter como consequência a redução das internações hospitalares por complicação dessas doenças.

Elevadas taxas de internações por condições sensíveis à atenção primária em uma população, ou subgrupo(s) desta, podem indicar sérios problemas de acesso ao sistema de saúde ou de seu desempenho. Esse excesso de internações representa um sinal de alerta, que pode acionar mecanismos de análise e busca de explicações para a sua ocorrência. Vários estudos demonstram que altas taxas de internações por condições sensíveis à atenção primária estão associadas a deficiências na cobertura dos serviços e/ou à baixa resolutividade da atenção primária para determinados problemas de saúde Trata-se, portanto, de um indicador valioso para monitoramento e a avaliação. (Alfradique et al., 2009).

O uso das internações por condições sensíveis à atenção primária como indicador do acesso e qualidade da atenção primária foi inicialmente estudado nos Estados Unidos e posteriormente em outros países. No Brasil, investigações sobre tais internações são ainda incipientes, embora elas sejam cogitadas para estratégias de monitoramento do desempenho da Estratégia Saúde da Família (ESF) em alguns estados e municípios, entre eles Minas Gerais, Ceara e Curitiba. (Alfradique et al., 2009).

O Brasil tem experimentado grandes mudanças na estrutura do Sistema Único de Saúde (SUS). Em particular, a partir de 1994, o Programa Saúde da Família (PSF), posteriormente ampliado para o atual ESF, foi desenvolvido com a finalidade de melhorar o acesso à atenção primária e a qualidade desta em todo o país. Seu caráter estruturante dos sistemas municipais de saúde tem provocado um importante movimento com o intuito de reordenar o modelo de atenção no SUS. A estratégia busca maior racionalidade na utilização dos demais níveis assistenciais e tem produzido resultados positivos no que se refere à avaliação dos usuários, dos gestores e dos profissionais de saúde; à oferta de ações de saúde e ao acesso e uso de serviços e à redução da mortalidade infantil. Entretanto, não existem

indicadores, com base em dados secundários, que possam ser utilizados para avaliar o impacto da saúde da família no sistema de saúde brasileiro. (Alfradique et al., 2009).

O propósito de adaptar uma lista brasileira de internações por condições sensíveis à atenção primária foi o de desenvolver mais uma ferramenta que auxilie na avaliação da atenção primária no país e comparar seu desempenho. A institucionalização do uso de indicadores como as internações por condições sensíveis à atenção primária faz parte de uma estratégia para aprimorar o planejamento e a gestão dos serviços de saúde por autoridades nacionais, estaduais e locais. De uma maneira geral, os estudos brasileiros apontam para a redução das internações por condições sensíveis à atenção primária no SUS entre residentes no Estado de Minas Gerais e no Rio Grande do Sul. Contudo, existem algumas limitações para interpretação das tendências dessas internações: primeiro, o uso de diferentes listas de internações por condições sensíveis à atenção primária, dificultando a comparação de resultados; segundo, a ausência de informações que permitam examinar as tendências dessas internações em relação às outras causas de hospitalizações. O Ministério da Saúde fez diversas consultas a especialistas brasileiros para elaborar a primeira lista brasileira de internações por condições sensíveis à atenção primária. Alfradique (2009) descreve as etapas que levaram à elaboração dessa lista, os diagnósticos nela incluídos e a tendência das internações por condições sensíveis à atenção primária em comparação às internações por outras causas pelo SUS. Algumas condições de saúde, a atenção primária oportuna e de boa qualidade podem evitar a hospitalização ou reduzir sua frequência. Isso significa que o cuidado deve ser resolutivo e abrangente, de forma que a referência se dará somente naqueles casos raros e incomuns que extrapolarem sua competência, sendo responsabilidade da atenção primária a coordenação do cuidado daqueles que utilizarem serviços em outros níveis de atenção, tornando-os integrados.

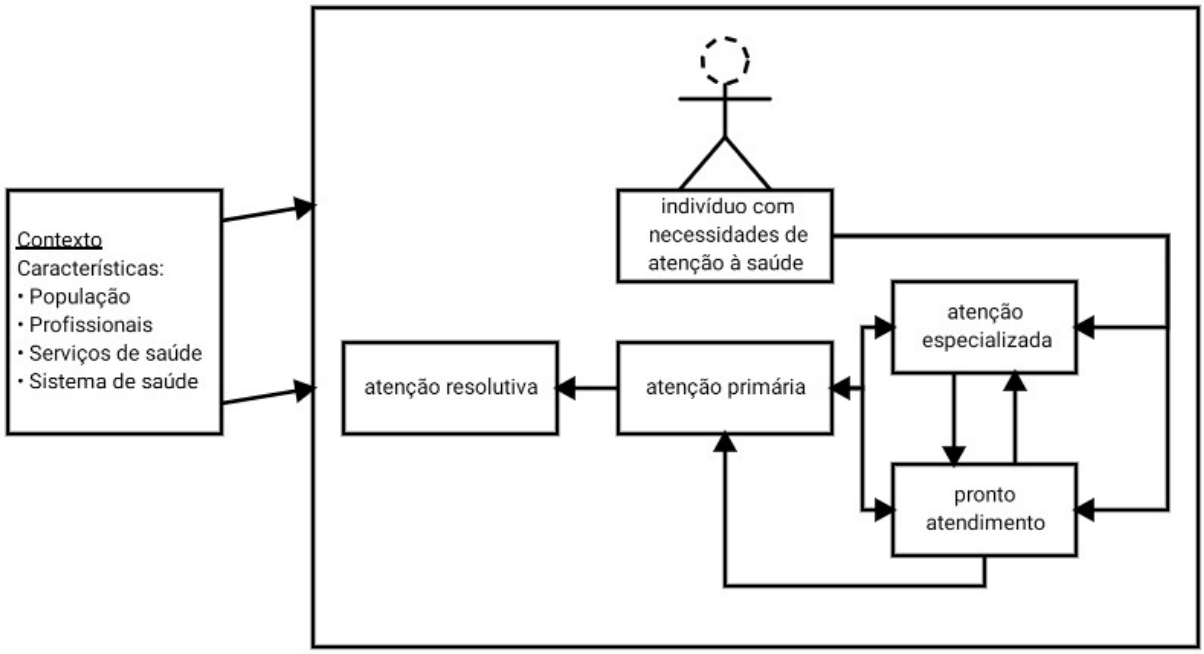
Desta forma, entende-se a atenção primária como a provisão, a uma população definida, do primeiro contato, focado na pessoa e continuado ao longo do tempo, acessível, a fim facilitar a obtenção do cuidado quando necessário. Optou-se por utilizar o termo atenção primária à saúde, em detrimento do mais utilizado nas políticas nacionais, atenção básica, pela sua correspondência ao termo internacionalmente conhecido primary health care. Considera-se que as hospitalizações por doenças infecciosas preveníveis por meio de imunização (sarampo, tétano e difteria, entre outras) podem ser evitadas e que também é possível evitar, em geral, aquelas cujas complicações podem ser atenuadas por meio de diagnóstico e

tratamento precoces (como gastroenterites). Igualmente, considera-se que, sendo de qualidade, a atenção primária à saúde reduza a frequência e as hospitalizações por complicações agudas de doenças não transmissíveis (por exemplo, coma diabético), assim como reduza as readmissões e o tempo de permanência no hospital por diversas doenças (entre as quais, o exemplo mais proeminente é a insuficiência cardíaca congestiva. Na Figura 1 está apresentada a sequência das possibilidades de percurso de um paciente com uma enfermidade desde sua procura pela atenção à saúde até o seu desfecho.

A Lista de Condições Sensíveis à Atenção Primária (CSAP) foi elaborada pelo MS (2008). Esta lista é composta por vinte grupos de causas e é resultado de um longo trabalho de validação por consenso de especialistas. A literatura tem mostrado uma relação inversamente proporcional entre o acesso a serviços ambulatoriais que compõem a atenção primária e a queda nos números de hospitalizações por CSAP. (Fachini et al., 2010*)*.

Segundo Alfradique (2009), é possível contextualizar as internações por condições sensíveis conforme a figura que segue:

Figura 1. Contextualização das ICSAP



(Alfradique et al., 2009).

Lista 1. de internações sensíveis à atenção primária, por grupos de diagnósticos		
Grupo	Diagnóstico	CID -10
1. Doenças imunizáveis		
1.1	Coqueluche	A37
1.2	Difteria	A36
1.3	Hepatite B	B16
1.4	Meningite por Haemophilus	G00.0
1.5	Meningite Tuberculosa	A17.0
1.6	Parotidite	B26
1.7	Rubéola	B06
1.5	Sarampo	B05
1.9	Tétano	A33-A35
1.10	Tuberculose miliar	A19
2. Condições Evitáveis		
2.1	Febre reumática	I00-I02
2.2	Sífilis	A51-A53
2.3	Tuberculoses	A15.4-A15.9, A16.3-A16.9, A17.1-A17.9
2.4	Tuberculose Pulmonar	A15.0-A15.3, A16.0-A16.2
3. Gastroenterites Infecciosas		
3.1	Desidratação	E86
3.2	Gastroenterites	A00-A09
4. Anemia		
4.1	Deficiência de ferro	D50
5. Deficiências nutricionais		
5.1	Kwarshiorkor e demais desnutrições protéico-calóricas	E40-E46
5.2	Outras deficiências nutricionais	E50-E64
6. Infecções de ouvido. Nariz e garganta		
6.1	Amigdalite aguda	J03
6.2	Faringite aguda	J02
6.3	Infecção aguda de vias aéreas superiores	J06
6.4	Nasofaringite aguda (resfriado comum)	J00
6.5	Otite média supurativa0	H66
6.6	Rinite, nasofaringite e faringite crônica	J31
6.7	Sinusite aguda	J01
7. Pneumonias bacterianas		
7.1	Bacteriana não especificada	J15.8, J15.9
7.2	Lobar não especificada	J18.1
7.3	por Haemophilus Inluenzae	J14
7.4	Pneumocócica	J13

Lista de internações sensíveis à atenção primária, por grupos de diagnósticos		
Grupo	Diagnóstico	CID -10
7.5	por *Streptococus*	J15.3, J15.4
8. Asma		
8.1	Asma	J45, J46
9. Doenças das vias aéreas inferiores		
9.1	Bronquite aguda	J20, J21
9.2	Bronquite não especificada como aguda ou crônica	J40
9.3	Bronquite crônica simples e a mucopurulenta	J41
9.4	Bronquite crônica não especificada	J42
9.5	Bronquectasia	J47
9.6	Enfisema	J43
9.7	Outras doenças pulmonares obstrutivas crônicas	J44
10. Hipertensão		
10.1	Doença cardíaca hipertensiva	I11
10.2	Hipertensão essencial	I10
11. Angina pectoris		
11.1	Angina pectoris	I20, I24
12. Insuficiência cardíaca		
12.1	Insuficiência cardíaca	I50
12.2	Edema agudo do pulmão	J81
13. Doenças cérebro-vasculares		
13.1	Doenças cérebro-vasculares	I63-I67, I69, G45, G46
14. Diabetes mellitus		
14.1	Com coma ou cetoacidose	E10.0-E10.1, E11.0-E11.1, E12.0-E12.1, E13.0-E13.1, E14.0-E14.1
14.2	sem complicações específicas	E10.9, E11.9
14.3	com complicações (renais, oftalmológicas, neurológicas, circulatórias, periféricas, outras, múltiplas, não especificadas)	E10.2-E10.8, E11.2-E11.8, E12.2-E12.8, E13.2-E12.8, E14.2-E14.8
15. Epilepsias		
15.1	Epilepsias	G40, G41
16. Infecção no rim e trato urinário		
16.1	Nefrite túbulo-intersticial aguda	N10
16.2	Nefrite túbulo-intersticial crônica	N11

Lista de internações sensíveis à atenção primária, por grupos de diagnósticos		
Grupo	Diagnóstico	CID -10
16.3	Nefrite túbulo-intersticial não especificada aguda ou crônica	N12
16.4	Infecção do trato urinário de localização não especificada	N39.0
17. Infecção de pele e tecido subcutâneo		
17.1	Abscesso cutâneo, furúnculo e carbúnculo	L02
17.2	Celulite	L03
17.3	Impetigo	L01
17.4	Linfadenite aguda	L04
17.5	Infecção do trato urinário de localização não especificada	N39.0
18. Doença inflamatória de órgãos pélvicos femininos		
18.1	Salpingite e ooforite	N70
18.2	Doença inflamatória do útero (exceto colo)	N71
18.3	Doença inflamatória do colo do útero	N72
18.4	Outras doenças inflamatórias pélvicas femininas	N73
18.5	Outras afecções inflamatórias da vagina e vulva	N76
18.6	Doenças da Glândula de Bartholin	N75
19. Úlceras gastrointestinas		
19.1	Úlcera gastrointestinal com hemorragia e/ou perfuração	K25-K28, K92.0, K92.1, K92.2
20. Doenças relacionadas ao pré-natal e parto		
20.1	Infecção do trato urinário na gravidez	O23
20.2	Sífilis congênita	A50
20.3	Síndrome da rubéola congênita	P35.0

Fonte: Internações por condições sensíveis à atenção primária: a construção da lista brasileira como ferramenta para medir o desempenho do sistema de saúde (Projeto ICSAP – Brasil). Alfradique, et al., 2009.

1.1 O MUNICÍPIO DE FRANCO DA ROCHA

O estudo foi realizado no município de Franco da Rocha e a avaliação das admissões por CSAP foi feita no único serviço de Pronto Atendimento da cidade, no qual sua população é hospitalizada e encaminhada ao nível de Atenção Terciário, quando necessário, ou encaminhada conforme fluxos que serão a seguir apresentados.

Figura 2. Mapa Mesorregião Metropolitana de São Paulo, Município de Franco da Rocha hachurado em vermelho.

Fonte: https://pt.wikipedia.org/wiki/Franco_da_Rocha

Segundo o site oficial da prefeitura de Franco da Rocha:

No mapa acima visualizamos que Franco da Rocha está inserida na região metropolitana de São Paulo. Trata-se de uma cidade-dormitório na qual grande parte dos

munícipes permanece a maior parte do dia na cidade de São Paulo a trabalho, retornando apenas para dormir e passar os finais de semana em suas casas.

A cidade de Franco da Rocha tem sua primeira documentação datada em 1627 e, até o século XIX era uma região que servia para reabastecimento e descanso para os bandeirantes ou como posto de abastecimento para aqueles que se dirigiam ao Estado de Minas Gerais.

Figura 3. Complexo Hospitalar do Juquery em Franco da Rocha

Fonte: http://www.francodarocha.sp.gov.br/franco/index/acidade/1

Onde hoje se encontra o município, existiam, no passado, grandes fazendas. No ano de 1807, surgiram as primeiras escrituras, como a do sítio Borda da Mata, que em 1866 foi vendido para a Estrada de Ferro São Paulo Railway, com as fazendas Belém e Cachoeira, onde anos depois a cidade começaria "a mudar de ares", com a inauguração da estação de trem.

A estação do Juquery foi fundada em 1º de fevereiro de 1888. O desenvolvimento da cidade prosseguiu com um fato marcante, que mudaria para sempre a vida no município com a instalação do Hospital Psiquiátrico no Juquery.

Sua construção, em uma área de 150 hectares, começa em 1894, com o projeto do arquiteto Ramos de Azevedo, denominada Colônia Agrícola do Juquery, para suprir a demanda de pacientes mentais. Inaugurado com capacidade inicial de 800 leitos, o Hospital ocupava um terreno à margem da linha férrea, próximo à estação Juquery. Com o passar dos

anos as terras da Quarta Colônia foram incorporadas ao patrimônio do Hospital. Na Quarta Colônia, aliás, foi instalada a usina elétrica do hospital, que durante anos forneceu energia também para a estação Juquery e para todo o povoado. Com o falecimento do Sr. Frederico Alvarenga, em 1896, o Doutor Francisco Franco da Rocha, a serviço do Governo do Estado, foi designado para administrar o maior Hospital Psiquiátrico da Brasil e da América Latina.

Franco da Rocha foi elevado a distrito do município de Mairiporã, em 21 de setembro de 1934, e em 30 de novembro de 1944, Franco da Rocha tornou-se uma cidade autônoma.

Na tabela 1, verificamos os dados populacionais conforme IBGE (2010), na qual verificamos que 6% de população do município é composta por idosos.

Tabela 1. Dados Populacionais do Município de Franco da Rocha

População estimada 2015 [(1)]	145.755
População 2010	131.604
População com 60 anos ou mais Masculina	4.669
População com 60 anos ou mais Feminina	5.355
População Idosa total	10.024
Área da unidade territorial (km²)	132,775
Densidade demográfica (hab/km²)	980,95
Código do Município	3516408
Gentílico	franco-rochense

Prefeito FRANCISCO DANIEL CELEGUIM DE MORAIS

Fonte: IBGE, Censo Demográfico 2010.

1.2. CARACTERÍSTICAS DA SAÚDE NO MUNICÍPIO

Segundo site do CREMESP, o início do processo de esvaziamento dos hospitais psiquiátricos no Brasil se deu com a edição da Lei Federal 10.216, de abril de 2001, que pôs fim ao confinamento de pessoas com distúrbios mentais crônicos e visava a reinserção social do paciente psiquiátrico por meio da família e do apoio dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPSs).

Com a aprovação da lei, o Hospital Juqueri, localizado em Franco da Rocha e um dos símbolos do surgimento da psiquiatria no Brasil, começou a modificar a imagem que carregava desde a década de 1930: a de uma instituição marcada pela superlotação e pelos maus tratos.

Inaugurado em 1898 como *Asilo Colônia da Sucursal do Juquery do Hospício de Alienados de São Paulo*, o hospital teve como idealizador e primeiro diretor o médico psiquiatra *Francisco Franco da Rocha*, que buscou nas colônias agrícolas de reabilitação francesas a inspiração para o empreendimento.

Projetado pelo arquiteto *Francisco de Paula Ramos de Azevedo*, sob encomenda de Franco da Rocha e do governador do Estado de São Paulo, *José Alves de Cerqueira César* – que exigiam uma área ampla, com muita água, perto da Capital e de fácil acesso por trem – o hospital começou a ser construído em 1894, em um terreno de 600 mil metros quadrados, próximo ao rio Juquery.

A construção dos prédios respeitou a simetria entre as edificações, que eram divididas em alas masculinas e femininas e contava inicialmente com 800 leitos. Construído com o que havia de mais moderno na época, em pouco tempo o hospital se tornou referência nacional em psiquiatria, mesmo a especialidade ainda representar um grande mistério para a medicina. Devido à distância da Capital, os médicos contavam com uma vila médica para se abrigarem. Por sua vez, os pacientes, como parte do tratamento, produziam seu próprio sustento por meio de atividades ligadas à agricultura, marcenaria, costura, entre outras, tornando a entidade autossustentável.

No final da década de 1930, entretanto, teve início a primeira grande crise no Juqueri. Os médicos, com o surgimento da Universidade de São Paulo e de novas

oportunidades na Capital, logo perderam o interesse pelo hospital. Além disso, os investimentos foram diminuindo, mesmo frente ao crescente número de pacientes, que chegou em seu limite no final da década de 1960, com mais de 14 mil internos.

A desospitalização começou a ocorrer em meados da década de 80, durante o mandato do governador paulista, *André Franco Montoro*, quando foi criado o primeiro Centro de Atenção Psicossocial do Brasil (CAPS). Segundo *Marcos Pacheco Ferraz*, ex-coordenador do Departamento de Saúde Mental da Secretaria de Estado da Saúde do governo Montoro, com a fundação do primeiro CAPS, no município de São Paulo, iniciou-se um tímido processo de desospitalização psiquiátrica no Estado, com a criação de uma rede de assistência e apoio aos pacientes que voltavam para casa. Apesar dessa iniciativa pioneira, os hospitais psiquiátricos paulistas ainda se manteriam como importantes instituições no contexto da saúde mental, já que os pacientes agudos e os crônicos sem apoio familiar fora do hospital, permaneceriam internados.

Em seus 128 anos de existência, o atual Complexo Hospitalar do Juqueri – que desde 1988 também atende como hospital geral – passou por momentos de glória e de crise, que o transformaram num dos marcos da história da psiquiatria no país. Em 2009, o Juqueri abrigava apenas 312 internos, entre crônicos e agudos**.**

Após o fechamento de diversos serviços do Complexo Hospitalar do Juquery, a cidade de Franco da Rocha e região ficaram carentes de atendimento no nível terciário de Atenção à Saúde. Em 2004 houve a inauguração do Hospital Estadual “Professor Carlos da Silva Lacaz” em Francisco Morato e o Hospital Estadual "Dr. Albano da Franca Rocha Sobrinho" de Franco da Rocha que foi inaugurado em 01 de outubro de 2010. Ambos atendem apenas pacientes regulados pela Central de Regulação de Ofertas de Serviços de Saúde (CROSS) ou por serviços referenciados.

A população franco-rochense, não estava habituada a ser atendida pela Atenção Primária e até hoje o município tem seu Pronto Atendimento sobrecarregado por casos pertinentes à Atenção Primária devido a excessiva proporção de pacientes que ainda não fazem uso deste serviço.

Em 2005 o município de Franco da Rocha foi criado um serviço de Pronto Atendimento, localizado nas dependências da UBS Dr. Franco da Rocha – Centro, para

receber a demanda que antes se dirigia ao Pronto Socorro do Complexo do Juquery. Contudo, a escassez de recursos para a manutenção de pacientes complexos e a impossibilidade de transferência de pacientes para o HEFR (Hospital Estadual de Franco da Rocha), por falta de vagas, tornaram este pronto atendimento mal avaliado pela população, segundo dados obtidos pela ouvidoria da Secretaria de Saúde.

No ano de 2010, o Pronto Atendimento Municipal foi transferido para novo endereço, na antiga 2ª Colônia Feminina do Juqueri, com reforma do local, que passou a ser conhecido pela população como Praça da Saúde.

Neste mesmo período, as UBSs começaram a se estruturar para receber os pacientes nos Serviços de Atenção Primária, contudo, o quadro de pessoal e os recursos permaneceram defasados. Tanto o Pronto Atendimento quanto a rede de Atenção Básica não obtiveram a confiança da população.

Figura 4. Antiga Colônia Feminina Complexo Hospitalar do Juquery, posteriormente UPA 24hs

Conjunto de prédios que compunham a UPA24h no ano de 2014, acervo pessoal.

Portanto, o município de Franco da Rocha foi referência regional no último século para atendimentos em psiquiatria e, posteriormente, em diversas especialidades ambulatoriais e cirúrgicas e, por fim, como Hospital Escola. Com a perda de todos estes serviços estaduais que compunham o Complexo do Juquery, em relativo curto período de tempo, o município não conseguia atender as necessidades de saúde de sua população.

Após o início da nova gestão da prefeitura de Franco da Rocha, em 2013, grande parte dos serviços de saúde passaram por reforma, reestruturação e aumento significativo dos recursos humanos.

Na tabela 2 estão relacionados os serviços, em atividade, do município em 2016 e em 2012. Percebemos que ocorreu um grande investimento na Atenção Básica e na consolidação da ESF do Município. Obtivemos um aumento no acesso à ESF e a cobertura destes serviços passou de 15% para 85% de sua população.

Tabela 2 – Serviços do município de Franco da Rocha em 2012 e em 2016. Baseados nos dados do IBGE.

SERVIÇOS	**2012**	**2016**
UBS	10	11
Pronto Atendimento	01	01
Academia de Saúde	00	02
Equipe de ESF	04	16
Centro de Atenção Psicossocial (CAPS)	00	01
Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF)	00	01
Centro de Orientação e Apoio Sorológico (COAS), Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA)	00	01

Em novembro de 2013, o Pronto Atendimento foi novamente reformado e desta vez reestruturado como UPA, com cogestão da Organização Social Fundação do ABC. Neste momento, novos serviços foram agregados, como atendimento ortopédico e emergência

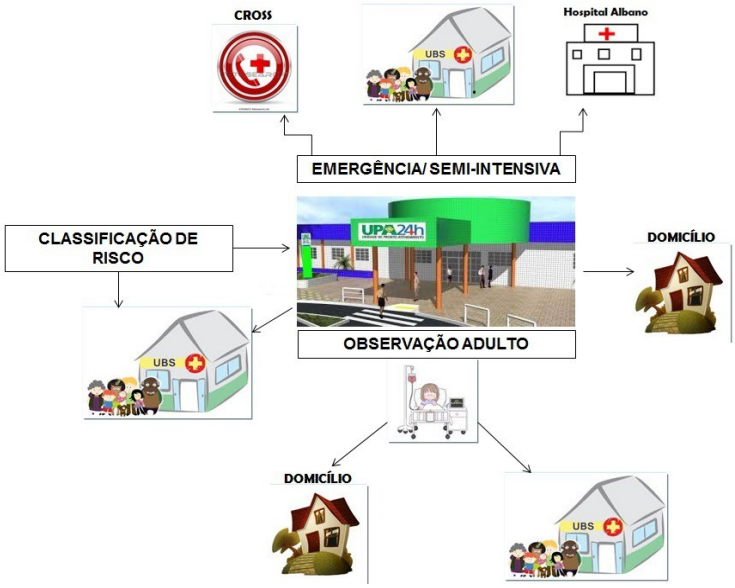
pediátrica, e o quadro de colaboradores aumentou consideravelmente, atendendo finalmente de forma adequada a população. Com a vinda do Programa Mais Médicos, em 2014, as Unidades Básicas de Saúde passaram a ter médicos todos os dias e os pacientes passaram a receber atendimento longitudinal, que até então não possuíam, para suas doenças crônicas. Já em janeiro de 2016 houve a contratação de 96 Agentes Comunitários de Saúde e 16 Enfermeiros de ESF (Estratégia Saúde da Família) para compor as novas equipes de ESF, ampliando a cobertura de território de 20% para 85%. Em julho de 2016 foi inaugurado o novo prédio da UPA 24h, sendo todo o serviço transferido para a nova estrutura.

Figura 5. Novas Instalações da UPA24Hs de Franco da Rocha, inaugurada em julho/2016.

Fonte: http://www.francodarocha.sp.gov.br/franco/artigo/noticia/5450

Os fluxos de encaminhamentos entre os serviços e a UPAFR são baseados nas orientações do SUS de referência e contra-referência, como apresentado na figura abaixo.

Figura 6. Fluxograma de encaminhamentos da UPAFR 24h.



Fonte: Material de Capacitação da Secretaria Municipal de Saúde de Franco da Rocha e UPA 24hs. "Acolhimento e Classificação de Risco na Atenção Primária" ano 2015.

2. OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Avaliação dos Atributos da Atenção Primária à Saúde sob a perspectiva do idoso internado por CSAP na UPA de Franco da Rocha, através do PCATool-Brasil aplicado nos meses de Março a Maio de 2016.

2.2 OBJETIVOS SECUNDÁRIOS

Analisar as principais causas de ICSAP dos idosos admitidos na UPAFR entre Janeiro e Abril de 2015 e 2016.

Avaliar o nível de acessibilidade dos Idosos nas UBSs de Franco da Rocha

3. METODOLOGIA

O desenho metodológico utilizado foi observacional transversal, realizado durante o ano de 2015 e 2016, no município de Franco da Rocha, situado na região metropolitana de São Paulo, capital do Estado de São Paulo, na região Sudeste do Brasil. O último Censo (2010) apontou que este município tem 131.604 habitantes, dos quais 6% são idosos. O município possui 11 unidades básicas de saúde, com 16 equipes de estratégia da família.

A população em estudo foi de idosos (60 anos ou mais) residentes no município de Franco da Rocha e que estiveram internados na unidade de pronto atendimento no período de março a maio de 2.016, pois o instrumento de coleta de dados proposto, foca a qualidade da Atenção Primária recebida.

As informações acerca das causas das internações por condições sensíveis no município de Franco da Rocha foram obtidas dos prontuários dos pacientes admitidos na Unidade de Pronto Atendimento Municipal (UPAFR), em dois períodos de 120 dias (01/01 a 30/04 de 2015 e de 2016). Foram considerados, neste, estudo os usuários idosos que foram internados por condições sensíveis à atenção primária (ICSAP) na UPAFR, única porta de entrada pública para estes pacientes no município.

Para avaliar a extensão e a qualidade das ações desenvolvidas na Atenção Primária deste município foi aplicado o questionário PCATool-Brasil (Primary Care Assessment Tool) entre os idosos internados por CSAP na UPA, de 1º março a 31 de maio de 2.016, utilizando-se uma taxa de erro de 0.3%, com base no número de internações do mesmo período de 2.015.

Para selecionar os idosos, visando a representatividade das estimativas sobre o nível da qualidade na perspectiva destes, foi realizada uma técnica de amostragem por conveniência. Como critério de escolha para participar da entrevista era necessário possuir 60 anos ou mais, estar internados na Unidade de Pronto Atendimento de Franco da Rocha, idosos que estiveram internados por condições sensíveis à atenção primária, perfazendo um total de 42 pacientes. Os casos que não atenderam aos critérios de inclusão foram substituídos aleatoriamente até a consecução do tamanho amostral pretendido. Utilizamos o cálculo de Estimativa de Determinação de tamanho de amostra para população finita <10000. Com base no artigo de Miot (2011), conforme segue:

População finita (<10000)

$$n = \frac{N \,.\, \delta^2 \,.\, (Z\alpha/2)^2}{(N-1) \,.\, (E)^2 + \delta^2 \,.\, (Z\alpha/2)^2}$$

Sendo n – tamanho da amostra; Zα/2 – valor crítico para o grau de confiança desejado, usualmente: 1,96 (95%); δ – desvio padrão populacional da variável; E – erro padrão, usualmente: ±5% da proporção dos casos (precisão absoluta), ou ±5% da média (1,05×média); N – tamanho da população (finita); p – proporção de resultados favoráveis da variável na população; q – proporção de resultados desfavoráveis na população (q=1-p). (Miot, 2011)

Este cálculo aplicado com uma população de pacientes idosos internados totais (N), destes (n) idosos admitidos por condições sensíveis correspondendo aos anos de 2014 e 2015, com nível de confiança a 5% e amostragem de conveniência com margem de erro de 0,25 obteve como resultado o total de 42 pacientes a serem entrevistados em 2016. Sendo n*=N.N/n+N-1 (2014 = 38) e (2015 = 45) cálculo utilizado para os anos de 2014 e 2015 e do resultado a média dos dois anos, portanto n=42.

Aplicamos o PCATool nos 42 pacientes idosos no período de primeiro de março a trinta e um de maio de 2.016. As entrevistas foram realizadas no setor de observação da UPA, sendo a responsável pela coleta a própria pesquisadora, após realização de criterioso estudo e discussão de todos os itens do questionário, seguindo as orientações contidas no Manual do Ministério da Saúde sobre o instrumento.

Na *Johns Hopkins University*, entre 1997 e 2001, Barbara Starfield e colaboradores desenvolveram o *Primary Care Assessment Tool* (PCATool), sendo este um instrumento de avaliação da atenção primária em duas versões destinadas aos usuários, crianças e adultos, neste estudo utilizaremos a versão adulto aplicada aos idosos e uma terceira destinada aos profissionais de saúde. Esse instrumento é baseado em diversos itens e tem como objetivo medir a presença e a extensão dos seguintes atributos: acesso ao primeiro contato, longitudinalidade, coordenação, integralidade, orientação familiar e orientação comunitária. Este questionário foi elaborado com intuito de coletar dados sobre a estrutura e qualidade dos serviços de atenção primária.

A aplicação do instrumento permite a construção de escores para cada dimensão (atributo) e seus componentes. As respostas são estruturadas seguindo uma escala do tipo Likert, atribuindo escores no intervalo de 1 a 4 para cada atributo (1 = com certeza não; 2 = provavelmente não; 3 = provavelmente sim; e 4 = com certeza sim). Para obter o escore da qualidade da APS, foi calculada a média dos valores dos itens que compõem cada atributo e seus componentes.

O Escore Essencial foi obtido por meio da média dos atributos essenciais (acesso, longitudinalidade, coordenação e integralidade), o escore derivado foi obtido pela média dos atributos derivados (orientação familiar e orientação comunitária) e o Escore Geral da APS, pelo valor médio dos atributos essenciais e dos atributos derivados. O valor obtido para estes escores foram então transformados em uma escala entre 0 e 10, como se segue:

$$\text{Escore geral da APS} = \frac{(\text{Escore obtido}-1)\times 10}{4-1}$$

Os escores dos atributos, Geral, Essencial e Derivado foram, então, dicotomizados em duas categorias, representando Baixo Escore, quando <6,6, e Alto Escore, quando ≥6,6.

Análise estatística

Os resultados das entrevistas foram digitados em Excel.Ink. Para se obter o número da amostra utilizamos cálculo amostral com base nas internações de 2014 e 2015 no período de março a maio destes anos que resultou na amostra mínima de 42 pessoas, para participar das entrevistas os pacientes precisavam estar orientados em tempo e espaço, ter sido admitido por CSAP e estar disposto a responder o questionário.

O estudo foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo – EEUSP, sob número CAAE: 52359115.2.0000.5392, seguindo os preceitos éticos. Todos os entrevistados concordaram em participar da pesquisa e leram, aprovaram e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

O instrumento utiliza 90 itens e todos foram utilizados. Contudo as questões A4, A5 e E1 são qualitativas e serão utilizadas apenas como orientadoras para as demais questões não sendo contabilizadas nos resultados.

4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

A primeira avaliação ocorreu de 01/janeiro a 30/abril de 2015, obtendo-se as informações dos prontuários dos pacientes com 60 anos ou mais admitidos neste período, sendo elencadas as principais causas que levaram a estas internações e, destas, as ICSAP que acometiam a população idosa conforme demonstrado no Gráfico 1. Detectamos um total de 480 internações, 40,5% das quais foram de pessoas idosas. Conforme demonstrado na tabela 3.

Foi observada maior proporção de idosos em relação ao número de jovens e crianças internados, já que a proporção de idosos existente dentro do total de munícipes, em relação a toda a população, é de apenas 6% (IBGE, 2010). Portanto, foi constatada admissão quatro vezes maior de idosos quando comparada à de crianças e jovens devido às CSAP, ou seja, dos 480 pacientes internados 285 eram adultos e crianças e 195 idosos. Como podemos comparar na tabela 3.

Tabela 3. Número de Internações na UPAFR de janeiro a abril de 2015 e no mesmo período de 2016.

INTERNAÇÕES/PERÍODO	2015	2016
INTERNAÇÕES TOTAIS JAN/ABR	480	442
INTERNAÇÕES IDOSOS JAN/ABR	202	198
INTERNAÇÕES POR ICSAP EM IDOSOS JAN/ABR	173	163

Em 2015 foram admitidos 480 pacientes, 202 eram idosos (40,5%) e destes 173 apresentavam enfermidade definida como CSAP (86,6% das causas de internação dos idosos).

No ano de 2016 foram admitidos 442 pacientes, sendo 198 idosos (46,8%) e dentre estas admissões 163 foram por CSAP (82,3%). Observa-se padrão semelhante ao do ano anterior, os idosos representam pouco mais de 45% do total das admissões de Janeiro a Abril de 2016 e mais de 80% destas admissões foram por CSAP, caracterizando o limitado poder resolutivo da AP de Franco da Rocha no controle das causas evitáveis de admissão destes idosos em serviços secundários de saúde.

Quando comparamos os dois anos verifica-se que a porcentagem de internações de idosos em relação ao total de internados aumentou (de 40,5% para 46,8%) e a porcentagem de ICSAP declinou discretamente (de 86,6% para 82,3%), não havendo portanto melhora destes indicadores.

Participaram das entrevistas utilizando a ferramenta PCATool- Brasil versão adulto no período de 42 idosos admitidos na UPA de Franco da Rocha. Foram inicialmente incluídos 46 idosos, sendo que quatro deles não atendiam aos critérios de inclusão do estudo, ou seja, não estavam internados por CSAP. Foram realizadas 42 entrevistas no setor de observação desta unidade. Do total de entrevistados, 19 eram mulheres (45,24%) e 23 eram homens (54,76%), a idade variou entre 60 e 91 anos (DP = 7,49). A Tabela 4 apresenta as características gerais da amostragem.

A tabela 4 demonstra a incidência das ICSAP nos pacientes entrevistados, podemos destacar as principais condições que acarretaram ICSAP foram pneumonias bacterianas com 9 pacientes internados por esta condição, diabetes mellitus 4 pacientes, Infecções de rim e trato urinário 6 pacientes, e infecções de pele e tecido subcutâneo acometendo 4 pacientes com maior acometimento destes idosos, os grupos 7 e 16 foram as causas mais frequentes de internações.

Tabela 4. Incidência das ICSAP por faixa etária dos pacientes submetidos ao PCATool no período de março a abril de 2016

Grupos	Faixa etária 60-69 anos	Faixa etária 70-79 anos	Faixa etária Acima de 80 anos	Total de Casos
1. Doenças preveníveis por imunização	-	-	-	-
2. Condições Evitáveis	-	-	-	-
3. Gastroenterites Infecciosas	1	-	1	2
4. Anemia	3	-	-	3
5. Deficiências nutricionais	-	-	2	2
6. Infecções de ouvido. Nariz e garganta	-	-	-	-
7. Pneumonias bacterianas	1	3	5	9
8. Asma	-	-	-	-
9. Doenças das vias aéreas inferiores	1	1	1	3
10. Hipertensão	1	1	1	3
11. Angina pectoris	-	1	-	1
12. Insuficiência cardíaca	1	1	-	2
13. Doenças cérebro-vasculares	-	1	-	1
14. Diabetes mellitus	1	2	1	4
15. Epilepsias	-	1	-	1
16. Infecção no rim e trato urinário	3	1	2	6
17. Infecção de pele e tecido subcutâneo	2	2	-	4
18. Doença inflamatória de órgãos pélvicos femininos	-	-	-	-
19. Úlceras gastrointestinas	-	-	1	1
20. Doenças relacionadas ao pré-natal e parto	-	-	-	-

A tabela 5 descreve os resultados totais encontrados através da aplicação da ferramenta PCATool. Os escores dos atributos, Geral, Essencial e Derivado foram dicotomizados em duas categorias, representando Baixo Escore, quando <6,6, e Alto Escore, quando ≥6,6.

A nota média atribuída pelos idosos ao Grau de Afiliação foi de 6,9 (IC 95%: 3,33-10,0) foi o atributo melhor avaliado, demonstrando que esta população conhece suas unidades de referência para Atenção Primária, os profissionais destas unidades e utilizam este serviço.

Tabela 5. Resultados do Questionário PCATool Aplicado em 42 pacientes idosos internados na UPA24 de Franco da Rocha no período de 01/03 a 31/04 de 2016

	N	Média	DP	Mediana	Mínimo	Máximo	Margem de erro	30% DP
ACESSO UTILIZAÇÃO	42	6,90	2,15	6,67	3,3333333	10	0,67	0,64
ACESSO ACESSIBILIDADE	42	5,10	1,44	4,73	3,0333333	8,7666667	0,45	0,43
LONGITUDINALIDADE	42	5,58	1,81	5,70	2,5333333	8,3333333	0,56	0,54
COORDENÇÃO INTEGRAÇÃO DE CUIDADOS	42	6,11	1,27	6,23	2,9	8,3333333	0,40	0,38
COORDENAÇÃO SISTEMAS DE INFORMAÇÃO	42	5,71	2,64	5,57	0	10	0,82	0,79
INTEGRALIDADE SERVIÇOS DISPONÍVEIS	42	5,64	1,38	5,60	3,3333333	7,5666667	0,43	0,41
INTEGRALIDADE SERVIÇOS PRESTADOS	42	5,47	1,30	5,82	2,1	7,7333333	0,40	0,39
ORIENTAÇÃO FAMILIAR	42	5,51	1,31	5,87	2,1	7,7333333	0,41	0,39
ORIENTAÇÃO COMUNITÁRIA	42	2,37	0,44	2,33	1,67	3,3	0,14	0,13

Em uma avaliação específica por atributos (Tabela 5), aquele com pior resultado foi "Orientação Comunitária" (escore médio = 2,37; IC 95%: 1,67 – 3,3), considerado um atributo derivado da APS, e o melhor resultado ficou com a "Coordenação da Atenção" (escore médio = 6,11; IC 95%: 6,23-2,9) mesmo assim se mantém abaixo do ideal, destaca-se que este último atributo é considerado essencial para a APS.

A Estratégia Saúde da Família no município de Franco da Rocha manteve-se estagnada por quase 20 anos, sendo iniciada em 1996 com cobertura de 16% do território, permanecendo com esta cobertura até dezembro de 2015 quando houve abertura de Concurso Público incluindo as categorias profissionais que compõe a ESF. A partir deste concurso houve a contratação de mais de 120 profissionais, incluindo as categorias de enfermagem e agentes comunitários de saúde. Desta forma possibilitando a formação de 16 equipes de ESF. Com esta iniciativa adotada pela gestão municipal, foi possível atingir 85% de cobertura do território deste município. Esta ação pode ser considerada uma conquista para a região, dada a carência história de serviços de atenção primária, que tradicionalmente priorizam estratégias focadas no bem-estar da população, na promoção e na prevenção da saúde.

A extensão da nova cobertura da ESF, possibilitou o desenvolvimento e a implantação de diversos projetos, como a monitorização adequada e a identificação de novos pacientes crônicos, o tratamento diretamente observado para Tuberculose, vistorias para o controle de endemias, busca ativa de pacientes faltosos, identificação do grau de vulnerabilidade da região, mapeamento dos pacientes que necessitam atenção em saúde com maior nível de complexidade, realização de reuniões de grupos com usuários e, a participação mais ativa da sociedade nas decisões sobre saúde, entre outros.

Sabemos que com o aumento da cobertura adequada da atenção à saúde da população do município há uma redução das Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária. Na análise realizada dos resultados deste trabalho, verificou-se que ainda há uma elevada incidência de ICSAP entre os idosos admitidos na UPA de Franco da Rocha, mostrando uma redução incipiente nas ICSAP na comparação entre os anos de 2015 e 2016.

Os dados relacionados às ICSAP têm sido utilizados, para monitorar o desempenho do sistema de saúde público nos Estados Unidos. A hospitalização por determinadas patologias derivam de uma ineficiência do sistema de saúde na realização de programas de promoção e prevenção em saúde e de acesso a cuidados primários em saúde de boa qualidade.

O acesso da população ao sistema primário de saúde permite detectar precocemente condições e situações de saúde, que se adequadamente abordadas no seu início, evitarão sua progressão, reduzindo sua gravidade, ou impedindo o aparecimento de complicações, minimizando a necessidade de hospitalizações. As taxas de hospitalização por condições evitáveis têm sido associadas com a garantia de acesso ao cuidado com qualidade tanto para idosos, quanto para adultos e crianças em vários países, incluindo Austrália, Canadá, Espanha e Estados Unidos.

(Macinko, 2011)

Estas ICSAP são frequentes em diversos grupos socioeconômicos, mesmo em países com cobertura de saúde universal, como o Canadá, indicando que todas as pessoas podem desenvolver patologias crônicas, que, quando não são efetivamente tratadas podem desencadear uma internação. As hospitalizações evitáveis também têm sido utilizados para orientar o planejamento de saúde, elaboração de políticas, avaliar os efeitos destas políticas e o desempenho dos sistemas de saúde, além de identificar as desigualdades entre regiões, comunidades, grupos e população. Contudo, estas medidas, só recentemente foram utilizados para estudar o desempenho do sistema de saúde em países de baixa e média renda. A utilização de taxas de internações evitáveis por CSAP para se avaliar a qualidade da atenção primária é baseada na premissa de que os cuidados de saúde primários em tempo útil e de alta qualidade podem diminuir significativamente a frequência de internações hospitalares.

Através da futura utilização destas informações pela secretaria municipal de saúde, pretende-se auxiliar na formatação de modelos de assistência e promoção a serem adotados nas Unidades Básicas de Saúde do município à população idosa.

A melhora da qualidade de vida da população idosa do município, através da adequada interpretação e atendimento de suas necessidades em saúde, deverá diminuir as internações por condições sensíveis à atenção primária na população idosa e, consequentemente, reduzir custos de hospitalizações a médio e longo prazo, tendo em vista que 85,5% das admissões de idosos na UPAFR foram decorrentes de CSAP.

A efetiva prática da prevenção e da promoção a saúde adotadas na Atenção Primária, comprovadamente traz impactos positivos nos indicadores de saúde da população assistida.

Na análise realizada no ano de 2015 observou-se que as principais incidências de CSAP foram de pneumonias bacterianas com (36 casos) 17%, doenças relacionadas a problemas cardíacos (75 casos) 35%, problemas renais (30 casos) 15%, diabetes e infecções de pele (41 casos) 20%. Verificou-se que gastroenterites e doenças imunizáveis obtiveram, respectivamente, (6 e 3 casos) 3,5 e 1,5%, indicando assim menor impacto na saúde da população idosa analisada, conforme verifica-se no Gráfico-1.

Estas causas são as que ocorrem com mais frequência, como consta no artigo de Rehem (2012), em que foi observado, no ano de 2006, os grupos de ICSAP mais prevalentes foram as pneumonias bacterianas, totalizando 704 internações (21,8%), seguido do grupo de hipertensão, com 458 internações (14,2%); e infecção no rim e trato urinário com 329 internações (10,2%). Para os demais anos estudados, os grupos permaneceram os mesmos, entretanto, o grupo de infecção no rim e trato urinário passou para a segunda posição.

Através da análise dos prontuários que foi realizada, percebemos que estas CSAP foram as maiores causas de internações daqueles idosos e que, para obter a melhora deste quadro, seria necessário um diagnóstico real dessa comunidade.

O monitoramento das condições de saúde de uma dada população, assim como dos fatores associados a essas condições, é um instrumento vital para orientar estratégias de prevenção, que devem ter como objetivos interferir favoravelmente na história natural da doença, antecipar o surgimento de complicações, prevenir as exacerbações e complicações das

doenças crônicas, aumentar o envolvimento do paciente no autocuidado e construir uma base de dados sobre os doentes crônicos (Veras, 2009).

Apesar da presença do discurso da prevenção, em sua maioria os serviços são curativos e tradicionais e argumenta-se ser difícil mensurar a efetividade de programas de prevenção e promoção da saúde, do ponto de vista financeiro.

Os indicadores de ICSAP no ano de 2015 e 2016 encontrados na revisão dos prontuários de pacientes admitidos na UPAFR no período de janeiro a abril, demonstram que a involução neste número foi tênue. Resultados significativos da atuação das equipes de ESF só serão percebidas com um trabalho bem elaborado focado neste grupo etário e a longo prazo. Na tabela 3, vemos ainda um quadro pouco alterado.

O processo de promoção em saúde repercute no intuito do objeto de saúde em si, propondo que saúde é um processo construído, baseado em diversos alicerces sociais, culturais, históricos e subjetivos. Podemos concluir então que seria idealmente uma forma de vida harmoniosa, com qualidade, provida de autoconhecimento e aceitação, convívio pacífico com os diversos membros da família e da comunidade, respeito ao meio ambiente, responsabilidade ecológica. Pensando na construção ampla da saúde imbuída da cidadania e da constituição do sujeito. Sujeitos esses que sentem aflições, ambições, dor e amor. Que em seu âmago buscam pela cura, por suas necessidades essenciais e seus direitos. (Política Nacional de Promoção à Saúde -MS 2002).

Neste âmbito, amplia-se a complexidade do desenvolver a saúde através de sua promoção, principalmente pelo nível dos problemas enfrentados pela sociedade deste município.

A realidade sanitária que coloca em vulnerabilidade, diversas famílias à doenças crônicas não transmissíveis, riscos de violência e endemias. Se impõe também pela potencialidade de estratégias que superam a cultura da medicalização que predomina na sociedade.

A promoção da saúde tem como principal objetivo o enfrentamento desta realidade sanitária, na medida em que oferece condições e instrumentos para uma ação integrada e multidisciplinar que inclui as diferentes dimensões da experiência humana: a subjetiva, a social, a política, a econômica e a cultural e coloca a serviço da saúde, os saberes e ações produzidos nos diferentes campos do conhecimento e das atividades. Promover saúde

também é aceitar o imenso desafio de desencadear um processo amplo que inclui a articulação de parcerias, atuações intersetoriais e participação popular, que otimize os recursos disponíveis e garanta sua aplicação em políticas que respondam mais efetiva e integralmente às necessidades da sociedade. É se responsabilizar no nível da legislação e execução com políticas que favoreçam a vida em todas suas dimensões sem que isso implique, necessariamente, no desenvolvimento de ações inéditas, mas no redirecionamento do enfoque das políticas públicas. (Política Nacional de Promoção à Saúde-MS 2002).

Portanto, um modelo de atenção à saúde do idoso que pretenda apresentar efetividade e eficiência precisa aplicar todos os níveis da prevenção e possuir um fluxo bem desenhado de ações de educação, de promoção à saúde, de prevenção de doenças, de diminuição de doenças descompensadas e de reabilitação de agravos quando possível (Veras, 2009).

Existem diversos fatores cruciais para a melhoria na qualidade de vida e citaremos alguns que acreditamos serem os mais relevantes: manutenção da capacidade cognitiva e emocional; resiliência com a vida e bem-estar; finanças estáveis e sob sua administração; interações sociais na sociedade, manutenção da vida sexual, concomitante com a independência física para desenvolver atividades com autonomia.

É fundamental ressaltar o estudo de Tokuhashi, 2011, que identifica a renda como um dos fatores socioeconômicos diretamente relacionados com as condições de saúde das populações. Idosos pertencentes a estratos socioeconômicos menos favorecidos, que são maioria no município de Franco da Rocha, apresentam maior número de hospitalizações, maior risco para desenvolvimento de incapacidades funcionais, além de não desfrutarem de nutrição adequada e, tampouco praticarem atividades físicas regulares (Macinko, 2011).

Em relação à acessibilidade, observam-se as mesmas dificuldades encontradas no Município de Franco da Rocha, quando comparado ao descrito por Araújo (2014) no Município de Macaíba, onde foi realizada pesquisa com base no PCATool em idosos e que detectou possibilidade de melhora do cuidado ao idoso, sendo prioritário ampliar o foco na família, no horário de funcionamento das UBS e na diversidade de doenças e agravos que necessitam melhor abordagem na prevenção. As prioridades que devem orientar gestores, profissionais e pesquisadores devem ser destinadas à melhora da acessibilidade, diminuindo barreiras (com ampliação do horário de funcionamento das UBS, por exemplo), que se não

forem eliminadas podem resultar em menor resolubilidade na APS e até no colapso de estabelecimentos de níveis de maior densidade tecnológica de assistência, como é o caso da UPA de Franco da Rocha, que atende uma demanda excessiva de pacientes que poderiam ser acompanhados na Atenção Primária.

Além das dificuldades elencadas anteriormente, em relação ao acesso, se identificou no presente estudo outros desafios, conforme relatado em estudo da região sul e sudeste do Brasil, que demonstrou a existência de muitas barreiras no acesso de idosos aos serviços de saúde, apresentando entraves geográficos, econômicos, sociodemográficos, culturais e funcionais. Estes relatos permitem concluir que, embora a legislação brasileira considere o acesso universal aos serviços de saúde um direito do cidadão, ainda vem sendo, cotidianamente, desobedecida, o que coloca a necessidade de uma fiscalização mais ativa e atuante. Somente com sua efetivação é que poderá conduzir a uma autêntica inclusão social dos idosos (Silva et al., 2012).

Os serviços de urgência, por sua vez, além de acessíveis devem ser eficazes, para que os pacientes sejam internados apenas em casos graves ou quando há necessidade de se realizar medidas hospitalares em CSAP agudizadas.

Os programas públicos de Atenção Primária podem contribuir para melhorar os indicadores da saúde da população, ao evitar a ocorrência de doenças e/ou reduzir a gravidade dos problemas de saúde e de suas complicações, por meio de ações de promoção da saúde, prevenção de lesões, do diagnóstico precoce, do manejo e do tratamento adequado das enfermidades. Ações de atenção primária podem reduzir internações hospitalares por doenças infecciosas, evitáveis através da imunização (por exemplo, sarampo, tétano, difteria e outros) e tratamento imediato (por exemplo, gastroenterite e pneumonia), bem como a redução das internações, reinternações e tempo de permanência hospitalar para condições agudizadas de doenças crônicas não transmissíveis (por exemplo, diabetes, hipertensão, e insuficiência cardíaca congestiva).

Macinko, 2010 conclui que, no Brasil, durante os anos de 1999-2007, as internações por doenças crônicas sensíveis aos cuidados de ambulatório, como as doenças cardiovascular, o acidente vascular cerebral e a asma, caíram a um ritmo estatisticamente significante (queda de quase o dobro da taxa de Hospitalizações por todas as outras causas). Em municípios com o Programa de Saúde da Família, as taxas de hospitalização por doença

crônica foram 13% menores que nos municípios com poucas matrículas no PSF, quando outros fatores foram mantidos constantes. Esses resultados sugerem que o programa melhorou o desempenho do sistema de saúde no Brasil e diminuiu o número de hospitalizações potencialmente evitáveis.

Cumpre ressaltar que, além de hospitalizações evitáveis, também se pode avaliar a qualidade dos serviços primários de saúde, por meio do número de consultas e admissões realizadas em UPAs e em Prontos Socorros, conforme pode ser verificado neste estudo. Assim, esse indicador complementa os dados obtidos com as ICSAP, já que uma série de condições determinam que as pessoas procurem Unidades de Pronto Atendimento, como a de Franco da Rocha, e serviços de Pronto Socorro, de urgência e/ou de emergência, destacando-se que muitos procuram estes serviços devido à falta de acesso a cuidados de saúde primários. É plausível afirmar que algumas destas admissões (sem necessidade de internações) por CSAP, nesses serviços, podem ser menos graves (mas potencialmente de um volume superior) do que aquelas que realmente necessitam de internação hospitalar (Macinko et al., 2011).

Outro estudo comprova que a população idosa apresenta fragilização e probabilidade de ter agravos com maior gravidade e, em consequência, é a que proporcionalmente consome mais serviços de saúde, conforme evidenciado em nosso estudo, que constatou o alto índice de internações de idosos em relação ao de adultos e crianças, representando apenas 6% de toda a população do município de FR e, em alguns períodos, representaram mais de 40% das internações totais. Este resultado é uma radiografia do sistema de atenção ao idoso que, em muitas localidades do País, é precário, desorganizado, e não fornece condições para que os recursos sejam melhor e mais adequadamente utilizados. Isto, entretanto, não sugere que o volume de recursos (despesas) empregados para cuidar dos idosos seja maior. O se deve destacar é que seria possível gozar de melhor saúde e gastar menos em hospitalizações e em recursos de maior complexidade tecnológica. Certamente haveria menor gasto se as doenças fossem identificadas precocemente ou se fossem evitadas através de medidas de prevenção (Negri et al., 2004).

Também deve ser frisada a importância da Estratégia da Saúde da Família, conforme pesquisa que obteve um escore superior de APS nas unidades com a Estratégia, independentemente do problema de saúde, demonstrando a relevância do modelo assistencial, no acompanhamento e no atendimento ao idoso, para qualquer condição. Este trabalho avaliou

a orientação à atenção primária à saúde valendo-se do PCATool para indivíduos idosos (Carvalho et al., 2012).

O presente estudo evidencia um retrato da qualidade da Atenção Primária à Saúde de Franco da Rocha, podendo ser utilizado por gestores e profissionais no Sistema Único de Saúde (SUS). Foi utilizado um questionário de relevância, reconhecido internacionalmente e validado no Brasil. Este questionário em poucas oportunidades foi utilizado com a população idosa, pois não há uma versão exclusiva para esta população. Portanto foi utilizada a versão adulto, que foi a que melhor se adequou ao propósito do trabalho. Os resultados decorrentes deste estudo estão de acordo com as diretrizes da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, que implicam no desenvolvimento de ações e pesquisas com o intuito da melhorar a avaliação dos serviços de saúde voltados para esta população, tendo como porta de entrada principal a Atenção Básica. Os resultados evidenciam as respostas do sistema de saúde às necessidades e expectativas desta população mais vulnerável e a sua capacidade para orientar a atenção, considerando os atributos da APS.

Os dados indicam a importância da ESF, como no estudo de Carvalho (2012), que demonstraram que a avaliação da orientação à atenção primária à saúde para indivíduos idosos, por meio do PCATool, obteve um escore superior nas unidades de APS com ESF, independentemente do problema de saúde, destacando a relevância desta Estratégia no acompanhamento e atendimento ao idoso, para qualquer condição (Carvalho et al., 2012).

Em contrapartida, os idosos entrevistados, de modo geral, avaliaram o atendimento recebido na atenção primária como insatisfatório, já que os valores dos escores Geral (4,83) e Essencial (5,75) estão distantes da nota máxima possível (10,0). Esse resultado evidencia a limitada qualidade da assistência ao idoso no Município, comprovando a deficiência na qualidade dos serviços de APS à terceira idade, com sobrecarga para a UPA de Franco da Rocha, devido ao grande número de admissões por CSAP. Era de se esperar que, por tratar-se de uma das parcelas mais vulneráveis da população, os esforços envidados para a organização e prestação de serviços ofertados aos idosos fossem diferenciados em busca do princípio da equidade. Estes resultados reforçam a necessidade de priorizar o trabalho relacionado aos idosos na AP de Franco da Rocha.

Resultados similares foram obtidos em trabalho que realizou entrevistas com idosos em Porto Alegre-RS, sendo encontrada efetividade de apenas 22,9% na orientação dos

serviços acessados para os atributos essenciais da APS. Os autores concluem que há descompasso entre o preconizado e o estabelecido, em alguns aspectos, na atenção à saúde dos idosos. Há inadequações no modelo de atenção para atender situações frequentes entre os idosos: alta prevalência de sintomas compatíveis com depressão, cognição diminuída e graus de dependência diversos, além de múltiplos diagnósticos e uso de polifarmácia. Este resultado demonstra que, apesar das políticas nacionais, algumas lacunas ainda inviabilizam a efetividade da APS, entre elas, é possível apontar: restrições ao acesso, desarticulação da rede de cuidados, limitação do escopo de serviços oferecidos e despreparo das equipes para necessidades específicas que comumente acometem os idosos. (Martins et al., 2014).

A APS tem a capacidade de atuar na prevenção de condições incapacitantes e prevalentes na terceira idade, caso esteja corretamente orientada pelos seus atributos. A garantia dos atributos da APS implica em melhores indicadores de saúde e, possivelmente, também em condições propícias para um envelhecimento ativo, uma vez que o indivíduo terá sua saúde integralmente assistida, de tal forma que condições incapacitantes venham a ser prevenidas e/ou adequadamente manejadas.

Analisando-se os atributos com melhor avaliação, verifica-se que a Acessibilidade de Primeiro Contato, com média 6,9, apresenta posição de destaque em comparação aos demais atributos e pode ser considerada satisfatória, já que possui média superior a 6,6. Este resultado deve ser valorizado por se tratar de um atributo essencial e pressupor a existência de uma fonte regular de atenção e de acessibilidade a estes usuários, bem como a adequada identificação desta população com as suas UBS de referência. Segundo Araújo, (2014); a avaliação positiva do idoso com relação ao acesso à APS pode ser justificada também pela própria população entrevistada, pois a idade pode ser um fator predisponente para a utilização dos serviços, por questões culturais e pela necessidade de acompanhamento constante, em razão da prevalência elevada de doenças crônico-degenerativas. A facilidade do acesso aos serviços de saúde, bem como outros fatores, em especial o acolhimento, favorecem o vínculo e, portanto, contribuem para o tempo de utilização do serviço e para a frequência de procura pelo atendimento.

Tabela 6. Percentual de Resposta aos itens que compõem o Atributo Acesso de Primeiro Contato – Utilização				
B – ACESSO DE PRIMEIRO CONTATO				
Indique a melhor opção	c/ certeza	provavelmente, sim	provavelmente, não	não sei
B1 – Quando você necessita de uma consulta de revisão, você vai ao "méd/ serv. saúde/ enf" antes de ir a outro serviço?	64,70%	25,50%	3,90%	5,90%
B2 – Qnd você tem um novo problema de saúde você vai ao "méd/ serv. saúde/enf" antes de ir a outro serviço?	28,40%	58,80%	3,90%	8,90%
B3 – Qnd você tem q consultar um especialista, o "méd/ serv. saúde/enf" tem que lhe encaminhar obrigatoriamente?	18,60%	3,90%	6,90%	70,60%

Frente aos resultados deste estudo, coloca-se a necessidade de medidas e intervenções que enfrentem os desafios necessários para aperfeiçoar a integralidade dos serviços disponíveis (escore 5,64) e dos serviços prestados (escore 5,47) à população idosa e à sua comunidade, papel estratégico a ser desempenhado, fundamentalmente, pela Atenção Primária (Almeida et al., 2014).

A abordagem integral da saúde do idoso é essencial devido a multimorbidade, que refere-se à saúde comprometida por duas doenças crônicas ou mais, frequentemente observada na população idosa. Entende-se por doença crônica, aquela que passou de aguda para um estado permanente, com a qual o indivíduo deverá conviver para o resto de sua vida. Contudo, algumas destas podem ser controladas (diabetes, hipertensão, asma, doenças respiratórias crônicas, entre outras) e permitir que o paciente idoso possa usufruir de sua vida com qualidade (Tokuhashi, 2011).

Pessoas portadoras de multimorbidade tendem a ter mais hospitalizações, recidivas, usam simultaneamente diversos medicamentos, estão sujeitas a maior frequência de reações adversas e a efeitos colaterais, necessitam de atendimento mais especializado e com maior frequência. A presença de múltiplas patologias crônicas, em um mesmo indivíduo, tem

importante impacto em sua expectativa de vida e resulta em mais óbitos quando ocorrem hospitalizações. No presente estudo constatou-se a frequente ocorrência de admissões por mais de um agravo incluído entre as CSAP. A multimorbidade, ainda, pode acarretar stress crônico ao idoso, que necessita enfrentar diversas situações concomitantemente e que, se não forem adequadamente abordadas, pioram sua qualidade de vida, favorecendo a descompensação das enfermidades. Também aumenta a probabilidade de internação, sendo também frequentemente associada a um período maior de permanência nessas instituições (Nunes, 2015).

O atributo Orientação Comunitária obteve a pior avaliação. Este atributo, se inadequadamente concretizado, enfraquece a relação do idoso com o sistema de saúde, na medida em que o cuidado deve se basear, fundamentalmente, na família e nas suas relações com a comunidade, além de incluir a participação do idoso na sociedade, com o apoio das Unidades Básicas de Saúde. Além disso, a comunidade tem um importante papel na interação e na convivência com os idosos, os quais se sentem mais confortáveis quando lhes é oferecida a atenção necessária.

Um estudo de abordagem quantitativa, realizado em unidades de saúde do Município de Serra (ES), cujo modelo de atenção é a ESF, apresentou alguns resultados similares aos observados em Franco da Rocha. Foram sujeitos da pesquisa 215 mulheres de 20 a 49 anos, usuárias da ESF. Os dados analisados evidenciaram média dos escores atribuídos às dimensões da APS inferiores aos valores considerados altos (igual ou maiores que 6,6). Vários atributos registrados mostraram-se abaixo do escore de referência (≤6,6), ou seja, apresentaram resultados insatisfatórios, o que também foi registrado na avaliação dos idosos de Franco da Rocha, em que a grande maioria (seis em nove) obteve escore entre 5,0 e 6,0. Outro resultado que merece destaque foi a avaliação da "coordenação e integração dos cuidados", com escore de 6,11, próximo ao mínimo desejado. O menor escore obtido foi o da "orientação comunitária", de 2,37, bastante abaixo de 6,6. Como a estratégia ESF foi recém-implantada no município de Franco da Rocha, admite-se que, em futuro próximo, a orientação comunitária será melhor avaliada, pois é uma prioridade na APS (Lima et al., 2015).

Algumas ações fatores parecem estar relacionados a melhor efetividade da orientação comunitária na ESF, "como as ações de visita domiciliar realizadas por todos os profissionais, mas principalmente pelos agentes comunitários de saúde, o que facilita a

vigilância à saúde e o acompanhamento das famílias da comunidade." A visita domiciliar é instrumento para que os serviços consigam se aproximar e identificar as necessidades das famílias no interior da comunidade e auxilia nas medidas que devem ser realizadas (Leão et al., 2011).

A ESF necessita abordar o processo saúde-doença com uma visão ampliada, compreendendo a complexidade da determinação social do processo saúde-doença, e deve buscar integrar-se à comunidade, principalmente, entender seus valores culturais, que interferem nas necessidades e no processo de cuidado do idoso. Tal como as demais necessidades humanas, as necessidades de saúde são social e historicamente determinadas e situam-se entre a natureza e a cultura, ou seja, não dizem respeito tão somente à conservação da vida, mas à realização de um projeto em que o indivíduo, situado entre o particular e o genérico, progressivamente se humaniza (Ciosak et al., 2011).

Idosos e familiares não podem considerar a si próprios, nem mesmo serem vistos como receptores passivos de serviços de saúde. Eles precisam e devem ser agentes ativos na construção de um novo cuidado à saúde, participando do tratamento e sendo apoiados nesse sentido. Tal compreensão de cuidado envolve informações atualizadas, instruções compartilhadas e rede de atenção integral e integrada, de forma a atuar na minimização dos efeitos incapacitantes das doenças e na diminuição do risco de óbito precoce (Carboni et al., 2007).

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo evidenciou o enorme impacto das admissões de idosos por CSAP na UPAFR, que responderam por mais de 40% do total das admissões neste serviço e, a elevada frequência das admissões por CSAP entre os idosos, responsáveis por mais de 80% do total de admissões nesta faixa etária, com consequente sobrecarga de trabalho e de gastos neste Serviço de Saúde. demonstrando a necessidade de priorizar as atividades relacionadas a saúde do idoso na APS.

Este indicador, a taxa de admissões em UPAs e em Prontos Socorros (ou outros Serviços de Urgência e Emergência), além das hospitalizações evitáveis, também avalia a qualidade dos serviços primários de saúde. Há uma complementaridade entre os dados obtidos com as ICSAP e os devido às admissões em Serviços de Pronto Socorro (incluem Serviços de urgência e/ou de emergência e, Serviços de UPA, como o de Franco da Rocha), uma vez que que a população procura atendimento nestes locais por apresentarem quadros mais agudos e devido a falta de acesso resolutivo na APS. É plausível afirmar que algumas destas admissões (sem necessidade de internações) por CSAP podem ser menos graves (mas potencialmente de um volume superior) do que aquelas que realmente necessitam de internação hospitalar.

Estes resultados podem ser explicados pelo recente início de ampliação da APS no município de Franco da Rocha ocorrida somente no final do ano de 2015 (formação de 16 equipes de ESF, com cobertura de 85% do território do município), sendo que as entrevistas com o instrumento de PCATool foram realizadas em Março e Abril de 2016, ou seja, período muito exíguo para a avaliação do impacto das atividades da APS no número de admissões de idosos por CSAP na UPAFR. No entanto, ao demonstrar a enorme importância das ICSAP entre idosos admitidos na UPAFR e simultaneamente verificar que a população idosa avalia de modo insatisfatório a maior parte dos atributos necessários à atividade plena das APS do município para a resolução dos seus problemas de saúde, identifica-se, claramente, a necessidade de capacitação dos profissionais de saúde e de maiores investimentos nestes Serviços para o melhor manejo destas enfermidades na terceira idade.

Estes resultados reforçam a necessidade de aplicação das diretrizes da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, que implicam no desenvolvimento de ações e pesquisas com o intuito de avaliar serviços de saúde voltados para esta população, com destaque para o

cuidado, que deve ter como porta de entrada principal, a Atenção Básica. Também evidenciam as respostas que o Sistema de Saúde proporciona às necessidades e expectativas desta população mais vulnerável e a capacidade que o mesmo possui de orientar sua atenção, considerando os atributos da APS.

O presente estudo apresenta um retrato da qualidade da Atenção Primária à Saúde de Franco da Rocha e pode servir como um alerta aos gestores e profissionais de saúde para a necessidade de mudanças e de novas estratégias de intervenção para fortalecer a capacidade do Sistema Único de Saúde (SUS) para atender as necessidades de saúde da população idosa.

É um imenso desafio proporcionar toda a estrutura de saúde adequada para o envelhecimento saudável da população brasileira, principalmente considerando-se as iniquidades da nossa sociedade. Além da necessária provisão e acessibilidade aos serviços com a qualidade requerida, aponta-se a urgência na formação dos profissionais de saúde orientada aos processos de prevenção, promoção e educação em saúde na abordagem da saúde do idoso.

Finalmente, cumpre alertar, que se ocorrer a implantação da PEC 241, que implicaria na limitação do teto de gastos em saúde e educação por um período de 20 anos, e se esta medida ocorrer em associação com a limitação do Programa Mais Médicos ocorrerá, em curto período, uma limitação ainda maior (do que a atual) das ações do SUS e particularmente da capacidade resolutiva da APS, com retrocesso nos indicadores nacionais de saúde.

Seguramente também haverá um comprometimento ainda maior da qualidade no atendimento ao idoso, com consequente aumento das admissões e das internações por CSAP nos serviços de maior complexidade em nosso país, o que paradoxalmente desencadeará a necessidade ainda maior de aumento de gastos em saúde para o tratamento destas condições passíveis de serem plena e eficazmente abordadas na APS.

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALFRADIQUE ME, BONOLO PF, DOURADO I, LIMA-COSTA MF, MACINKO J, MENDONÇA CS, OLIVEIRA VB, SAMPAIO LFR, SIMONI CD, TURCI MA. Internações por condições sensíveis à atenção primária: a construção da lista brasileira como ferramenta para medir o desempenho do sistema de saúde (Projeto ICSAP – Brasil). *Cad. Saúde Pública,* Rio de Janeiro, 25(6):1337-1349, jun, 2009.

ALMEIDA WS, ANDRADE CLT, MARQUES AP, MONTILLA DER. Internação de Idosos por Condições Sensíveis à atenção primária à saúde. *Rev. Saúde Pública,* 48(5):817-826, 2014.

ARAÚJO LUA, GAMA ZAS, NASCIMENTO FLA, OLIVEIRA AFV, AZEVEDO WM, ALMEIDA JUNIOR HJB. Avaliação da qualidade da atenção primária à saúde sob a perspectiva do idoso. *Ciência & Saúde Coletiva*, 19(8):3521-3532, 2014

CAMPINO ACC, CARNEIRO LAF, RODRIGUES CG, SANTOS GMM, SILVA ARA. Envelhecimento populacional e os desafios para o sistema de saúde brasileiro. *Instituto Estudos de Saúde Complementar,* 06-23, 2013.

CARBONI RM, REPPETTO MA. Uma reflexão sobre a assistência à saúde do idoso no Brasil. *Revista Eletrônica de Enfermagem*; 9(1): 251-260. 2007.

CARVALHO VCHS. Avaliação do Serviço de Atenção Básica à Saúde utilizado pela população idosa do município de Ilhéus, Bahia. [Dissertação de mestrado] Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre 2012.

CIOSAK SI, BRAZ E, COSTA MFBNA, NAKANO NGR, RODRIGUES J, ALENCAR RA, ROCHA ACAL. Senescência e senilidade: novo paradigma na Atenção Básica de Saúde. *Rev Esc Enferm USP.* 2011; 45(Esp. 2):1763-8 www.ee.usp.br/reeusp

FACCHINI LA, MARTIN M, NAVARRO A, NEDEL FB. Características da atenção básica, associadas ao risco de internar por condições sensíveis à atenção primária: revisão sistemática da literatura. *Epimiol. Serv. Saúde,* 19(1): 61-75, jan-mar 2010.

FRACOLLI L A, BERTOLOZZI MR. A Abordagem do processo saúde-doença das famílias e do coletivo. In: BRASIL. *Instituto para o Desenvolvimento da Saúde.* Universidade de São Paulo.

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *Contagem Populacional 2007 e Censo Demográfico,* Franco da Rocha, 2010.

LEÃO CDA, CALDEIRA, AP, OLIVEIRA, MMC. Atributos da atenção primária na assistência à saúde da criança: avaliação dos cuidadores. *Rev. Bras. Saúde Matern. Infant. Recife,* 11 (3): 323-334 jul. / set., 2011.

MARTINS AB, D'AVILA OP, HILGERT JB, HUGO FN. Atenção Primária a Saúde voltada as necessidades dos idosos: da teoria à prática. *Ciência & Saúde Coletiva*, 19(8):3403-3416, 2014.

MACINKO J, DOURADO I, GUANAIS FC. *Chronic* Dis*eases, Primary care and Health, Systems Performance. Diagnostics, Tools and Interventions.* Inter-American Development Bank Social Sector Social Protection and Health Division – DISCUSSION PAPER No. IDB-DP-189- November 2011

MOTTA LB, AGUIAR AC. Novas competências profissionais em saúde e o envelhecimento populacional brasileiro: *integralidade, interdisciplinaridade e intersetorialidade. Ciência e Saúde Coletiva,* 12(2): 363-372. 2007.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (BR). Portaria 221, de 17 de abril de 2008: divulga a Lista Nacional de Condições Sensíveis a Atenção Primária. Brasília (DF): MS; 2008.

MINISTÉRIO DA SAÚDE- Brasília: Manual de Enfermagem / Instituto para o Desenvolvimento da Saúde. Universidade de São Paulo. Ministério da Saúde – Brasília: Ministério da Saúde. 2001. p. 04-8

MINISTÉRIO DA SAÚDE (BR). Secretaria de Atenção em Saúde. Departamento de Atenção Básica. Manual do Instrumento de avaliação da atenção primária à saúde: primary care assessment tool pcatool – Brasil. Brasília: MS; 2010.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (BR). Secretaria de Atenção à Saúde Departamento de Atenção Básica. Série A. Normas e Manuais Técnicos Cadernos de Atenção Básica, n. 19. ENVELHECIMENTO E SAÚDE DA PESSOA IDOSA. Brasília. 2007.

MIOT HE. Tamanho da amostra em estudos clínicos experimentais. *J Vasc Bras*, Vol. 10, Nº 4. 2011

NEGRI LSA, RUY GF, COLLODETTI JB, PINTO LF, SORANZ DR. Aplicação de um instrumento para detecção precoce e previsibilidade de agravos na população idosa. *Ciência & Saúde Coletiva*, 9(4):1033-1046, 2004.

NUNES BP. Multimorbidade em idosos: Ocorrência, consequências e relação com a Estratégia Saúde da Família. 2015.

REHEM TCMSB, CIOSAK SI, EGRY EY. Internações por condições sensíveis à atenção primária no hospital geral de uma microrregião de saúde do município de São Paulo. *Texto Contexto Enferm, Florianópolis*, 2012 Jul-Set; 21(3): 535-42

TOKUHASHI K. Fatores associados à Qualidade de Vida Relacionada à Saúde de idosos residentes no Município de São Paulo – Estudo SABE – Saúde, Bem-Estar e Envelhecimento. São Paulo. [Tese de Doutorado]. Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo; 2011.

SILVA JRG, GALDINO MNAS, BEZERRA ALD, SOUSA MNA. Direito à Saúde: Revisão Integrativa da literatura sobre o Acesso de idosos aos Serviços de Saúde. *C&D-Revista Eletrônica da Fainor*, Vitória da Conquista, v.5, n.1, p.25-42, jan./dez. 2012

STARFIELD B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde; 2002. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_primaria_p1.pdf.

VERAS R. Envelhecimento populacional contemporâneo: *demandas, desafios e inovações*. Rev Saúde Pública 2009; 43(3):548-54.

http://www.francodarocha.sp.gov.br/franco/index/acidade/1 ACESSADO EM 12/05/2016

http://www.cremesp.org.br/?siteAcao=Jornal&id=1129 ACESSADO EM 24 DE JUNHO DE 2016

7. ANEXOS

INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA PCATool - Brasil versão Adulto1º momento: Apresentação do entrevistador e dos objetivos do estudo / avaliação. ITENS INTRODUTÓRIOS Nesta seção, você deve:1 - Verificar disponibilidade da pessoa que lhe atende no domicílio ou no serviço de saúde em seguir com a entrevista.2 - Identificar, de acordo com seus objetivos de pesquisa / avaliação, se o adulto em questão é elegível para seu estudo/avaliação (aplicação dos critérios de inclusão e exclusão do seu estudo/avaliação).3 - Aplicar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, caso necessário.4 - Seguir com entrevista.

INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA PCATool – Brasil versão adulto

A – GRAU DE AFILIAÇÃO

A1- Há um médico/enfermeiro ou serviço de saúde onde você geralmente vai quando fica doente ou precisa de conselhos sobre a sua saúde?

[ ] Não

[ ] Sim (Por favor, dê o nome e endereço)

Nome do profissional ou serviço de saúde:

Endereço:

A2- Há um médico/enfermeiro ou serviço de saúde que o/a conhece melhor como pessoa?

[ ] Não

[ ] Sim, mesmo médico/ enfermeiro/ serviço de saúde que acima

[ ] Sim, mesmo médico/ enfermeiro/ serviço de saúde diferente (Por favor, dê o nome e endereço)

Nome do profissional ou serviço de saúde:

Endereço:

A3- Há um médico/enfermeiro ou serviço de saúde que é mais responsável por seu atendimento de saúde?

[ ] Não

[ ] Sim, mesmo que A1 e A2 acima.

[ ] Sim, o mesmo que A1 somente

[ ] Sim, o mesmo que A2 somente

[ ] Sim, diferente de A1 e A2 (Por favor, dê o nome e endereço).

Nome do profissional ou serviço de saúde:

Endereço:

Para o entrevistador: IDENTIFICAÇÃO DO SERVIÇO DE SAÚDE OU MÉDICO/ENFERMEIRO A SER AVALIADO

AGORA, o entrevistador identifica o serviço de saúde que será avaliado, conforme as orientações abaixo:

Se o entrevistado indicou o mesmo serviço de saúde nas três perguntas, continue o restante do questionário sobre esse médico/enfermeiro ou serviço de saúde. (Preencha o item A5).

Se o entrevistado respondeu duas perguntas iguais, continue o restante do questionário sobre esse médico/enfermeiro ou serviço de saúde (Preencha o item A5).

Se todos as respostas forem diferentes, continue o restante do questionário sobre o médico/enfermeiro ou serviço de saúde identificado na pergunta A1 (Preencha o item A5).

Se o entrevistado respondeu NÃO a duas perguntas, continue o restante do questionário sobre esse médico/enfermeiro ou serviço de saúde identificado na pergunta à qual o entrevistado respondeu SIM. (Preencha o item A5).

Se o entrevistado responder NÃO à pergunta A1 e indicar respostas diferentes para as perguntas A2 e A3, continue o restante do questionário sobre esse médico/enfermeiro ou serviço de saúde indicado na respostas A3 (Preencha o item A5).

Se o entrevistado respondeu NÃO a todas as três perguntas, por favor pergunte o nome do último médico/enfermeiro ou serviço de saúde onde a criança consultou e continue o restante do questionário sobre esse médico/enfermeiro ou serviço de saúde (Preencha o item A4 e A5).

A4- Nome do médico/enfermeiro ou serviço de saúde procurado pela última vez:

Esclareça ao entrevistado que:
A partir de agora, todas as perguntas seguintes serão sobre o (a):
A5-

(nome do médico/enfermeiro/serviço de saúde).(Vá para a Seção B)

INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA PCATool – Brasil versão adulto
B – ACESSO DE PRIMEIRO CONTATO – UTILIZAÇÃO

Indique a melhor opção	**c/ certeza**	**provavelmte, s**	**provavelmte, não**	**não sei**
B1 – Quando você necessita de uma consulta de revisão, você vai ao "méd/ serv. saúde/ enf" antes de ir a outro serviço?	4 [ ]	3 [ ]	2 [ ]	1 [ ]
B2 – Qnd você tem um novo problema de saúde você vai ao "méd/ serv. saúde/enf" antes de ir a outro serviço?	4 [ ]	3 [ ]	2 [ ]	1 [ ]
B3 – Qnd você tem q consultar um especialista, o "méd/ serv. saúde/enf" tem que lhe encaminhar obrigatoriamente?	4 [ ]	3 [ ]	2 [ ]	1 [ ]

INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA PCATool – Brasil versão adulto
C – ACESSO DE PRIMEIRO CONTATO – ACESSIBILIDADE

Indique a melhor opção	**c/ certeza**	**provavelmte, s**	**provavelmte, não**	**não sei**
C1 – O "méd/ serv. saúde/enf" fica aberto no sáb ou dom?	4 [ ]	3 [ ]	2 [ ]	1 [ ]
C2 – O "méd/ serv. saúde/enf" fica aberto pelo menos algumas noites em dias úteis até as 20h?	4 [ ]	3 [ ]	2 [ ]	1 [ ]
C3 – Quando o "méd/ serv. saúde/ enf" está aberto e você adoece alguém de lá atende você no mesmo dia?	4 [ ]	3 [ ]	2 [ ]	1 [ ]
C4 – Qnd o "méd/ serv. saúde/enf" está aberto, você consegue aconselhamento rápido pelo tel se precisar?	4 [ ]	3 [ ]	2 [ ]	1 [ ]
C5 - Qnd o "méd/ serv. saúde/enf" está fechado, existe um nº de tel p/ o qual você possa ligar qnd fica doente?	4 [ ]	3 [ ]	2 [ ]	1 [ ]
C6 – Qnd o seu "méd/ serv. saúde/enf" está fechado no sáb e dom e Você fica doente, alguém deste Serv atende você no msm dia?	4 [ ]	3 [ ]	2 [ ]	1 [ ]
C7 – Qnd o seu "méd/ serv. saúde enf" está fechado e você fica doente durante a noite, alguém de lá atende você naquela noite?	4 [ ]	3 [ ]	2 [ ]	1 [ ]
C8- É fácil marcar hora para uma consulta de revisão neste "méd/ serv. saúde/enf"	4 [ ]	3 [ ]	2 [ ]	1 [ ]

INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA PCATool – Brasil versão adulto
C – ACESSO DE PRIMEIRO CONTATO – ACESSIBILIDADE

Indique a melhor opção	**c/ certeza**	**provavelmte, s**	**provavelmte, não**	**não sei**
C9 – Qnd você chega no seu "méd/ serv. saúde/enf" você tem que esperar mais de 30' p/ consultar c/ o méd ou enf.?	4 [ ]	3 [ ]	2 [ ]	1 [ ]
C10 – Vc tem que esperar por muito tempo, ou flr c/ muitas pessoas p/ marcar hr no seu "méd/ serv. saúde/enf"?	4 [ ]	3 [ ]	2 [ ]	1 [ ]
C11 – É difícil p/ você conseguir atendimento "méd/ serv. saúde/enf" qnd pensa que é necessário?	4 [ ]	3 [ ]	2 [ ]	1 [ ]
C12 – Qnd você tem que ir ao "méd/ serv. saúde/enf" você tem que faltar ao trabalho ou a escola para ir ao serviço de saúde?	4 [ ]	3 [ ]	2 [ ]	1 [ ]

INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA PCATool – Brasil versão adulto
D – LONGITUDINALIDADE

Indique a melhor opção	**c/ certeza**	**provavelmte, s**	**provavelmte, não**	**não sei**
D1 – Quando você vai ao seu "méd/ serv. saúde/enf" é o mesmo profissional que atende você todas às vezes?	4 [ ]	3 [ ]	2 [ ]	1 [ ]
D2 – Você acha que o seu "méd/ serv. saúde/enf" entende o que você diz ou pergunta?	4 [ ]	3 [ ]	2 [ ]	1 [ ]
D3 – O seu "méd/ serv. saúde/enf" responde suas perguntas de maneira q você entenda?	4 [ ]	3 [ ]	2 [ ]	1 [ ]
D4 – Se você tiver uma pergunta pode telefonar e falar com o "méd/ serv. saúde/ enf." que melhor conhece você?	4 [ ]	3 [ ]	2 [ ]	1 [ ]
D5 – O seu "méd/enf" lhe dá tempo suficiente p/ falar sobre as suas preocupações ou problemas?	4 [ ]	3 [ ]	2 [ ]	1 [ ]
D6 – Você se sente à vontade contando suas preocupações ao seu "méd/enf"?	4 [ ]	3 [ ]	2 [ ]	1 [ ]
D7 – O seu "méd/enf" conhece você mais como pessoa do que somente como alguém com um problema de saúde?	4 [ ]	3 [ ]	2 [ ]	1 [ ]

INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA PCATool – Brasil versão adulto

D – LONGITUDINALIDADE

Indique a melhor opção	**c/ certeza**	**provavelmte, s**	**provavelmte, não**	**não sei**
D8 - O seu "méd/enf" sabe quem mora com você?	4 [ ]	3 [ ]	2 [ ]	1 [ ]
D9 – O seu "méd/enf" sabe quais problemas são mais importantes para você?	4 [ ]	3 [ ]	2 [ ]	1 [ ]
D10 – O seu "méd/enf" conhece sua história clínica completa?	4 [ ]	3 [ ]	2 [ ]	1 [ ]
D11 – O seu "méd/enf" sabe a respeito do seu trabalho ou emprego?	4 [ ]	3 [ ]	2 [ ]	1 [ ]
D12 – O seu "méd/enf" saberia de alguma forma se você tivesse problemas em obter ou pagar por meds que você precisa?	4 [ ]	3 [ ]	2 [ ]	1 [ ]
D13 – O seu "méd/enf" sabe a respeito de todos os meds que você esta tomando?	4 [ ]	3 [ ]	2 [ ]	1 [ ]
D14 – Vc mudaria de "serv saude/ "méd/ serv. saúde/enf" p/ outro Serviço de saúde se isto fosse mais fácil de fazer? mais fácil de fazer?	4 [ ]	3 [ ]	2 [ ]	1 [ ]

INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA PCATool – Brasil versão adulto

E – COORDENAÇÃO – INTEGRAÇÃO DE CUIDADOS

E1 – Você foi consultar qualquer tipo de especialista ou serviço especializado no período em que você está em acompanhamento no "nome do serviço de saúde/ ou nome do médico/ enfermeiro"?

[ ] Sim

[ ] Não (Passe para a questão F1)

[ ] Não sei/ Não lembro (Passe para a questão F1)

Indique a melhor opção	**c/ certeza**	**provavelmte, s**	**provavelmte, não**	**não sei**
E2 – O "serv saude/méd/ enf" sugeriu que você fosse consultar com este especialista ou serviço especializado?	4 [ ]	3 [ ]	2 [ ]	1 [ ]
E3 – O "serv saúde/ méd/ enf" sabe que você fez essas consultas com este especialista ou serviços especializados?	4 [ ]	3 [ ]	2 [ ]	1 [ ]
E4 – O seu "méd/enf" discutiu com você diferentes serviços onde você poderia ser atendido para este problema?	4 [ ]	3 [ ]	2 [ ]	1 [ ]
E5 – O seu "méd/enf" ou alguém que trabalha no/ com "serv. sáude/ méd/enf" Ajudou-o/a a marcar esta consulta?	4 [ ]	3 [ ]	2 [ ]	1 [ ]
E6 – O seu "méd/enf" escreveu alguma informação para o especialista, a respeito do motivo da consulta?	4 [ ]	3 [ ]	2 [ ]	1 [ ]
E7 – O "serv. saúde/ méd/ enf" sabe quais foram os resultados desta consulta?	4 [ ]	3 [ ]	2 [ ]	1 [ ]

INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA PCATool – Brasil versão adulto

E – COORDENAÇÃO – INTEGRAÇÃO DE CUIDADOS

Indique a melhor opção	**c/ certeza**	**provavelmte, s**	**provavelmte, não**	**não sei**
E8 – Depois que você foi a este especialista ou serviço especializado, o seu "méd/enf" conversou com você sobre o que aconteceu durante esta consulta?	4 [ ]	3 [ ]	2 [ ]	1 [ ]
E9 – O seu "méd/enf" pareceu interessado na qualidade do cuidado que lhe foi dado (lhe perguntou se você foi bem ou mal atendido por este especialista ou serviço especializado)?	4 [ ]	3 [ ]	2 [ ]	1 [ ]

INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA PCATool – Brasil versão adulto
F – COORDENAÇÃO – SISTEMA DE INFORMAÇÕES

Indique a melhor opção	**c/ certeza**	**provavelmte, s**	**provavelmte, não**	**não sei**
F1 - Quando você vai no "nome do serviço de saúde /ou nome méd/ Enf" você leva algum dos registros de saúde ou boletins de atendimento que você recebeu no passado? (exemplificar se não entender "registro": fichas de atendi -mento de emergência, resultado de exames de laboratório)	4 [ ]	3 [ ]	2 [ ]	1 [ ]
F2 – Quando você vai ao "méd/enf" o seu prontuário está sempre disponível na consulta?	4 [ ]	3 [ ]	2 [ ]	1 [ ]
F3 – Você poderia ler o seu prontuário se quisesse no "serv. saúde/ enf/ méd" ?	4 [ ]	3 [ ]	2 [ ]	1 [ ]

INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA PCATool – Brasil versão adulto
G – INTEGRALIDADE – SERVIÇOS DISPONÍVEIS

A seguir, apresentamos uma lista de serviços/orientações que você e sua família ou as pessoas que utilizam esse serviço podem necessitar em algum momento.Indique, por favor, se no "nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro" esses serviços ou orien-tações estão disponíveis: (Repetir a cada 3-4 itens: "Está disponível no "nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro")

Indique a melhor opção	**c/ certeza**	**provavelmte, s**	**provavelmte, não**	**não sei**
G1 – Respostas a perguntas sobre nutrição ou dieta.	4 [ ]	3 [ ]	2 [ ]	1 [ ]
G2 – Verificar se sua família pode participar de algum programa de assistência social ou benefícios sociais.	4 [ ]	3 [ ]	2 [ ]	1 [ ]
G3 – Programa de suplementação nutricional (ex. Leite, alimtos)	4 [ ]	3 [ ]	2 [ ]	1 [ ]
G4 – Vacinas	4 [ ]	3 [ ]	2 [ ]	1 [ ]
G5 – Avaliação da saúde bucal	4 [ ]	3 [ ]	2 [ ]	1 [ ]
G6 – Tratamento dentário	4 [ ]	3 [ ]	2 [ ]	1 [ ]
G7 – Planejamento familiar ou métodos anticoncepcionais	4 [ ]	3 [ ]	2 [ ]	1 [ ]
G8 – Aconselhamento ou tratamento para o uso prejudicial de drogas (lícitas ou ilícitas, ex: álcool, cocaína, remédios para dormir).	4 [ ]	3 [ ]	2 [ ]	1 [ ]
G9 – Aconselhamento para problemas de saúde mental.	4 [ ]	3 [ ]	2 [ ]	1 [ ]
G10 – Sutura de um corte que necessite de pontos.	4 [ ]	3 [ ]	2 [ ]	1 [ ]
G11 – Aconselhamento e solicitação de teste anti-HIV.	4 [ ]	3 [ ]	2 [ ]	1 [ ]
G12 – Identificação de problemas Auditivos.	4 [ ]	3 [ ]	2 [ ]	1 [ ]
G13 – Identificação de problemas Visuais.	4 [ ]	3 [ ]	2 [ ]	1 [ ]

INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA PCATool – Brasil versão adulto
G – INTEGRALIDADE – SERVIÇOS DISPONÍVEIS

A seguir, apresentamos uma lista de serviços/orientações que você e sua família ou as pessoas que utilizam esse serviço podem necessitar em algum momento. Indique, por favor, se no "nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro" esses serviços ou orientações estão disponíveis: (Repetir a cada 3-4 itens: "Está disponível no "nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro")

Indique a melhor opção	**c/ certeza**	**provavelmte, s**	**provavelmte, não**	**não sei**
G14 – Colocação de tala	4 [ ]	3 [ ]	2 [ ]	1 [ ]
G15 – Remoção de verrugas	4 [ ]	3 [ ]	2 [ ]	1 [ ]
G16 – Exame preventivo para câncer de colo de útero.	4 [ ]	3 [ ]	2 [ ]	1 [ ]
G17 – Aconselhamento sobre como parar de fumar.	4 [ ]	3 [ ]	2 [ ]	1 [ ]
G18 – Cuidados pré-natais	4 [ ]	3 [ ]	2 [ ]	1 [ ]
G19 – Remoção de unha encravada.	4 [ ]	3 [ ]	2 [ ]	1 [ ]
G20 – Aconselhamento sobre as mudanças que acontecem com o envelhecimento (ex: diminuição da memória, risco de cair).	4 [ ]	3 [ ]	2 [ ]	1 [ ]
G21 – Orientações sobre cuidados no domicílio para alguém da sua família como: curativos, troca de sondas, banho na cama...	4 [ ]	3 [ ]	2 [ ]	1 [ ]
G22 – Orientações sobre o que fazer caso alguém de sua família fique incapacitado e não possa tomar decisões sobre sua saúde (ex: doação de órgãos, coma?.	4 [ ]	3 [ ]	2 [ ]	1 [ ]

INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA PCATool – Brasil versão adulto
H – INTEGRALIDADE – SERVIÇOS PRESTADOS

A seguir, apresentamos uma lista de serviços que você pode ter recebido em consulta no "nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro". Em consultas ao "nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro", algum dos seguintes assuntos já foram ou são discutidos (conversados) com você? (repetir essa frase a cada 3-4 itens).

Indique a melhor opção	**c/ certeza**	**provavelmte, s**	**provavelmte, não**	**não sei**
H1 – Conselhos sobre alimentação saudável ou sobre dormir suficientemente.	4 [ ]	3 [ ]	2 [ ]	1 [ ]
H2 – Segurança no lar, como guardar medicamentos em segurança.	4 [ ]	3 [ ]	2 [ ]	1 [ ]
H3 – Aconselhamento sobre o uso de cinto de segurança ou assentos seguros para criança ao andar de carro.	4 [ ]	3 [ ]	2 [ ]	1 [ ]
H4 – Maneiras de lidar com conflitos de família que podem surgir de vez em quando.	4 [ ]	3 [ ]	2 [ ]	1 [ ]
H5 – Conselhos a respeito de exercícios físicos apropriados para você.	4 [ ]	3 [ ]	2 [ ]	1 [ ]
H6 – Testes de sangue para verificar os níveis de colesterol	4 [ ]	3 [ ]	2 [ ]	1 [ ]

INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA PCATool – Brasil versão adulto

H – INTEGRALIDADE – SERVIÇOS PRESTADOS

Indique a melhor opção	**c/ certeza**	**provavelmte, s**	**provavelmte, não**	**não sei**
H7 – Verificar e discutir os medicamentos que você está tomando.	4 [ ]	3 [ ]	2 [ ]	1 [ ]
H8 – Possíveis exposições a substâncias perigosas (ex: veneno, para formiga, rato) no seu lar, no trabalho ou na vizinhança.	4 [ ]	3 [ ]	2 [ ]	1 [ ]
H9 – Perguntar se você tem uma arma de fogo e orientar como guardá-la com segurança.	4 [ ]	3 [ ]	2 [ ]	1 [ ]
H10 – Como prevenir queimaduras (ex: causadas por água quente, óleo quente, outras substâncias).	4 [ ]	3 [ ]	2 [ ]	1 [ ]
H11 – Como prevenir queimaduras	4 [ ]	3 [ ]	2 [ ]	1 [ ]
H12 – **Só para mulheres:** Como prevenir osteoporose ou ossos frágeis.	4 [ ]	3 [ ]	2 [ ]	1 [ ]
H13 – **Só para mulheres:** o cuidado de problemas comuns da menstruação ou menopausa.	4 [ ]	3 [ ]	2 [ ]	1 [ ]

INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA PCATool – Brasil versão adulto

I – ORIENTAÇAO FAMILIAR

As perguntas a seguir são sobre o relacionamento do seu "nome do serviço de saúde/ ou nome do médico/ enfermeiro" com sua família.

Indique a melhor opção	**c/ certeza**	**provavelmte, s**	**provavelmte, não**	**não sei**
I1 – O seu "méd/enf" lhe pergunta sobre suas ideias e opiniões ao planejar o tratamento e cuidado para você ou para membro da sua família?	4 [ ]	3 [ ]	2 [ ]	1 [ ]
I2 – O seu "méd/enf" já lhe perguntou a respeito de doenças ou problemas comuns que pode ocorrer em sua família? (depressão, câncer, alcoolismo)?	4 [ ]	3 [ ]	2 [ ]	1 [ ]
I3 – O seu "méd/enf" se reuniria com membros da sua família se você achasse necessário?	4 [ ]	3 [ ]	2 [ ]	1 [ ]

INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA PCATool – Brasil versão adulto
J – ORIENTAÇAO COMUNITÁRIA

Indique a melhor opção	**c/ certeza**	**provavelmte, s**	**provavelmte, não**	**não sei**
J1 – Alguém no "nome do serv. saúde/ méd/ enf" faz visitas domiciliares?	4 [ ]	3 [ ]	2 [ ]	1 [ ]
J2 – O seu "serv. saúde/ méd/enf" conhece os problemas de saúde importantes na sua vizinhança?	4 [ ]	3 [ ]	2 [ ]	1 [ ]
J3 – O seu "serv. saúde/ méd/ enf." ouve opiniões e ideias da comunidade de como melhorar os serviços de saúde?	4 [ ]	3 [ ]	2 [ ]	1 [ ]

A seguir são listadas formas de avaliar a qualidade de serviços de saúde. O "nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro" realiza alguma destas?

J4 – Faz pesquisas com os pacientes para ver se os serviços estão satisfazendo as necessidades das pessoas?	4 [ ]	3 [ ]	2 [ ]	1 [ ]
J5 – Faz pesquisas na comunidade para identificar problemas de saúde que ele deveria conhecer?	4 [ ]	3 [ ]	2 [ ]	1 [ ]
J6 – Convida você e sua família para participar do Conselho Local de Saúde (conselho gestor/ conselho de usuários)?	4 [ ]	3 [ ]	2 [ ]	1 [ ]

Instruções para Elucidar Dúvidas Quanto ao Significado de Alguns Itens A – GRAU DE AFILIAÇÃO. Itens sobre afiliação visam identificar o serviço ou profissional de saúde que serve como referência para os cuidados do adulto entrevistado. Esta é uma parte crucial do instrumento, pois é onde o entrevistado identificará o serviço de saúde, preferencialmente, ou o profissional de saúde (médico/enfermeiro) sobre o qual versará todo o restante do instrumento. Não se esqueça de anotar os endereços e de informar ao entrevistado que, dali em diante, todos os itens se referirão ao serviço de saúde/profissional identificado. Isso deve ser relembrado sempre ao longo da entrevista, principalmente nos casos onde foram mencionados mais de um serviço/profissional na introdução dos itens.A1 – Há um médico ou serviço de saúde onde você geralmente vai quando fica doente ou precisa de conselhos sobre a sua saúde?Anote SIM ou NÃO. Se a resposta for SIM, escreva o nome do médico / enfermeiro e a descrição do local no campo endereço. Estes dados devem permitir a perfeita identificação do serviço de saúde. Trata-se do médico/enfermeiro ou serviço que serve como referência principal para o cuidado da saúde do adulto entrevistado. A2 – Há um médico ou serviço de saúde que o/a conhece melhor como pessoa?Anote SIM ou NÃO. Se a resposta for SIM, escreva o nome do médico / enfermeiro e a descrição do local no campo endereço. Estes dados devem permitir a perfeita identificação do serviço de saúde, permitindo relacionar este local com o do item A1.Trata-se do relacionamento pessoal do entrevistado com seu médico/enfermeiro/serviço de saúde, caracterizado pelo conhecimento de outros aspectos de vida do entrevistado, além das questões de saúde.A3 – Há um médico ou serviço de saúde que é mais responsável por seu atendimento de saúde?Anote SIM ou NÃO. Se a resposta for SIM, escreva o nome do médico / enfermeiro e a descrição do local no campo endereço. Estes dados devem permitir a perfeita identificação do serviço de saúde, permitindo relacionar este local com o dos itens A1 e A2.Trata-se do principal médico/serviço responsável pelo atendimento do entrevistado. Caso o entrevistado tenha respondido não a todos os três itens, pergunte o nome do último médico/enfermeiro ou serviço de saúde onde ele consultou e faça o resto do instrumento a respeito deste médico/enfermeiro ou serviço de saúde.

Informação fundamental. Após esses itens você deve saber identificar o serviço de saúde / profissional que será avaliado ao longo de todo o PCATool-Brasil. Ao entrevistar sempre que aparecer "nome do serviço de saúde / ou nome médico / enfermeiro" substitua preferencialmente pelo nome do serviço de saúde indicado pelo entrevistado nos itens A1-A3, ou pelo nome do médico ou enfermeiro identificado, caso o entrevistado não saiba identificar o nome do serviço de saúde ou o item se refira explicitamente ao "nome do médico / enfermeiro".O objetivo principal do PCATool-Brasil é avaliar o serviço de saúde identificado no item A5, não somente o profissional de saúde de referência. Sempre substitua "nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro" pelo NOME do serviço de saúde. Sempre substitua "médico/enfermeiro" por Dr. "Nome do médico" ou Enfº. "Nome do Enfermeiro".Informações Gerais para os Componentes B ao J. Para todos os itens dos componentes B ao J deve ser utilizado o Cartão Resposta (Anexo 3).No início do instrumento, leia as alternativas indicando-as no Cartão de Resposta, para que o entrevistado se habitue. Caso o entrevistado responda de outra maneira, repita as alternativas possíveis. As palavras ou conceitos escritos entre parênteses só devem ser lidos caso o entrevistado não tenha entendido o item na sua primeira leitura. Ao repetir um item para facilitar o entendimento do entrevistado, leia também as palavras escritas entre parênteses. B - ACESSO DE PRIMEIRO CONTATO – UTILIZAÇÃOB1 – Quando você necessita de uma consulta de revisão (consulta de rotina, check-up), você vai ao seu "nome do serviço de saúde / ou nome médico / enfermeiro" antes de ir a outro serviço de saúde?Busca avaliar se o médico / enfermeiro é o primeiro a ser procurado para um consulta de revisão.B2 – Quando você tem um novo problema de saúde, você vai ao seu "nome do serviço de saúde / ou nome médico / enfermeiro" antes de ir a outro serviço de saúde?Esse item busca definir se o serviço referido é o primeiro local que o entrevistado procuraria caso possua um problema de saúde que ainda não havia se apresentado ou novo episódio de um problema crônico / continuado.B3 – Quando você tem que consultar um especialista, o seu "nome do serviço de saúde / ou nome médico / enfermeiro" tem que encaminhar você obrigatoriamente?Esse item busca conhecer se o serviço em avaliação é o único meio de encaminhamento para um especialista ou serviço especializado. C – ACESSO DE PRIMEIRO CONTATO – ACESSIBILIDADEC3 – Quando o seu "nome do serviço de saúde / ou nome médico / enfermeiro" está aberto e você adoece alguém de lá atende você no mesmo dia?

Esse item busca captar a capacidade do serviço de saúde em atender seus usuários com agilidade quando eles têm doença aguda ou agudização de um problema crônico.C4 – Quando o seu “nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro” está aberto, você consegue aconselhamento rápido pelo telefone se precisar?Esse item busca captar a capacidade do serviço de saúde em atender com agilidade por telefone seus usuários quando eles têm doença aguda, agudização de um problema crônico ou dúvidas quanto a sua situação de saúde/tratamentos.C5 – Quando o seu “nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro” está fechado, existe um número de telefone para o qual você possa ligar quando fica doente?Este item busca definir se o serviço possui um meio de comunicação quando este serviço está fechado, não incluindo outros serviços que o entrevistado possa acessar. C6 – Quando o seu “nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro” está fechado no sábado e domingo e você fica doente, alguém deste serviço atende você no mesmo dia?Este item busca definir se o médico/enfermeiro ou alguém do serviço em avaliação atenderia o paciente durante o final de semana, não incluindo outros serviços que o entrevistado possa acessar.C7 – Quando o seu “nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro” está fechado e você fica doente durante a noite, alguém deste serviço atende você naquela noite? Este item busca definir se o médico/enfermeiro ou alguém do serviço em avaliação atenderia o paciente durante a noite, não incluindo outros serviços que o entrevistado possa acessar.C9 – Quando você chega no seu “nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro”, você tem que esperar mais de 30 minutos para consultar com o médico ou enfermeiro (sem contar triagem ou acolhimento)? O objetivo desse item é avaliar o tempo gasto, na sala de espera, até o paciente ser atendido em consulta pelo médico ou enfermeiro. Então, o acolhimento / a triagem antes da consulta não é contada como atendimento. D – LONGITUDINALIDADED6 – Você se sente à vontade contando as suas preocupações ou problemas ao “médico/enfermeiro”? O paciente apresenta-se confortável para se expressar nas consultas. D7 – O seu “médico/enfermeiro” conhece você mais como pessoa do que somente como alguém com um problema de saúde?Esse item visa avaliar se o médico ou enfermeiro tem um conhecimento amplo, integral, da realidade biopsicossocial do usuário ou se o conhecimento do profissional de saúde se resume ao reconhecimento das doenças dos usuários (biomédico).E – COORDENAÇÃO – Integração de Cuidados Solicitar que o entrevistador utilize o Cartão Respostas (Anexo 3) para indicar a melhor alternativa que responda os itens E2 até E9.

Longitudinalidade (D): Itens = D1, D2, D3, D4, D5, D6, D7, D8, D9, D10, D11, D12, D13 e D14.O item D14 tem o valor invertido (Veja 1º Passo: Inversão dos Valores). Após a inversão do valor deste item, o escore para este componente é calculado pela soma do valor dos itens dividido pelo número de itens para produzir um escore médio. Escore = (D1 + D2 + D3 + D4 + D5 + D6 + D7 + D8 + D9 + D10 + D11 + D12 + D13 + D14) / 14Coordenação: O atributo é formado por 2 componentes. Coordenação - Integração de Cuidados (E): Apresenta 8 itens, pois E1 não deve entrar no cálculo do escore por se tratar de um item descritivo. Variáveis = E2, E3, E4, E5, E6, E7, E8 e E9O escore para este componente é calculado pela soma do valor dos itens dividido pelo número de itens para produzir um escore médio. Escore = (E2 + E3 + E4 + E5 + E6 + E7 + E8 + E9) / 8 Coordenação - Sistema de Informações (F):Itens = F1, F2 e F3O escore para este componente é calculado pela soma do valor dos itens dividido pelo número de itens para produzir um escore médio. Escore = (F1 + F2 + F3) / 3Integralidade - O atributo é formado por 2 componentes Serviços Disponíveis (G):Itens = G1, G2, G3, G4, G5, G6, G7, G8, G9, G10, G11, G12, G13, G14, G15, G16, G17, G18, G19, G20, G21 e G22.O escore para este componente é calculado pela soma do valor dos itens dividido pelo número de itens para produzir um escore médio. Escore = (G1 + G2 + G3 + G4 + G5 + G6 + G7 + G8 + G9 + G10 + G11 + G12 + G13 + G14 + G15 + G16 + G17 + G18 + G19 + G20 + G21 + G22) / 22Serviços Prestados (H):Variáveis = H1, H2, H3, H4, H5, H6, H7, H8, H9, H10, H11, H12 e H13.O escore para este componente é calculado pela soma do valor dos itens dividido pelo número de itens para produzir um escore médio. Os itens H12 e H13 não devem ser aplicados para homens, portanto nesse componente o escore deve ser medido sem as somas destes itens quando o entrevistado for do sexo masculino. Para obter o escore deste componente deve-se calculá-lo separadamente para entrevistados do sexo feminino e masculino. Sexo Feminino (HF): Escore HF= (H1 + H2 + H3 + H4 + H5 + H6 + H7 + H8 + H9 + H10 + H11 + H12 + H13) / 13Sexo Masculino (HM)Escore HM= (H1 + H2 + H3 + H4 + H5 + H6 + H7 + H8 + H9 + H10 + H11) / 11

Orientação Familiar (I)Itens = I1, I2 e I3O escore para este atributo é calculado pela soma do valor dos itens dividido pelo número de itens para produzir um escore médio. Escore = (I1 + I2 + I3) / 3Orientação Comunitária (J):Itens: J1, J2, J3, J4, J5 e J6.O escore para este atributo é calculado pela soma do valor dos itens dividido pelo número de itens para produzir um escore médio. Escore = (J1 + J2 + J3 + J4 + J5 + J6) / 6 Transformação dos Escores. Para transformar os escores em escala de 0 a 10 utilize a seguinte fórmula: [escore obtido – 1 (valor mínimo)] X 10 / 4 (valor máximo) – 1 (valor mínimo).Ou Seja: {(Escore obtido – 1) X 10} / 3. Escore Essencial. O escore essencial é medido pela soma do escore médio dos componentes que pertencem aos atributos essenciais (mais Grau de Afiliação) dividido pelo número de componentes. Exemplo: (Soma dos Componentes dos Atributos Essenciais + Grau de Afiliação) / número de componentes. Sexo Feminino: (A + B + C + D + E + F + G + HF) / 8Sexo Masculino: (A + B + C + D + E + F + G + HM) / 8. Para cada entrevistado, caso não tenha sido possível calcular o escore em 4 ou mais componentes essenciais (ver página 55 - 2° passo), não calcule o Escore Essencial da APS. Caso não tenha sido possível calcular o escore em 3 ou menos dos componentes essenciais, calcule a média dos componentes restantes para calcular o Escore Essencial da APS. Escore Geral. O escore geral é medido pela soma do escore médio dos componentes que pertencem aos atributos essenciais mais componentes que pertencem aos atributos derivados mais Grau de Afiliação dividido pelo número total de componentes. Exemplo: (Componentes dos Atributos Essenciais + Componentes dos Atributos Derivados + Grau de Afiliação) / número total de componentes. Sexo Feminino: (A + B + C + D + E + F + G + HF) + (I + J) / 10. Sexo Masculino: (A +B + C + D + E + F + G + HM) + (I + J) / 10. Para cada entrevistado, caso não o tenha sido possível calcular o escore em 5 ou mais componentes (ver página 55 - 2º passo), não calcule o Escore Geral da APS. Caso não tenha sido possível calcular o escore em 4 ou menos dos componentes, calcule a média dos componentes restantes para calcular o Escore Geral da APS.

ENFERMAGEM

DECLARAÇÃO DE ANUÊNCIA e TERMO DE COMPROMISSO

À Secretaria de Saúde do Município de Franco da Rocha.

Eu Carolina de Miranda Santiago, RG 34108718-x SSP/SP, COREN/SP 0316047, enfermeira, estudante do curso de mestrado profissionalizante em Atenção Primária, cursando na EEUSP, venho por meio deste solicitar a anuência desta Secretaria Municipal de Saúde para desenvolver e realizar minha Dissertação de Mestrado neste município.

Declaro que conheço e cumprirei os requisitos da Res. CNS 466/12 e suas leis complementares. Comprometo-me a utilizar os materiais e dados coletados **exclusivamente para os fins previstos no protocolo de pesquisa intitulado "AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DA ATENÇAO PRIMÁRIA À SAÚDE SOB A PERSPECTIVA DO IDOSO INTERNADO POR CSAP NA UPA DE FRANCO DA ROCHA".**

Com esta pesquisa pretendemos diagnosticar o quadro atual das principais condições sensíveis que estão sendo associadas às internações neste município, a qualidade dos serviços de atenção primária, adesão e assiduidade desta população idosa. Pretendemos com esta pesquisa disponibilizar à secretaria de saúde do município servindo como um norteador para realização de estratégias e intervenções que poderam se desenvolvidas, reduzindo assim a longo prazo as internações e consequentemente a melhora na qualidade de vida desta população. Além da real e efetiva redução dos custos com tratamentos destas patologias descompensadas. O início da coleta de dados se dará em 01 de janeiro de 2.015 na Unidade de Pronto Atendimento de Franco da Rocha pela Coordenadora de Enfermagem e responsável por este projeto a Sra. Carolina de Miranda Santiago. Utilizando um levantamento das internações de idosos por condições sensíveis e a aplicação de um questionário simples com questões abertas e fechadas para aplicação nos pacientes idosos ≥ 60 anos, internados por ICSAP na UPA de Franco da Rocha, utilizaremos a ferramenta do Ministério da Saúde PCA Tool (Manual do Instrumento de Avaliação da Atenção Primária à Saúde) sendo este um questionário que nos dará um parâmetro de quais os serviços são a referência para os idosos, se estão disponíveis e acessíveis e o grau de adesão desta população com suas referências na Atenção Primária, também possibilitará um

parâmetro de quais os programas relacionadas à prevenção e promoção da saúde da população idosa estão sendo trabalhados na atenção primária, este questionário nos dará um parâmetro de quais os cuidados estão sendo efetivamente desenvolvidos com a população idosa neste município e quais atividades de prevenção, promoção e controle estão sendo praticadas, para assim identificarmos como elaborar estratégias para a melhoria do quadro de saúde atual desta população. Sempre orientando do que se trata a pesquisa e colhendo assinatura do termo de Consentimento Livre e Esclarecido, a aplicação do questionário dará a segurança de seu anonimato, não sendo relacionadas as respostas das questões aos profissionais pesquisados. Para assim mantermos tudo dentro do maior sigilo e segurança do paciente assistido neste Município.

Declaro, ainda, estar ciente da realização da pesquisa acima intitulada nas dependências da Unidade de Pronto Atendimento e Unidades Básicas de Saúde que possuam Estratégia Saúde da Família do município de Franco da Rocha e de que estas instituições tem condições para o desenvolvimento deste projeto.

Atenciosamente

Franco da Rocha 01 de DEZEMBRO de 2015

Sua Assinatura

Alessandra M.R. Miranda
Diretora de Atenção em Saúde
Secretaria Municipal de Saúde
Franco da Rocha

Diretoria de Atenção em Saúde de Franco da Rocha

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Título do Projeto: Avaliação da Qualidade da Atenção Primária à Saúde sob a perspectiva do idoso internado por condições sensíveis na UPA de Franco da Rocha**./**

Pesquisador Responsável: Francisco Oscar de Siqueira França

Pesquisador Executante: Carolina de Miranda Santiago

Este trabalho tem como objetivo analisar as principais causas de internações por condições sensíveis no município de Franco da Rocha, baseando-se em informações obtidas de prontuários de pacientes internados na Unidade de Pronto Atendimento de Franco da Rocha (UPAFR), em um período de 120 dias. Foram considerados neste estudo os usuários idosos que foram internados por condições sensíveis à atenção primária (ICSAP) na UPAFR, única porta de entrada pública para estes usuários no município. Também tem como objetivo realizar a aplicação do questionário PCATool-Brasil. Estes questionários pretendem avaliar a extensão e a qualidade das ações desenvolvidas na Atenção Primária deste município através das respostas obtidas por esta ferramenta utilizada com os idosos internados por CSAP na UPA, pelo período de fevereiro a abril de 2.016 com uma amostragem de 42 pacientes neste período utilizando uma taxa de erro de 0.3% com base nas internações do mesmo período de 2.015 e através destas informações, auxiliar nos modelos que deverão ser adotados na atenção primária através da secretaria de saúde do município que tem apoiado este projeto desde o início. Tendo como intuito principal deste projeto melhorar a qualidade de vida desta população através da adequada interpretação de suas necessidades em saúde. Há médio e longo prazo pretende-se com este projeto diminuir as internações por condições sensíveis à atenção primária na população idosa e consequentemente reduzir custos a longo prazo, além de aprofundar os conhecimentos e a prática de promoção e prevenção adotadas na Atenção Primária. Visto já ter sido amplamente comprovada a importância e o impacto de programas preventivos, de promoção e de educação em saúde. Sempre orientando do que se trata a pesquisa e colhendo assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), a aplicação do questionário dará a segurança de seu anonimato, não sendo relacionadas as respostas das questões aos pacientes pesquisados. Para assim mantermos tudo dentro do maior sigilo e segurança do paciente deste Município.

Para tanto será necessária a sua participação através da concordância em participar de um questionário com o/a senhor(a) para nos informarmos acerca de sua situação de saúde e como tem realizado o tratamento dos seus problemas de saúde.

Nenhum dado do (a) senhor(a) será revelado, tendo os pesquisadores o compromisso de manter o anonimato de todos os pacientes envolvidos no projeto.

Este projeto não implica em nenhum dano moral e/ou físico aos participantes do mesmo. Contato da pesquisadora Carolina para mais informações pelo telefone (11) 4819-6011 ramal 1925 ou e-mail carolinamsantiago@usp.br. Contato do orientador Dr. Francisco pelo telefone (11)3061-7651 ou e-mail fosfranca@usp.br.

Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da USP

Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 419 - 2º andar, sala 202
CEP: 05403-000 - Cerqueira César - São Paulo - SP
Tel.: (11) 3061-8858 - E-mail: cepee@usp.br
Horário de Funcionamento: de segunda a sexta-feira, das 8h às 17h.

Após ler e receber explicações sobre a pesquisa, o senhor ou a senhora tem o direito de:

Receber resposta adequada e esclarecedora a qualquer dúvida sobre o Projeto, seja relacionada à sua metodologia e também sobre os seus procedimentos;

Retirar o consentimento a qualquer momento e deixar de participar do estudo;

Não ser identificado e ter a garantia de que será mantido o caráter confidencial das informações relacionadas à sua privacidade.

Procurar esclarecimentos junto ao Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Enfermagem da Universidade de São Paulo, São Paulo - SP, em caso de dúvidas ou notificação de acontecimentos não previstos. Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 419, São Paulo, 05403-000

Declaro estar ciente do exposto e desejar participar deste projeto de Pesquisa.

Franco da Rocha, _____de_____ de _____ .

Nome do participante ou do responsável:_____

Assinatura:_____

Eu, *Carolina de Miranda Santiago,* declaro que forneci todas as informações referentes ao projeto ao participante e/ou responsável

Assinatura: .