



UNIVERSIDADE FEDERAL DO TOCANTINS
CAMPUS UNIVERSITÁRIO DE PALMAS
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
MESTRADO EM ENSINO EM CIÊNCIAS E SAÚDE

LUIZA VARGENS RAMOS

**A UTILIZAÇÃO DA CADERNETA DE SAÚDE DA PESSOA IDOSA NA ATENÇÃO
PRIMÁRIA: UM OLHAR NA FORMAÇÃO EM SAÚDE**

PALMAS/TO

2019

LUIZA VARGENS RAMOS

A UTILIZAÇÃO DA CADERNETA DE SAÚDE DA PESSOA IDOSA NA ATENÇÃO
PRIMÁRIA: UM OLHAR NA FORMAÇÃO EM SAÚDE

Dissertação apresentada ao Programa de Pós Graduação
em Ensino em Ciências e Saúde como requisito parcial
para a obtenção do grau de Mestre em Ensino em
Ciências e Saúde.

Orientador: Professor Doutor Luiz Sinésio Neto

PALMAS/TO

2019

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
Sistema de Bibliotecas da Universidade Federal do Tocantins

- R175u Ramos, Luiza Vargens.
A UTILIZAÇÃO DA CADERNETA DE SAÚDE DA PESSOA IDOSA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA: UM OLHAR NA FORMAÇÃO EM SAÚDE. / Luiza Vargens Ramos. – Palmas, TO, 2019.
108 f.
- Dissertação (Mestrado Acadêmico) - Universidade Federal do Tocantins – Câmpus Universitário de Palmas - Curso de Pós-Graduação (Mestrado) em Ensino em Ciências e Saúde, 2019.
Orientador: Luiz Sinésio Silva Neto
1. Cadermeta de Saúde da Pessoa Idosa . 2. Idosos. 3. Educação permanente em saúde. 4. Atenção primária. I. Título

CDD 372.35

TODOS OS DIREITOS RESERVADOS – A reprodução total ou parcial, de qualquer forma ou por qualquer meio deste documento é autorizado desde que citada a fonte. A violação dos direitos do autor (Lei nº 9.610/98) é crime estabelecido pelo artigo 184 do Código Penal.

Elaborado pelo sistema de geração automática de ficha catalográfica da UFT com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).




ATA DE RESULTADOS DA DEFESA DA DISSERTAÇÃO

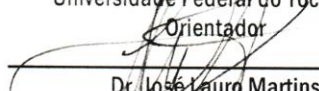
Aos 05 dias do mês de agosto do ano de 2019, na sala UMA do Campus de Palmas, reuniu-se a comissão examinadora, composta pelos seguintes membros: Professor orientador Dr. Luiz Sinésio Silva Neto, do Campus de Palmas da Universidade Federal do Tocantins, prof. Dr. José Lauro Martins, do Campus de Palmas da Universidade Federal do Tocantins, profa. Dra. Neila Barbosa Osório, do Campus de Palmas da Universidade Federal do Tocantins, sob a presidência do primeiro, a fim de proceder à apresentação da pesquisa de Luiza Vargens Ramos, intitulado “A utilização da caderneta de saúde da pessoa idosa na atenção primária: um olhar na formação em saúde”.

Após a apresentação, a discente foi arguida pelos membros da comissão examinadora, recebendo parecer Favorável.

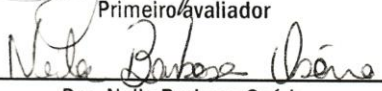
Nada mais havendo, foi lavrada a ata que, após lida e aprovada, foi assinada pelos membros da comissão examinadora.



Dr. Luiz Sinésio Silva Neto
Universidade Federal do Tocantins
Orientador

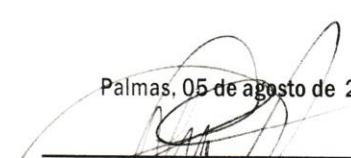


Dr. José Lauro Martins
Universidade Federal do Tocantins
Primeiro avaliador



Dra. Neila Barbosa Osório
Segundo avaliador

Palmas, 05 de agosto de 2019



Dr. José Lauro Martins
Coordenador do PPGECS/UFT

Dedico às minhas famílias. Desta e de outras vidas.

AGRADECIMENTOS

A Deus, que em sua infinita sabedoria me trouxe as pessoas certas, na hora certa, no lugar certo para me transformar pouco a pouco na pessoa que sou hoje e me tornar a pessoa que eu sempre quis ser. Se eu não tivesse essas criaturas iluminadas no meu caminho, não teria chegado até aqui, e não seria quem eu sou.

A minha família. Meus pais, irmã e sobrinhos. Nunca, em tempo algum, haveria razões para não serem vocês meus exemplos. Mãe e pai, não deve ter sido nada fácil me criar, me “tornar gente”, mas fico feliz por termos tido a coragem de vir a este mundo juntos. Minha irmã, Lívia, com todos os poréns desta vida, desde o começo você esteve lá, sempre me disse que “tudo ficaria bem” quando eu não acreditei que ficaria. Meus sobrinhos, Gabriel e Isabella, que mesmo com toda distância me ensinam a ser tia e buscar meu melhor cada vez mais. Amo. Indefinidamente.

A minha família. Meu Roberto e minhas meninas, Clarice e Manuela. Não teria mestrado, não seria mãe e não seria esposa se não fosse para vocês e por vocês. Amores da minha vida. Clarice e Manuela, minhas meninas que chegaram antes da hora, que me assustaram e que me amaram antes que eu soubesse amá-las. Minha dupla. Minhas metades. Meu Roberto, meu Anjo, companheiro, cúmplice, amigo, amor sem igual. Apoio e suporte que sempre está aqui. Eu não chegaria tão longe, nem teria me inscrito no Programa, se não fossem os seus abraços e aconchego, seu cafuné e seus “empurrões”. Amo vocês. Obrigada por essa parceria.

Meu orientador. Querido e admirado Dr. Luiz Sinésio Silva Neto. Se não fosse o apoio de sempre, a cada etapa e a cada dificuldade, não faríamos esse trabalho. Lembro-me bem das nossas conversas, do meu desespero com o CEP e da aflição com os prazos, das notícias sobre minha saúde e como isso afetaria minhas aulas, do nervoso para contar da minha gestação, da visita quando as meninas nasceram prematuras e do apoio nesse momento difícil e, da frase costumeira: “Vai dar tudo certo!”. Dr. Neto, excelente professor e excelente orientador. Obrigada por tudo, desde o começo do Programa, pelo apoio pessoal e profissional.

Às amigas amadas que o mestrado me deu: Márcia, Giovanna e Carolina. Amo. Márcia que sempre, sempre, sempre ensina a sermos melhores. Sempre se doa inteira aos amigos, aos trabalhos, à vida. Um “docinho de menina”, um exemplo de pessoa que Deus me permitiu ter ao meu lado nessa caminhada difícil que foi o mestrado. Obrigada, profissionalmente e pessoalmente, por cada mensagem, cada bom dia, cada trabalho que fizemos juntas e por ter estado ao meu lado com todo amor quando as meninas nasceram. Iluminada demais para eu

conseguir descrever e agradecer. Giovanna, “irmã de outras vidas”, não teria como não agradecer. Meu abraço de “mãe”, carinho com as meninas, adaptando sua vida e sua rotina para poder nos ajudar e nos abrigar (literalmente) quando precisávamos seguir a rotina cruel da UTI por causa das meninas, e por toda ajuda profissional em todas as dúvidas de “mãe de primeira viagem”. Vocês são exemplos inimagináveis para mim e para minhas filhas. Carolzinha, linda e dedicada. Achei esquisita no começo, mas logo vi que era “um amorzinho” e aprendi muito. Criatura das risadas e do apoio nos trabalhos mais “chatinhos” e sobramos as duas para o final do mestrado, “minha dupla” de sempre. Obrigada pelo carinho, pelo apoio, pela parceria.

Agradeço ao Programa de Pós-Graduação em Ensino em Ciência e Saúde e todos os seus professores que tornaram minha vida acadêmica significativa, em especial ao Prof. Dr. Ruhena Kelber Abraão, por ser um querido, um ótimo professor, um exemplo ímpar, na vida e na Academia; Prof. Dr. Gentil Veloso Barbosa, por nosso breve, mas valioso encontro; e Prof.^a Dra. Daniella Pires Nunes pelos conselhos e pelas valiosas contribuições ao Projeto, pelas dicas e observações que tornaram mais enriquecedor meu trabalho.

Aos professores que aceitaram participar da banca, Dra. Neila Osório e Dr. Lauro Martins, minha gratidão pelo tempo e paciência dedicados.

Obrigada. Todo meu reconhecimento a cada um por ter me auxiliado nesta jornada.

“Eu fiz uma regra sobre essas coisas, o que eu te recomendo, jovem: assim que você se sentir muito velho para fazer alguma coisa, faça essa coisa.”

Margaret Deland

RESUMO

Os espaços de saúde como as UBS são considerados ambientes de ensino não formal. Reconhecer e valorizar o conhecimento prévio dos profissionais para analisar o que já se sabe e o que é necessário aprender para melhorar o cuidado integral da pessoa idosa tem sido alvo de pesquisas em ensino e saúde. A Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa (CSPI) é um instrumento para a formação técnica e pode contribuir para mudanças institucionais ou de orientação no serviço de saúde. Dentre os desafios da implementação da CSPI no SUS destacamos a falta de capacitação e adesão por parte dos profissionais, a ausência de informações sobre a caderneta e dificuldades de preenchimento pelos profissionais. Portanto, compreender como acontecem os processos de formação e qual a percepção dos profissionais de saúde em relação à CSPI na Atenção Básica pode contribuir para formulação de novas estratégias de implementação desse instrumento. Por isso essa dissertação objetivou investigar a utilização da Caderneta pelos profissionais de saúde como instrumento de formação técnica na atenção à saúde do idoso no município de Gurupi, TO. Essa é uma pesquisa do tipo observacional descritiva transversal, com abordagem mista (quanti-qualitativa). A amostra foi composta por 60 profissionais de saúde com vínculo, em Unidades de Saúde da Família. Para obtenção dos dados foi utilizado um questionário composto por questões abertas e fechadas, dividido em 3 módulos: o primeiro com questões sócio econômicas e laborais, o segundo com conhecimentos e dificuldades dos profissionais com a CSPI, e o terceiro com avaliação das estratégias de ensino na Atenção Primária. Os resultados mostraram um processo heterogêneo de implantação e utilização da CSPI nas unidades de saúde, algumas estão em processo de implementação, porém com dificuldades de capacitação e outras utilizam a CSPI na versão desatualizada. Não encontramos em nosso município a implementação da versão mais recente do instrumento. Assim, consideramos que há necessidade de permanentes discussões e capacitações para que os espaços de trabalho sejam espaços para identificação das dificuldades dos profissionais e troca de saberes aumentando a construção de conhecimentos e eficácia das Unidades para lidar com as complexidades da pessoa idosa.

Palavras-Chave: Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa. Idosos. Educação permanente em saúde. Atenção Primária.

ABSTRACT

Health spaces such as UBS are considered non-formal teaching environments. Recognizing and valuing the professionals' previous knowledge to analyze what is already known and what is needed to learn to improve the integral care of the elderly has been the subject of research in education and health. The elderly person's health booklet (CSPI) is an instrument for technical training and can contribute to institutional changes or orientation in the health service. Among the challenges of the implementation of the CSPI in the SUS, we highlight the lack of training and adherence by professionals, the lack of information about the booklet and difficulties to fill the professionals. Therefore, understanding how the training processes happen and what health professionals perceive in relation to CSPI in primary care can contribute to the formulation of new strategies for implementing this instrument. Therefore, this dissertation aimed to investigate the use of the booklet by health professionals as an instrument of technical training in the health care of the elderly in the municipality of Gurupi, TO. This is a cross-sectional descriptive observational study with a mixed (quanti-qualitative) approach. The sample consisted of 60 health professionals with bonds, in family health units. To obtain the data, a questionnaire consisting of open and closed questions was used, divided into three modules: the first with socio-economic and labor issues, the second with knowledge and difficulties of the professionals with the CSPI, and the third with Evaluation of teaching strategies in primary care. The results showed a heterogeneous process of implantation and utilization of the CSPI in the health units, some are in the process of implementation, but with training difficulties and others use the CSPI in the outdated version. We did not find in our municipality the implementation of the latest version of the instrument. Thus, we consider that there is a need for permanent discussions and trainings so that the workspaces are spaces for identifying professionals difficulties and exchanging knowledge, increasing the construction of knowledge and efficacy of Units to cope with the complexities of the elder.

Key Words: Elderly Person's Health Handbook. Elderly. Permanent Education in Health. Primary attention.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Mapa1. Regiões de Saúde do Estado do Tocantins.....	14
Quadro 1. Categorização das variáveis do estudo utilizadas na análise das atividades educativas.....	41
Gráfico 1. Distribuição dos profissionais segundo a variável Estratégias de Ensino.....	64

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Distribuição dos profissionais segundo as variáveis Sociodemográficas.....	44
Tabela 2. Distribuição dos profissionais segundo a variável Renda Salarial.....	46
Tabela 3. Distribuição dos profissionais segundo a variável Jornada de Trabalho Semanal....	47
Tabela 4. Distribuição dos profissionais segundo a variável Frequência de Treinamentos/Cursos.....	49
Tabela 5. Distribuição dos profissionais segundo a variável Relação Profissional-Idoso.....	50
Tabela 6. Distribuição dos profissionais segundo a variável Nível de Conhecimento a Respeito da CSPI	52
Tabela 7. Distribuição dos profissionais segundo a variável Dificuldades Encontradas na Utilização da CSPI.....	53
Tabela 8. Distribuição dos profissionais segundo a variável Atividades Educativas.....	55
Tabela 9. Distribuição dos profissionais segundo a variável Público das Ações Educativas...	57
Tabela 11. Distribuição dos profissionais segundo a variável Demanda dos Treinamentos.....	61
Tabela 12. Distribuição dos profissionais segundo a variável Duração dos Treinamentos.....	62

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

- ABVD – Atividades Básicas de Vida Diária
- ACS – Agente Comunitário de Saúde
- AIVD – Atividades Instrumentais de Vida Diária
- AVD – Atividades de Vida Diária
- CEP – Comitê de Ética em Pesquisa
- CF – Constituição Federal
- CNS – Cartão Nacional de Saúde
- CNS – Conselho Nacional de Saúde
- COFEN – Conselho Federal de Enfermagem
- CONASEMS – Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde
- CONASS – Conselho Nacional de Secretários de Saúde
- COSAPI – Coordenação de Saúde da Pessoa Idosa
- CSPI – Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa
- DF – Distrito Federal
- ENF – Enfermeiro
- EPP – Relatório EPP Alcançando Saúde para Todos
- eSF – Equipe de Saúde da Família
- ESF – Estratégia de Saúde da Família
- FIOCRUZ – Fundação Osvaldo Cruz
- MS – Ministério da Saúde
- OMS – Organização Mundial de Saúde
- PNEPS – Política Nacional de Educação permanente em saúde
- PNI – Política Nacional do Idoso
- PNSPI – Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa
- PSI – Política de Saúde do Idoso

RENADI – Rede Nacional de Proteção e Defesa da Pessoa Idosa

SES – Secretaria de Estado da Saúde

SUS – Sistema Único de Saúde

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TE – Técnico em Enfermagem

TO – Tocantins

UBS – Unidade Básica de Saúde

UFMG – Universidade Federal de Minas Gerais

UFT – Universidade Federal do Tocantins

VD – Visita Domiciliar

SUMÁRIO

1.	INTRODUÇÃO.....	17
2.	OBJETIVO GERAL.....	20
2.1.	OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	20
3.	REVISÃO DA LITERATURA.....	20
3.1	A ATENÇÃO PRIMÁRIA NO CUIDADO DA PESSOA IDOSA: PROGRAMAS E INSTRUMENTOS.....	20
3.2	CADERNETA DE SAÚDE DA PESSOA IDOSA: POSSIBILIDADES E DESAFIOS NAS SOLUÇÕES EM SAÚDE DO IDOSO.....	29
3.3	EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE COM FOCO NA ATENÇÃO INTEGRAL A SAÚDE DO IDOSO.....	33
4.	MÉTODOS.....	36
4.1	LOCAL DE ESTUDO E POPULAÇÃO ALVO	38
4.2	INSTRUMENTO DE COLETA E PROCEDIMENTOS	40
4.3.	ANÁLISE ESTATÍSTICA.....	41
4.4	ANÁLISE QUALITATIVA.....	42
4.5	ASPECTOS ÉTICOS E LEGAIS DA PESQUISA.....	42
5.	RESULTADOS E DISCUSSÃO	43
5.1	MÓDULO/SESSÃO I - PESQUISA SOCIOECONÔMICA	43
5.2	MÓDULO/SESSÃO II - PESQUISA SOBRE A IMPLEMENTAÇÃO E AS DIFICULDADES DO PROFISSIONAL SOBRE A CSPI.....	53
5.2.1	Nível de conhecimento a respeito da CSPI.....	53
5.2.2.	Dificuldades encontradas pelos profissionais.....	56
5.3	MÓDULO/SESSÃO III – PESQUISA SOBRE ATIVIDADES EDUCATIVAS.....	60
5.3.1	Público Alvo das ações educativas.....	62
5.3.2	Estratégias de ensino preferidas.....	65

5.3.3	Demanda dos treinamentos/cursos na UBS.....	67
5.3.4	Duração de treinamentos e cursos.....	69
6.	CATEGORIAS DA ANÁLISE QUALITATIVA.....	70
6.1	IMPLEMENTAÇÃO DA CSPI NA ESF.....	71
6.2	CONTRIBUIÇÃO DA CSPI NA ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DO IDOSO.....	74
7.	LIMITAÇÕES DO ESTUDO.....	76
8.	CONCLUSÃO.....	77
	REFERÊNCIAS.....	78
	APÊNDICE 1. TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....	87
	APÊNDICE 2. INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS.....	89
	APÊNDICE 3. ARTIGO: A CADERNETA DE SAÚDE DA PESSOA IDOSA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA :UMA REVISÃO INTEGRATIVA.....	91
	ANEXO 1. PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA UFT - CEP/UFT.....	107

1 INTRODUÇÃO

Nos últimos anos do século XX, o aumento da expectativa de vida da população foi ampliado para mais de 30 anos, com isso surge a necessidade de mudanças sociais, econômicas e a formulação de políticas públicas de saúde para promover o envelhecimento saudável e melhorias das condições de saúde e qualidade de vida da população (VERAS, 2015).

Compreender brevemente o processo histórico recente das políticas de saúde para as pessoas idosas no Brasil reforça a justificativa da nossa escolha do instrumento caderneta de saúde da pessoa idosa (CSPI). As políticas de atenção à saúde do idoso permeiam discussões em todo o mundo, especialmente a partir da década de 70, a fim de promover o envelhecimento saudável, com qualidade e autonomia, e de modo que os sistemas de saúde possam absorver a demanda da população idosa em cuidados que atendam satisfatoriamente às suas necessidades (BUSS, 2000). Com o envelhecimento demográfico a saúde passou a ter um conceito mais ampliado, envolvendo bem-estar biopsicossocial. O conceito de saúde valoriza os determinantes socioeconômicos e fomenta o compromisso político e as transformações sociais (VERAS, 2015).

Apesar dos dados do envelhecimento demográfico no Brasil, esse tema não tem atenção adequada por parte dos gestores e formuladores das políticas públicas e as ações de promoção de saúde para a pessoa idosa são limitadas. A saúde do idoso só passou a ser reconhecida e considerada na década de 90, com a instituição de uma Política Nacional voltada para esta população (FERNANDES, 2012). Em fevereiro de 1991 uma comissão organizada no Projeto VIVÊNCIA apresentou um documento preliminar como Política Nacional do Idoso (PNI), objetivando promover a autonomia, integração e participação efetiva dos idosos na sociedade, para que sejam co-participes da consecução dos objetivos e princípios fundamentais da Nação (RODRIGUES, 2001). É uma política que está em processo de implantação, mas ainda não é pauta nas agendas dos governos de forma prioritária.

Nesse contexto histórico das políticas para a pessoa idosa, no ano de 2003, foi aprovado o Estatuto do Idoso, e ambos ampliaram os conhecimentos na área do envelhecimento e da saúde da população idosa. Com ações de promoção da saúde, prevenção, e reabilitação, o Estatuto pretendia garantir melhor qualidade de vida para a população idosa

em convívio familiar e social (BRASIL, 2013). Três anos mais tarde, em 2006, foi instituída a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI), cujo objetivo é a atenção adequada e digna para a população idosa, definindo diretrizes norteadoras das ações e indicando as responsabilidades institucionais para que a população tenha um envelhecimento saudável.

As diretrizes na PNSPI são:

a) promoção do envelhecimento ativo e saudável; b) atenção integral, integrada à saúde da pessoa idosa; c) estímulo às ações intersetoriais, visando à integralidade da atenção; d) provimento de recursos capazes de assegurar qualidade da atenção à saúde da pessoa idosa; e) estímulo à participação e fortalecimento do controle social; f) formação e educação permanente em saúde dos profissionais de saúde do SUS na área de saúde da pessoa idosa; g) divulgação e informação sobre a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa para profissionais de saúde, gestores e usuários do SUS; h) promoção de cooperação nacional e internacional das experiências na atenção à saúde da pessoa idosa; e i) apoio ao desenvolvimento de estudos e pesquisas (BRASIL, 2006, p. 6).

Para a implementação das diretrizes da política, foram instituídos instrumentos de apoio, como o Caderno de Atenção Básica: Envelhecimento e saúde da pessoa idosa, a CSPI e o Guia Prático do Cuidador.

Em 2014, a CSPI foi atualizada e ampliada, e em 2015 foi iniciada a distribuição de sua 3ª edição (BRASIL, 2014). A nova versão possui espaço para registro de informações referentes a histórico clínico, medicamentos, alimentação, vacinas, hábitos de vida, identificação de dores crônicas, saúde bucal, agenda de consultas e exames, além de orientações sobre os direitos dos idosos e atividades do dia a dia que colaboram para a saúde.

A disponibilização da CSPI na atenção primária à saúde é realizada por meio da Estratégia de Saúde da Família (ESF), para que os profissionais tenham um melhor acompanhamento do estado de saúde e familiares e cuidadores possam também zelar pela saúde dessa população. A ESF é parte de um conjunto de iniciativas que objetiva qualificar a atenção ofertada aos idosos no SUS, organizando a atenção primária e substituindo modelos de atenção tradicionais implicando em atenção à saúde com foco na família e na comunidade, e utilizando práticas que apontam para o estabelecimento de relações entre os profissionais de saúde envolvidos, indivíduos, famílias e suas comunidades (BRASIL, 2006).

Contudo, é necessário para a reorganização das práticas de atenção à saúde, uma nova política de formação e um processo permanente de capacitação dos recursos humanos (BRASIL, 2009).

Estudo realizado por Costa et al., (2015) com os profissionais de enfermagem da atenção primária, identificou que a CSPI ainda não tem sido utilizada de forma adequada, pois se observa que ocorreu a distribuição desses materiais, porém não houve a capacitação necessária para a sua utilização. No campo da saúde, é indispensável que produção de conhecimento, formação profissional e prestação de serviços sejam tomados como elementos indissociáveis de uma nova prática (FEURWERKER, 2003). Nessa mesma direção estudo de Dantas (2015) afirma que o perfil dos profissionais de saúde demonstra que há uma insuficiente qualificação para as mudanças das práticas em saúde e acrescenta que se faz necessária uma educação permanente em saúde para esses profissionais objetivando ressignificar os seus perfis de atuação para implantação e fortalecimento da atenção à saúde no SUS.

Portanto, nota-se a necessidade do fortalecimento e de mais estudos na formação e educação permanente em saúde dos profissionais de saúde do SUS, inseridos na atenção primária e envolvidos no cuidado ao idoso que utiliza a CSPI.

2 OBJETIVO GERAL

Compreender a utilização da Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa pelos profissionais de saúde como instrumento de formação técnica na atenção à saúde do idoso no município de Gurupi, TO.

2.1 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Identificar o perfil socioeconômico dos profissionais de saúde das ESF estudadas;
2. Descrever a relevância da CSPI no atendimento aos idosos de acordo com o nível de conhecimento dos profissionais de saúde;
3. Verificar as dificuldades dos profissionais de saúde das ESF no preenchimento da Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa;
4. Verificar quais as estratégias de ensino são de preferência dos profissionais de saúde das ESF.

3 REVISÃO DA LITERATURA

3.1 A ATENÇÃO PRIMÁRIA NO CUIDADO DA PESSOA IDOSA: PROGRAMAS E INSTRUMENTOS

Esse capítulo tem por objetivo traçar um contexto histórico de alguns marcos da política de saúde dirigida para a pessoa idosa no mundo e no Brasil, com enfoque dos programas e instrumentos desenvolvidos na promoção de saúde para atendimento integral na atenção primária.

Na década de 60, havia um debate global sobre a determinação econômica e social da saúde, ampliando a busca por uma abordagem que visasse superar a tradicional centralização da saúde sobre o controle das enfermidades, contudo, os conceitos de Promoção da Saúde, só começaram a ser discutidos na Conferência de Ottawa, em 1986 (SÍCOLI; NASCIMENTO, 2003).

A expressão “promoção da saúde” já havia sido utilizada em 1945, com Henry Sigerist afirmando quatro (4) tarefas essenciais à medicina: a promoção da saúde; a prevenção de doenças; o tratamento dos doentes e, sua reabilitação. Para o autor, promover saúde significaria proporcionar condições de vida decentes, boas condições de trabalho, educação,

cultura e descanso (PEREIRA et al., 2000 apud SÍCOLI; NASCIMENTO, 2003). Anos mais tarde esse conceito de Sigerist seria mais bem discutido e contemplado na Carta de Ottawa (1986).

O Relatório Lalonde – Uma Nova Perspectiva na Saúde dos Canadenses (1974) foi um marco para a promoção da saúde, caracterizando o campo da saúde e trazendo evidências de que o padrão tradicional de assistência à saúde não era efetivo para promover saúde (FERREIRA E BUSS, 2001). Ao examinar esse relatório autores concluíram que a maior parte dos gastos diretamente relacionados com a saúde estava na organização da assistência médica, da mesma forma que os esforços da sociedade canadense destinados a melhorar a saúde estariam relacionados com o mesmo tipo de assistência (médica). Contudo, as principais causas de morte e enfermidades originavam-se dos componentes biológicos, ambiental e hábitos de vida, necessitando que fossem essas dimensões tidas como enfoque para as práticas de promoção da saúde (FERREIRA; BUSS, 2001).

O Relatório não trouxe modificações significativas no campo da saúde naquela época, entretanto destacava a limitação das ações de saúde centradas na assistência médica e esclarecia que eram de atuação insuficiente para os determinantes de saúde: biológicos, ambientais, e hábitos de vida. Esclarecia que o padrão tradicional de assistência era o componente que parecia ter menos efeito para promover melhor saúde, e na 34ª Assembléia Mundial da Saúde, no Sétimo Programa de Trabalho da Organização Mundial de Saúde (OMS), foram incorporados os determinantes de saúde que precisavam ser considerados para a promoção da saúde (BRASIL, 2002).

Outro importante passo da promoção a saúde, a realização da Conferência de Alma-Ata, em 1978, com envolvimento comunitário, enfoque multisetorial, e tecnologia, reforçou a promoção da saúde para a saúde ambiental. Alma-Ata propunha Saúde para Todos no Ano 2000 e a Atenção Primária de Saúde, culminando com a Carta de Ottawa (OTTAWA, 1986).

A Carta incluía valores como qualidade de vida, saúde, solidariedade, equidade, democracia, cidadania, desenvolvimento, participação e parceria, além de outros. Incluía ainda uma combinação de estratégias entre ações do Estado (políticas públicas saudáveis), da comunidade (se refere ao reforço de ação comunitária), do indivíduo (desenvolvimento de habilidades pessoais), do sistema de saúde (reorientação do sistema de saúde para suprir as modificações) e parcerias intersetoriais (BUSS, 2000).

Já em 1984, o conceito de Promoção da Saúde, se destacou na Saúde Pública, com a OMS adotando oficialmente o conceito. Segundo Cerqueira (1997), o marco conceitual da promoção da saúde e sua prática se desenvolveram principalmente por organizações internacionais e por estudiosos da Europa, Ocidente, Canadá e Estados Unidos.

Posteriormente, em 1986, o Relatório Lalonde foi reforçado com um novo Relatório, o Relatório EPP – Alcançando Saúde para Todos, introduzindo o conceito de política pública saudável e o de comunidade (ou cidade saudável). Em novembro deste mesmo ano, na realização da Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, também em Ottawa, reunidas a OMS e a Associação Canadense de Saúde Pública, ficou evidente a relação entre os conceitos de atenção primária de saúde, promoção da saúde e as cidades saudáveis. A Conferência também significou o marco da promoção da saúde, e conceituou-a como: “processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo” (OTTAWA, 1986, p.1). E, ainda, expôs que para um estado de completo bem-estar físico, mental e social é necessário que os indivíduos saibam identificar aspirações, terem suas necessidades satisfeitas e que modifiquem o meio ambiente de forma favorável.

O conceito de promoção da saúde apresentado esclarece que a saúde não é de responsabilidade apenas do setor saúde mas de uma interação entre todos os demais setores para que se alcance um bem-estar global. Isso significa que a promoção da saúde deve agir sobre os seus determinantes e não restringir saúde à ausência de enfermidades (SÍCOLI; NASCIMENTO, 2003; FERREIRA; BUSS, 2001; BRASIL, 1990).

A promoção da saúde ampliou o conceito de saúde e assumiu-a como uma produção social, valorizando mais os determinantes socioeconômicos, fomentando o compromisso político e as transformações sociais (VERAS, 2015). Dessa forma, saúde será vista como “um recurso para a vida, e não com objetivo de viver” e terá um significado positivo, enfatizando recursos sociais e pessoais, e habilidades físicas (FERREIRA; BUSS, 2001).

Em 2002, outro acontecimento relevante para a saúde da população idosa aconteceu com a realização da II Assembléia Mundial sobre Envelhecimento em Madri, o Plano Internacional do Envelhecimento que objetivava orientar sobre medidas normativas sobre o envelhecimento da população no séc. XXI. O Plano contava com três princípios básicos: a participação ativa dos idosos na sociedade, no desenvolvimento, na força de trabalho e na

erradicação da pobreza; promoção da saúde e bem estar na velhice; e a criação de um ambiente propício e favorável ao envelhecimento (FERNANDES; SOARES, 2012).

No ano seguinte em 2003, continuam os autores (FERNANDES; SOARES, 2012), ocorreu a Conferência Regional Intergovernamental sobre Envelhecimento da América Latina e Caribe, no Chile, onde elaboraram as estratégias regionais para implantação de metas e objetivos que foram acordados na Assembléia Mundial sobre Envelhecimento em Madri. Os países precisariam propiciar condições para o envelhecimento individual e coletivo com segurança e dignidade, respeitando suas realidades nacionais. A meta foi oferecer acesso aos serviços de saúde integrais e equânimes.

No Brasil, esse processo de inserção do novo conceito de saúde orientado pela Carta de Ottawa foi incorporado a partir do Relatório Final da VIII Conferência Nacional de Saúde (CNS) em 1986, que garantiu o direito à saúde provindo do Estado através de condições dignas de vida e acesso universal e igualitário às ações e serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde, visando ao desenvolvimento pleno do ser humano em sua individualidade. Esse relatório afirma que as modificações necessárias para a saúde estariam além dos limites de se fazer uma reforma apenas administrativa e financeira, com a ampliação do conceito de saúde e sua ação institucional, deveria ser revista a legislação sobre a promoção, proteção e recuperação da saúde, o que estava sendo chamado de “Reforma Sanitária”. Um novo Sistema Nacional de Saúde estava sendo traçado (BRASIL, 1986).

Neste momento pós Conferência, uma campanha nacional em defesa do direito universal à saúde foi deflagrada e a Constituição Nacional deveria garantir a caracterização da saúde de cada indivíduo como interesse coletivo, dever do Estado e prioritário para as políticas sociais. Incluiria também a garantia da extensão do direito à saúde e acesso igualitário às ações e serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde, em todos os níveis, a todos os habitantes do território nacional. A assistência à saúde passaria a direito fundamental e obrigação do Estado prover meios e condições para que a população seja beneficiada (BRASIL, 1986).

Apesar das iniciativas e modificações na assistência à saúde, a população idosa só obteve uma política voltada exclusivamente para ela com a Política Nacional de Saúde do Idoso (PNSPI) em 2006. Anteriormente à política e as ações governamentais possuíam natureza caritativa e protecionista. A proteção à população idosa constava em alguns artigos

do Código Civil (1916), do Código Penal (1940), do Código Eleitoral (1965) entre outros decretos (RODRIGUES, 2001).

Nos anos 70, o número de idosos na população começou a mudar significativamente e técnicos governamentais e do setor privado mostraram-se preocupados, e as ações passaram a criação de benefícios não contributivos como os benefícios dos trabalhadores rurais e renda mensal vitalícia para aqueles que tivessem mais de 70 anos e não recebiam nenhum benefício da previdência, e os necessitados urbanos que também não possuíam outros benefícios (FERNANDES; SOARES, 2012). Isso pode ser observado na década seguinte com a criação do Programa da Saúde do Idoso (PSI) foi instituído, implicando em ações na área da promoção da saúde e estímulos ao autocuidado.

Entretanto, direito integral à saúde só aconteceria em 1988, com a promulgação da Constituição Federal (CF), conhecida como Constituição Cidadã, que destacou em seu artigo 230 a referência à população idosa e marcou a primeira vez em que uma Constituição brasileira assegurou o direito à vida e à cidadania afirmando: “A família, a sociedade e o Estado têm o dever de amparar as pessoas idosas, assegurando sua participação na comunidade, defendendo sua dignidade e bem-estar e garantindo-lhe o direito à vida.” (CF, 1988, p.134 apud FERNANDES; SOARES, 2012).

A partir de então, o direito à saúde foi reafirmado com a criação do Sistema Único de Saúde brasileiro, o SUS, que se seguiu a promulgação da Constituição e foi instituído através da Lei Orgânica da Saúde nº 8.080/90 (BRASIL, 1990), oferecendo a todo cidadão em território nacional o acesso integral, universal e gratuito a serviços de saúde (relembremos que antes da implantação desse sistema de saúde, a saúde era acessível apenas a uma parcela da população):

Art. 2º A saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício. § 1º O dever do Estado de garantir a saúde consiste na formulação e execução de políticas econômicas e sociais que visem à redução de riscos de doenças e de outros agravos e no estabelecimento de condições que assegurem acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para a sua promoção, proteção e recuperação. § 2º O dever do Estado não exclui o das pessoas, da família, das empresas e da sociedade. Art. 3º A saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais; os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do País. (BRASIL, 1990, p. 1)

Ademais, a legislação incluiu em seu parágrafo único ações de saúde integral: “Dizem respeito também à saúde as ações que, por força do disposto no artigo anterior, se destinam às pessoas e à coletividade condições de bem-estar físico, mental e social.” (BRASIL, 1990)

Para a área da atenção à saúde do idoso, instituiu-se em 1989, “As normas para funcionamento de Instituições Geriátricas” pelo Ministério da Saúde (MS). E um ano depois, em 05 de outubro de 1990, no Dia Internacional do Idoso, foi lançado o Projeto VIVÊNCIA, para desenvolver ações nas áreas de saúde, educação, cultura, lazer, promoção e assistência social da população idosa e preparação à aposentadoria. Em 60 dias, a contar a publicação da Portaria Ministerial nº 252, que instituía um grupo de trabalho com os representantes dos órgãos envolvidos (Ação Social, Justiça, Educação, Trabalho e Previdência Social, Marinha, Exército e Aeronáutica e secretários de governo dos Desportos e da Cultura) para que apresentassem propostas de políticas e programas para a população idosa. Contudo, o prazo foi prorrogado e em fevereiro de 1991 a comissão apresentou um documento preliminar como Política Nacional do Idoso (PNI) objetivando “promover a autonomia, integração e participação efetiva dos idosos na sociedade, para que sejam co-participes da consecução dos objetivos e princípios fundamentais da Nação” (RODRIGUES, 2001).

A PNI foi aprovada pela Lei nº 8.842/94 (BRASIL, 1994), assegurando os direitos sociais à população idosa, por criar condições para promoção da autonomia, integração e participação efetiva na sociedade e reafirmar o direito à saúde em todos os níveis de assistência do SUS. Também limitava a idade de 60 anos ou mais para considerar uma pessoa idosa.

A descentralização das ações da PNI envolve municípios e estados, em parcerias com entidades governamentais e não governamentais. Entre os princípios da PNI encontram-se: a família, a sociedade e o estado devem assegurar ao idoso todos os direitos de cidadania, garantindo sua participação da comunidade, defendendo sua dignidade, bem estar e direito à vida; o idoso não deve sofrer discriminação de qualquer natureza; o idoso deve ser o principal agente e destinatário das transformações a serem efetivadas através dessa política. Ademais, ressalta que o processo de envelhecimento é de importância para toda a sociedade e deve ser objeto de conhecimento e informações para a sociedade; e continua orientando sobre as questões econômicas e financeiras, que devem ser consideradas para sua aplicação (BRASIL, 1994).

Cinco anos mais tarde, a Política Nacional de Saúde do Idoso (PNSI), foi instituída pela Portaria do Ministério da Saúde 1.395/99, estabelecia diretrizes essenciais para a definição de programas, planos e outras atividades que envolvessem atenção integral à população em processo de envelhecimento e à população idosa (BRASIL, 1999).

Em 2003 foi aprovada a Lei nº 10.741 do Estatuto do Idoso, assegurando os direitos da população idosa e se tornando um dos mais importantes instrumentos de direito desta população (BRASIL, 2013). Nos anos seguintes, as ações culminaram com a I Conferência Nacional dos Direitos da Pessoa Idosa, em 2006, onde diversas deliberações foram aprovadas, visando garantir e ampliar os direitos da população idosa e construir a Rede Nacional de Proteção e Defesa da Pessoa Idosa, a RENADI (FERNANDES; SOARES, 2012).

Em seguida, no mesmo ano, foi instituída a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, a PNSPI, através da Portaria 2528/GM de 19 de outubro. Visando garantir a atenção adequada e digna para a população idosa e sua integração na sociedade. A PNSPI definiu ações no setor de saúde e as responsabilidades institucionais para a concretização de sua proposta de atenção (BRASIL, 2006).

Como objetivo, a PNPSI pretende permitir um envelhecimento saudável, preservando sua capacidade funcional, autonomia e manutenção dos níveis de qualidade de vida de acordo com os princípios e diretrizes do SUS, cujas diretrizes foram apresentadas na introdução da dissertação.

O Ministério da Saúde, ainda em 2006, junto com o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) e o Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS) pactuaram responsabilidades no campo da gestão e atenção à saúde. O Pacto possui três dimensões: Pacto pela Vida, Pacto em Defesa do SUS e Pacto de Gestão, e promove inovações nos processos e instrumentos de gestão visando alcançar maior efetividade, eficiência e qualidade de suas respostas, “redefinindo as responsabilidades coletivas por resultados sanitários em função das necessidades de saúde da população e na busca por equidade social” (BRASIL, 2006).

O Pacto pela Vida (BRASIL, 2006c) é definido como o compromisso entre os gestores em torno de prioridades que apresentam impacto sobre a situação de saúde da população brasileira, e as prioridades devem ser definidas por meio de metas nacionais, estaduais, regionais ou municipais.

Entre as seis prioridades do Pacto pela Vida, está a Saúde do Idoso:

1. *Saúde do Idoso*;
2. Controle do câncer do colo do útero e da mama;
3. Redução da Mortalidade Infantil e Materna;
4. Fortalecimento da capacidade de resposta às doenças emergentes e endemias, com ênfase na dengue, hanseníase, tuberculose, malária e influenza;
5. Promoção da Saúde;
6. Fortalecimento da Atenção Básica.

O Pacto ainda apresenta diretrizes que devem ser seguidas na saúde do idoso: promoção do envelhecimento ativo e saudável; atenção integral à saúde da pessoa idosa; estímulo às ações intersetoriais, visando à integralidade da atenção; a implantação de serviços de atenção domiciliar; acolhimento preferencial em unidades de saúde, respeitado o critério de risco; provimento de recursos capazes de assegurar qualidade da atenção à saúde da pessoa idosa; fortalecimento da participação social; formação e educação permanente em saúde dos profissionais de saúde do SUS na área de saúde da pessoa idosa; divulgação e informação sobre a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa para profissionais de saúde, gestores e usuários do SUS; promoção da cooperação nacional e internacional das experiências na atenção à saúde da pessoa idosa; e apoio ao desenvolvimento de estudos e pesquisas (BRASIL, 2006c).

Reforçamos o citado na introdução que para atingir os objetivos do Pacto, são propostas ações estratégicas: Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa; Manual de Atenção Básica à Saúde da Pessoa Idosa; Programa Educação permanente em saúde à Distância (voltado para os profissionais que trabalham na rede de atenção básica à saúde); Acolhimento; Assistência Farmacêutica; Atenção Diferenciada na Internação (avaliação geriátrica global realizada por equipe multidisciplinar a toda pessoa idosa que faça parte do Programa de Atenção Domiciliar); e Atenção domiciliar.

Ainda em 2006 surgiu a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS), voltada para responder às condições crônicas e agudas, promover ações de vigilância e promoção à saúde e para efetivar a atenção primária à saúde como parte da rede de atenção à saúde no SUS (BRASIL, 2006). Nesse contexto, diferentes modelos de atenção a saúde do idoso surgiram, uns com foco na doença e outros na atenção integral do paciente.

Para Veras, Caldas e Cordeiro (2013), um modelo de atenção à saúde do idoso contemporâneo deve reunir um fluxo de ações que contemplem “educação, promoção da saúde, prevenção de doenças evitáveis, postergação de moléstias, cuidado precoce e reabilitação de agravos”. Essas ações implicariam em uma rede articulada, referenciada e com um sistema de informação em sintonia. Afirmam os autores, que para isso, a captação e o acolhimento neste modelo integral de saúde do idoso, deve haver uma valorização destas ações, bem como a identificação do idoso fragilizado ou em risco de fragilização deve ter a finalidade de encaminhar essas pessoas para uma unidade de saúde apropriada para suas necessidades.

Assim, a atenção primária à saúde deve ser a porta de entrada para o sistema de saúde, envolvendo atendimento equânime, igualitário e resolutivo para a população. Desta feita, a assistência à saúde da população idosa, deve seguir a lógica do Sistema de Saúde e preferencialmente ser realizada na atenção primária, evitando ou postergando hospitalização e institucionalizações que são assistências mais dispendiosas de atenção à saúde (OMS, 2008).

A prevenção primária para os idosos deve ser entendida através da prevenção de agravos à saúde com ações que evitam a instalação dos quadros mórbidos, incluindo programas de promoção, educação em saúde e imunização; e através da detecção precoce dos potenciais problemas de saúde, ou dos já instalados, podendo seu avanço colocar em risco as habilidades e a autonomia dos idosos, utilizando a epidemiologia para realizar os diagnósticos antes da instalação ou em fase inicial (VERAS, 2003).

Apesar de existirem divergências sobre o ideal de investimento em promoção da saúde, comparado com o volume destinado à assistência, é imprescindível cada vez mais investimentos para evitar que a população adoça. Devendo a prevenção ser encarada como um “investimento de lucro certo” e não como um custo (PORTER apud VERAS, 2015).

Ademais, os modelos de prevenção como Caldas (1999 apud VERAS, 2015) afirma devem ser específicos para as peculiaridades da população idosa, que deve ser orientada e esclarecida sobre o processo de envelhecimento para que todos saibam reconhecer e prevenir as situações de risco afetando a qualidade de vida.

Apesar das diversas propostas, planos e políticas instituídas ao longo dos últimos 40 anos, como ressaltamos, o processo de envelhecimento traz significativos desafios para o sistema de saúde, necessitando de atenção especial dos gestores sobre a prevenção de doenças, manutenção da saúde, independência e autonomia população idosa, para melhorar a

sua qualidade de vida e promover o envelhecimento saudável. Ainda há muito que ser feito para se alcançar as metas propostas.

3.2 CADERNETA DE SAÚDE DA PESSOA IDOSA: POSSIBILIDADES E DESAFIOS NAS SOLUÇÕES EM SAÚDE DO IDOSO

Esse capítulo objetiva discutir as possibilidades e os desafios da implementação da CSPI na AB, de forma a contribuir para o desenvolvimento de novas estratégias na atenção integral a saúde da pessoa idosa, em destaque também a necessidade de educação permanente em saúde sobre a caderneta para os profissionais que atuam com idosos.

A CSPI tem como função realizar um levantamento periódico de algumas condições de saúde da pessoa idosa e outras condições interferentes de seu bem-estar, que deve ser utilizada pelas Equipes de Saúde na Atenção Primária a fim de estabelecer critérios de risco para a organização dos atendimentos nos serviços de saúde e proporcionar a construção de uma rede de atenção à saúde da população idosa, além de reconhecimento do vínculo da pessoa idosa com a equipe ou unidade de saúde (BRASIL, 2007).

Para os gestores, a CSPI implica em conhecer a prevalência de marcadores e agravos em saúde dessa população; possibilidade de estruturar ações específicas e de estabelecer metas, além do acompanhamento das ações de monitoramento dos resultados obtidos e/ou esperados.

Para a equipe de saúde em relação às ações coletivas, a CSPI proporciona:

Conhecimento de marcadores e agravos em saúde da população idosa atendida, de forma transversal e longitudinal; Estruturação de ações estratégicas guiadas por esses marcadores (promoção, prevenção, assistência); Estabelecimento de metas; Acompanhamento das ações propostas; Monitoramento dos resultados obtidos/resultados esperados; Possibilidade de capacitação em Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), seus fatores de risco e de proteção, e em vigilância; Mudança do paradigma da atenção (BRASIL, 2007 p. 14).

Em relação às ações individuais, fica esclarecido que a CSPI identifica individualmente os marcadores e agravos em saúde; estrutura ações estratégicas individualizadas; proporciona o acompanhamento de metas individuais e o monitoramento dos resultados; e possibilita uma visão longitudinal do processo de saúde/adoecimento da pessoa idosa. (BRASIL, 2007).

Desta feita, foi distribuída no ano de 2007, a 1ª versão da CSPI, como um instrumento de cidadania, retratando singularidades e viabilizando as intervenções mais eficazes para cada

caso. A caderneta deve ser preenchida e disponibilizada a população idosa na Atenção Primária em Saúde, por todos os profissionais. As informações de saúde do idoso estão reunidas em um único local e facilita assim a comunicação entre os idosos, os profissionais e os cuidadores. Seu preenchimento é realizado por qualquer profissional da equipe de saúde no momento do atendimento na Unidade ou nas visitas domiciliares (VD), de acordo com as informações relatadas pelo idoso, por seus familiares ou cuidadores (SÁ, 2016; BORGES et al. 2013).

Em 2008, o MS lançou o Manual de Preenchimento da CSPI contendo informações sobre a importância do instrumento e ensinando como os profissionais deveriam preencher cada informação contida nele. Todas as questões deveriam ser respondidas pelo próprio idoso, seus familiares e/ou cuidadores durante a VD e na unidade de saúde quando houver consulta do idoso (BRASIL, 2008).

Algumas informações da CSPI são para orientar ao idoso e familiares/cuidadores sobre comportamentos de risco à saúde, enquanto orientam os profissionais a identificar os idosos frágeis ou em processo de fragilização (BRASIL, 2014).

Em 2012 a Caderneta foi revisada e atualizada a partir das sugestões dos coordenadores da Atenção ao Idoso das diversas regiões do país em um evento em Brasília, e em 2014 foi colocada sob consulta pública para que fosse lançada uma nova edição para todo o território nacional (BRASIL, 2014).

A COSAPI (Coordenação de Saúde da Pessoa Idosa), a FIOCRUZ RJ (Fundação Oswaldo Cruz) e um grupo de especialistas da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) formularam o projeto para ampliar a articulação e instrumentalizar as equipes da AB para os cuidados com a pessoa idosa, em resposta às críticas dos gestores a respeito da necessidade de atualização dos instrumentos naquele contexto do SUS (BRASIL, 2014).

Parceiros estratégicos de diferentes áreas do MS e outras instâncias participaram do processo de revisão da CSPI, resultando em uma nova proposta com alguns diferenciais, tais como o acompanhamento longitudinal por cinco anos, possibilidade de identificar o idoso frágil através do índice de vulnerabilidade clínico-funcional, permitir o monitoramento de condições crônicas de saúde, alertar a pessoa idosa e os profissionais de saúde para os medicamentos potencialmente de risco.

A proposta, conforme esclarece o MS, foi submetida, após testes de campo em Unidades Básicas de Saúde de Belo Horizonte (MG), Rio Branco (AC), Brasília (DF) e Porto Alegre (RS), ao VII Colegiado de Coordenadores de Saúde da Pessoa Idosa, onde sugestões de conteúdo e de estratégias de distribuição e divulgação foram realizadas. Em fevereiro de 2014, a CSPI foi colocada em consulta pública por 30 dias e a COSAPI recebeu aproximadamente 50 contribuições que foram avaliadas e consolidadas no produto final. Em junho de 2014 a CSPI foi lançada no Congresso Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS) (BRASIL, 2014).

O MS disponibilizou, em apoio a implementação da CSPI um Manual para Utilização da Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa, objetivando orientar e colaborar para o preenchimento correto dos campos da CSPI e de sua Ficha Espelho (permite consolidar as informações coletadas com a Caderneta, ficando na unidade de saúde e contribuindo para o monitoramento da condição da saúde e planejamento das ações ofertadas pela equipe de saúde, qualificando os profissionais).

Contudo, mesmo diante das propostas para orientação sobre o preenchimento adequado do instrumento, pesquisas (SÁ, 2016; DANTAS, 2015; BORGES; SILVA; LIMA et al., 2013; ROCHA; SILVA; ANDRADE et al., 2013) demonstraram que entre os pontos negativos na sua implementação, referenciado pelos idosos e pelos profissionais está o não recebimento da caderneta ou informações sobre ela causando completo desconhecimento do instrumento; e ainda a distribuição do material para as equipes de Saúde da Família (eSF) sem a qualificação dos profissionais (COSTA; AGUIAR; ROLIM et al., 2015).

Segundo as autoras, corroborando com o MS, a CSPI seria um instrumento que serviria de suporte aos profissionais e aos gestores: os profissionais podem planejar e organizar suas ações e acompanhar o estado de saúde dessa população e os gestores podem estruturar e acompanhar as ações específicas, estabelecer metas, monitorar os resultados obtidos ou esperados, conhecer a prevalência de marcadores e agravos em saúde da população idosa (COSTA; AGUIAR; ROLIM et al., 2015).

Ainda encontramos que, apesar de distribuída e disponível nas (e para as) Secretarias Estaduais de Saúde (SES) e Secretaria Municipais de Saúde (SMS) pelo MS, a CSPI não é disponibilizada e entregue para todos os idosos com mais de 60 anos, permanecendo parte da população idosa sem o instrumento, ou mesmo quando entregue, os profissionais não estimulam sua utilização (SÁ, 2016; SILVA; SANTOS, 2015)

Estudo realizado por Rocha (2013) identificou que a maioria dos idosos de seu estudo (62%) não conheciam a CSPI e sequer a possuíam (77%), evidenciando a falta de informações e orientações dentro da atenção em saúde que recebem na Estratégia de Saúde da Família (ESF).

Outro estudo cujo objetivo foi verificar a atenção ao idoso pelos Enfermeiros em uma Unidade de Saúde da Família, observando os aspectos que dificultam ou facilitam este cuidado, encontrou como resposta “a necessidade de profundas mudanças nos atendimentos nas ESFs, identificando uma desarticulação entre as ações práticas e os programas ministeriais” (CORREIA; FREIRES; LUCENA, 2015).

Um dos pontos positivos da CSPI é poder conhecer o perfil da população idosa de cada ESF e planejar melhor as ações em saúde e entre os desafios para a adesão dos profissionais da ESF e dos ACS na implantação da CSPI, encontra-se a falta de divulgação do MS sobre a importância do instrumento para que possam compreender e aceitar sua utilização como ferramenta de avaliação, monitoramento e controle de dados e ações (BORGES et al. 2013).

Ressaltamos, novamente, que a educação em saúde é parte do papel da ESF junto aos seus usuários e, como uma prática educativa para a promoção da saúde, é através dessas ações educativas que se pode alcançar melhores condições de saúde da população e acesso a bens e serviços. Nesse contexto Sá (2016) demonstrou um desejo positivo entre os profissionais, a CSPI apresentou como posicionamento favorável ao seu uso a sua utilização como instrumento de informações de saúde que facilitam o atendimento e permitem a identificação de idosos frágeis ou em processo de fragilização, e como ponto negativo a dificuldade de aderir ao uso no atendimento.

Essa mesma dificuldade aparece para Correia, Freires e Lucena (2015), reforçando que a capacitação de profissionais de saúde na ESF é insuficiente para a área da atenção ao idoso, requerendo investimentos no desenvolvimento de competências para o profissional lidar com o envelhecimento, abrangendo promoção, prevenção, reabilitação e melhor compreensão dos fenômenos determinantes socioambientais do processo saúde-doença. Os autores referem a importância da VD para estabelecer o cuidado e o vínculo com a comunidade e que deve ser planejada para completar as necessidades de cada família, com suporte adequado e específico à necessidade de cuidado da pessoa idosa.

Corroborando com os autores, Dantas (2015) determinou em seu estudo que 48,5% dos idosos desconhecem a CSPI, 40,8% a utilizam e 10,7% a possuem, mas não a utilizam. Ressaltando que os idosos que a utilizam referiam a obrigatoriedade do instrumento para seu atendimento na unidade de saúde e que através dele possuem orientação mais enfática sobre a prevenção das doenças. Enquanto os que a possuem sem fazer uso, relataram que não há a exigência do instrumento quanto ao seu uso para ocorrência do atendimento. Outro ponto apresentado refere-se à fragilização da adesão, implicando na preferência dos idosos por outros instrumentos como o cartão do SUS (o Cartão Nacional de Saúde, CNS) e o cartão do hipertenso.

Não basta que tenhamos a implementação de um instrumento que seja por definição capaz de provocar mudanças significativas na qualidade de vida da pessoa idosa e nas relações de trabalho da equipe de saúde junto a essa população, quando há deficiência de informações e orientações dos profissionais. Caberia rever como ocorre ou ocorreu o processo de educação permanente em saúde e cursos de capacitação para efetivar a aplicação do instrumento, com sensibilização dos profissionais para buscarem essa capacitação na área de saúde do idoso.

A atenção oferecida hoje, com prática voltada a uma proposta curativa, focalizada na doença e não no ser humano, é completamente oposta a proposta da ESF, que é de orientar o modelo de atenção para a promoção do envelhecimento saudável, prevenção de enfermidades e incapacidades (SILVA; SANTOS, 2015).

3.3 EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE COM FOCO NA ATENÇÃO INTEGRAL A SAÚDE DO IDOSO

Esse capítulo objetiva discutir conceitos, estratégias, benefícios e dificuldades da educação permanente em saúde na AB com foco na saúde integral do idoso.

De acordo com Batista e Gonçalves (2011) o perfil dos profissionais de saúde demonstra que há uma insuficiente qualificação para as mudanças das práticas em saúde e acrescentam que se faz necessária uma educação permanente em saúde para esses profissionais objetivando ressignificar os seus perfis de atuação para implantação e fortalecimento da atenção à saúde no SUS.

Brevemente, utilizamos nessa dissertação o conceito de educação permanente em saúde de acordo com Ceccim (2005) considerando a definição pedagógica para o processo

educativo que coloca o cotidiano do trabalho – ou da formação – em saúde em análise, que se permeabiliza pelas relações concretas que operam realidades e que possibilita construir espaços coletivos para a reflexão e avaliação de sentido dos atos produzidos no cotidiano. Nota-se que esse conceito provoca os profissionais para uma mudança constante da realidade individual e coletiva das ações e dos serviços de saúde.

Os desafios cotidianos do trabalho provocam a necessidade de qualificações constantes dos profissionais de saúde do SUS, acentuando que os modelos assistenciais pautados pela integralidade requerem a adoção de formas ampliadas de compreensão das necessidades de saúde (carências, sofrimentos e desejos do indivíduo, são singulares e refletem a subjetividade humana) tornando possível atender não apenas ao que está programado ou aquilo que esteja classificado como relevante pelos saberes tradicionais (SANTOS; TENÓRIO; KICH, 2011).

O surgimento da PNEPS (BRASIL, 2009) explicita a preocupação com a qualidade dos serviços a partir dos problemas enfrentados refletindo os conhecimentos e as experiências que os usuários e os profissionais possuem. A proposta da política é que os processos de educação dos trabalhadores da saúde aconteçam partindo-se da observação do processo de trabalho, e considerando que as necessidades de formação e desenvolvimento dos trabalhadores sejam pautadas pelas necessidades das pessoas e populações, trazendo aos serviços prestados qualidade e usuários satisfeitos (BATISTA; GONÇALVES, 2011).

Estudos apontam que a capacitação da eSF é insuficiente para o cuidado com o envelhecimento. Os conteúdos acadêmicos de geriatria e gerontologia pouco são trabalhados e a formação profissional fica comprometida. Assim, espaços de educação permanente em saúde são essenciais já que podem estimular e motivar a transformação pessoal e profissional, produzindo resultados mais satisfatórios sobre os desafios da rotina nos serviços de saúde (MOTA; AGUIAR; CALDAS, 2011; SILVA; SANTOS, 2015).

O processo de educação permanente em saúde (EPS) perpassa pela Educação em Saúde, para a comunidade. Considerando a utilização da Educação em Saúde pelas eSF como uma ferramenta de orientação da comunidade de sua área de abrangência, segundo a Portaria MS nº 2.436/2017 (BRASIL, 2017) objetivando promover, prevenir e manter a saúde de sua população adscrita.

Com o avanço das sociedades, o conhecimento se tornou cada vez maior e houve a necessidade de se registrar e transmiti-lo através da escrita; o processo educativo passou a ser realizado nos espaços formais, escolas ou instituições de ensino. Os saberes de uma geração

são selecionados e hierarquizados, e transmitidos para a geração futura (SANTOS, TENÓRIO e KICH, 2011). Esses autores evidenciam que o processo de ensino e aprendizagem acontece por meio de muitos e diferentes meios como as nossas próprias experiências e os compartilhamentos com outras pessoas. Fica compreendido então que a formação profissional não é apenas um “acúmulo técnico de conhecimentos”, mas um processo constante em diferentes cenários, onde socializamos saberes científicos, valores éticos, saberes da prática.

Considerando que a Educação em Saúde é uma ferramenta capaz de contribuir para a melhoria na qualidade de vida das pessoas, podem-se esperar modificações comportamentais e sociais nos usuários do SUS. Além disso, para a formação profissional em saúde, etapas são cumpridas nas instituições de ensino, mas não se encerram após a conclusão dos cursos, devendo se estender para outros espaços como os locais de trabalho (MACHADO et al. 2007; SANTOS, TENÓRIO E KICH, 2011).

A Educação em Saúde visa ações que oportunizam o empoderamento do indivíduo, que compreenda suas potencialidades no desenvolvimento da sociedade e faz-se necessário a inter-relação entre os indivíduos e seus ambientes de trabalho (ALVES; PASSOS; ARRUDA, 2012).

Os profissionais das eSF precisam ter a consciência e o questionamento sobre seu trabalho de orientação, cabendo a reflexão de estarem contribuindo para a promoção e qualidade de vida da população. Vale ressaltar que dessa forma, não como impositor ou detentor de todo saber, o profissional poderia compreender a realidade e o seu papel de mediador de aprendizados e de práticas na sua comunidade (ALMEIDA, 2012).

A construção de conhecimentos em diferentes cenários de ensino configura-se como um processo de educação não formal. Assim, compreendemos que a Educação em Saúde nas Unidades de Saúde, em especial nas Unidades da Atenção Primária, foco deste trabalho, constitui-se de uma Educação não formal. A maior parte do processo de aprendizagem ocorre fora das instituições formais, segundo Anhucci e Suguihiro (2012), não podendo ser manipulados e controlados pela estrutura formal. Esses autores afirmam que somente na década de 90, a educação não formal passou a se destacar, em virtude das mudanças econômicas, sociais e trabalhistas. Os processos de aprendizagem em grupos e a valorização cultural que estimulem as ações dos indivíduos foram salientados. A educação foi “abordada enquanto processo de ensino e aprendizagem adquirida ao longo da vida dos cidadãos”.

A educação não formal é sempre aquela pensada em termos coletivos, pretendendo que haja desenvolvimento local, participação descentralizada dos atores envolvidos e

preocupação com a mudança social. Ressalta-se que educação não formal, não implica em inexistência de formalidade ou que seu espaço não seja educacional, as autoras afirmam que ambos estão presentes, apenas divergem do formato institucional, inclusive sem mecanismos de repressão em caso de não aprendizagem. Como todos estão envolvidos no e pelo processo de aprendizagem, a “não aprendizagem” não está sujeita a repressões ou punições (ANHUCCI E SUGUIHIRO, 2012).

Para Gohn (2010), a educação não formal é aquela que se aprende “no mundo da vida, via processos de compartilhamento de experiências, principalmente em espaços e ações coletivos cotidianos”. Desta feita, a educação não formal é um processo sociopolítico, cultural e pedagógico de formação para a cidadania. Na educação não formal, há escolha, intencionalidade na ação, processos interativos intencionais em ambientes e situações construídas coletivamente. Os sujeitos têm a intenção de aprender e de transmitir ou trocar saberes.

Quando falamos em educação em saúde com profissionais de atuação na saúde da população idosa, Almeida (2012) afirma que os saberes e fazeres são constituídos de formas diferentes e dependem da vivência e da compreensão de cada profissional para sua atuação na educação em saúde do idoso. A preparação do profissional vai além da formação universitária e é complementada pelas vivências, conceitos e culturas individuais.

O MS possui diretrizes para a prática para o trabalho da educação em saúde com a população idosa pelas eSF, com princípios gerais que devem ser adequados a cada realidade. Segundo a Fundação Nacional da Saúde (2007) as diretrizes para o trabalho preconizam à promoção da saúde, prevenção e controle de doenças e agravos à saúde, buscando a melhoria da qualidade de vida da população, com excelência de gestão, em consonância com o SUS (ALMEIDA, 2012).

Os processos pedagógicos, contudo, não devem se pautar unicamente na aquisição de conhecimentos de cunho científico, mas devem permitir a contextualização das práticas desses profissionais com a realidade, garantindo a reflexão sobre a dimensão ética do trabalho em saúde (SANTOS; TENÓRIO; KICH, 2011).

Desta maneira, compreendemos que a Educação em Saúde para os profissionais da saúde na Atenção ao Idoso, muito mais do que imposta em lugares formais, ou pensada para lugares informais, deve ser uma forma para desenvolver o processo ensino-aprendizagem em busca de melhor qualidade no serviço prestado e, assim, obter melhores resultados na qualidade de vida e saúde da população atendida.

4.0 MÉTODOS

Essa é uma pesquisa do tipo observacional descritiva transversal, com abordagem mista (quanti-qualitativa).

A pesquisa observacional descritiva tem por objetivo avaliar se existe associação entre um determinado fator e um desfecho sem, entretanto, intervir diretamente na relação analisada; são aqueles em que os indivíduos da amostra não foram designados aos grupos por processo aleatório, mas já estavam classificados nos respectivos grupos, no início da pesquisa (SARRAF et al., 2015). Por isso a amostra da dissertação foi de profissionais que se encaixaram nos critérios de inclusão pré-determinados e utilizamos a amostragem por conveniência. Interessantemente as pesquisas observacionais são consideradas menos dispendiosas e permitem a análise de dados em período mais curto, o que pode ser vital em termos da formulação ágil de políticas públicas, particularmente em locais de renda baixa e média e situações emergenciais, como é o caso do tempo para realização da dissertação e as características do município estudado (FONTELLES et al., 2009).

Em se tratando no tempo em que os dados foram coletados, essa pesquisa é transversal, ou seja, recorte único. Para Bastos e Duquia (2007) os estudos transversais são recomendados quando se deseja estimar a frequência com que um determinado evento se manifesta em uma população específica, além dos fatores associados com o mesmo.

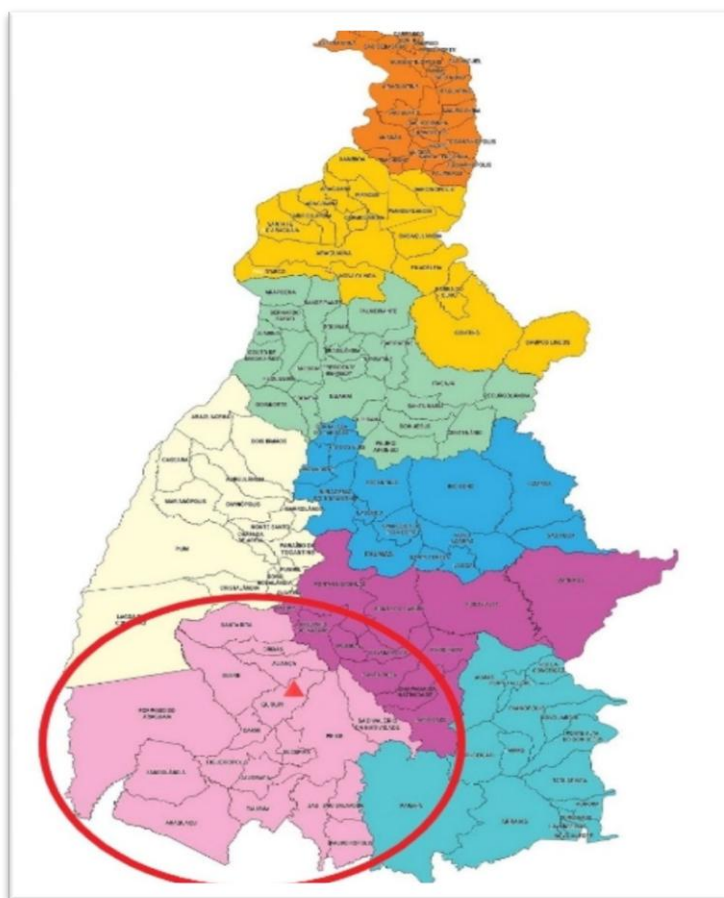
A utilização do método misto é uma tendência crescente na pesquisa em saúde. Esse crescimento deve-se ao fato de que a combinação de métodos oferece uma alternativa para a investigação de fenômenos complexos, frequentemente enfrentados nas questões que envolvem o processo de educação em saúde (FAWCETT, 2015). Estudos recomendam a indicação do método misto em algumas situações, tais como: a) quando os conceitos são novos e há escassa literatura disponível sobre os mesmos há necessidade de exploração qualitativa antes de métodos quantitativos serem utilizados; b) quando os resultados de uma abordagem podem ser mais bem interpretados com uma segunda fonte de dados; c) quando, por si só, nem a abordagem qualitativa, nem a abordagem quantitativa é suficiente para a compreensão do problema a ser estudado e d) quando os resultados quantitativos são de difícil interpretação e dados qualitativos podem ajudar a compreendê-los (DOORENBOS, 2014; KETTLES et al., 2011; CRESWELL, 2013; CRESWELL, 2010).

Nesse sentido, a dissertação propõe-se a compreender como acontecem os processos de formação e qual a percepção dos profissionais de saúde em relação à CSPI na Atenção

Básica. Em uma revisão integrativa realizada pelo nosso grupo de pesquisa (Artigo em anexo), encontramos uma baixa quantidade de produção científica sobre o tema, além de a CSPI ter sido atualizada e ampliada recentemente (2017), por essas questões podemos considerar o tema exploratório. Somente os dados quantitativos do perfil descritivo da amostra e das estratégias de ensino utilizadas e de sua preferência, sem considerar o discurso sobre como ocorreu o processo de implementação da CSPI na UBS que atua, consideramos inadequado, entender a percepção por meio da fala dos profissionais, avaliamos ser adjuvante e facilita o entendimento das dificuldades encontradas no processo de formação. Por esse motivo inserimos perguntas abertas no instrumento de coleta.

4.1 LOCAL DE ESTUDO E POPULAÇÃO ALVO

A pesquisa foi desenvolvida no município de Gurupi, Tocantins, que é a terceira maior cidade do estado do Tocantins, possuindo aproximadamente 81.792 habitantes, localizada no sul do estado (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2013). O município está localizado a 230 km da capital do Estado, Palmas, e compreende a Região de Saúde da Ilha do Bananal, composta por outros 17 municípios (Mapa 1) e demograficamente possui população de 179.492 pessoas, segundo os últimos dados de Planejamento do Governo de Estado do Tocantins (BRASIL, 2015).



Mapa 1. Regiões de Saúde do Estado do Tocantins

A cidade de Gurupi possui 12 UBS, destas foram selecionadas 6 Unidades por conveniência. Fizeram parte da pesquisa as UBS/ESF que tem implantado o Programa de Saúde do Idoso. Para recrutamento da amostra foram realizadas visitas para conhecer as equipes e locais do estudo, e verificou-se a existência de atendimentos mensais em ações específicas para a população idosa fora de seus atendimentos de rotina. A população alvo do estudo foi de 120 profissionais da ESF e NASF, da área de Atenção ao Idoso em Unidades Básicas de Saúde (UBS/ESF). Abordamos a população da pesquisa por meio de visita as Unidades, previamente autorizada pela Secretaria de Saúde Municipal de Gurupi e pela Coordenação de Atenção Básica municipal onde foram realizadas reuniões com as equipes para apresentação da pesquisa, na oportunidade esclarecemos dúvidas e detalhamos os passos da pesquisa. Após, para a determinação da amostra do estudo foram adotados os seguintes critérios de inclusão:

- Profissional com vínculo empregatício de funcionário público estatutário do Município.

E os seguintes critérios de exclusão:

- Profissionais sem vínculo empregatício de funcionário público estatutário do Município.
- Profissionais que em um período superior a seis meses não realizaram nenhum atendimento a idosos.
- Não responder todas as questões do questionário.

Consideramos a necessidade de incluir o tempo de trabalho nestes critérios por entendermos que o profissional deveria estar familiarizado com a área de Atenção ao Idoso e participante dos atendimentos que acontecem mensalmente com os grupos de idosos e semanalmente com os atendimentos de rotina para essa população, além de conviverem com a demanda espontânea da ESF. Do total de 120, após a aplicação dos critérios de inclusão e exclusão foram incluídos 60 profissionais.

4.2 INSTRUMENTO DE COLETA E PROCEDIMENTOS

O instrumento de coleta de dados consistiu em um questionário composto por questões fechadas e abertas, elaborado pelos autores da dissertação. Estruturado em três sessões, a primeira é composta por um conjunto de indicadores socioeconômicos e laborais constituída pelas seguintes variáveis de análise: sexo, idade, procedência, escolaridade, formação profissional, renda familiar, jornada de trabalho, frequência de treinamento/cursos de capacitação e relacionamento dos profissionais com os idosos do território atendido.

A segunda sessão é composta por perguntas abertas e fechadas para obtenção das informações relacionadas às questões de conhecimento e dificuldades dos profissionais de saúde sobre a CSPI. Para avaliação do nível de conhecimento dos profissionais de saúde foi utilizada a classificação proposta por Naves (2011). Quanto à categorização das principais dificuldades na utilização da CSPI pelos profissionais de saúde utilizou-se a proposta de Abreu (2012).

A terceira sessão destinava-se a validação das estratégias de ensino na atenção primária de acordo com o proposto por Maia (2014). O autor propõe a seguinte categorização das variáveis utilizadas na análise das atividades educativas: tipo de atividade educativa, público

alvo, estratégias de ensino, origem da demanda pela atividade educativa e duração. O detalhamento de cada categoria encontra-se no Quadro 1.

Quadro 1. Categorização das variáveis do estudo utilizadas na análise das atividades educativas.

Tipo de atividade educativa	Atividades educativas com enfoque na promoção, prevenção ou recuperação da saúde.
	Treinamentos, simpósios e seminários.
	Reuniões gerenciais/administrativas.
Público-alvo	Área específica (profissionais de saúde separadamente).
	Trabalhadores de enfermagem e médicos.
	Todos os trabalhadores do serviço.
	Equipes de trabalho (equipe ESF).
	Comunidade.
Estratégias de ensino	Metodologias ativas.
	Discussão em grupo.
	Oficinas de trabalho.
	Aula expositiva dialogada.
	Aulas práticas.
	Dinâmicas de grupo.
	Outras.
	Metodologia tradicional.
	Palestras.
	Aula expositiva.
	Outras.
Origem da demanda pela atividade educativa	Externa (solicitações de pessoas externas à equipe/comunidade).
	Interna (emergiu dos trabalhadores).
Duração	1 – 2 horas
	2 – 4 horas
	> 4 horas

Fonte: Maia et al. (2014), baseado em instrumento de Peduzzi, et al. (2009).

Para aplicação dos questionários, as entrevistas foram agendadas de acordo com o horário de preferência e realizadas no próprio local de trabalho do profissional, afim de não interromper suas atividades, e conduzidas em ambiente reservado. O tempo médio para cada entrevista foi de aproximadamente 30 minutos.

4.3 ANÁLISE ESTATÍSTICA

Os dados sociodemográficos e demais questões quantitativas foram agrupadas no programa Microsoft Excel 2007® e foi realizada uma caracterização das atividades

encontradas, segundo as unidades de análise previamente definidas mediante o cálculo de frequências absolutas e relativas para as variáveis.

4.4 ANÁLISE QUALITATIVA

Dividimos a pesquisa nas questões discursivas sobre a “Contribuição da CSPI” e a “Implantação da CSPI” do módulo II do instrumento de pesquisa.

Para análise dos dados foi utilizada a análise de conteúdo proposta por Bardin (1979) apud Gerhardt et al. (2009):

“conjunto de técnicas de análise das comunicações que visam obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção e recepção dessas mensagens.” (GERNHARDT et al., 2009, pág. 84)

Uma análise de conteúdo é composta por fases: 1. Pré-exploração do material ou de leituras flutuantes do corpus, que aqui formamos por 60 entrevistas; 2. Seleção das unidades de análise (ou unidades de significados), onde utilizamos as unidades de análise temáticas (recortes do texto); e a última fase que é o processo de categorização e subcategorização, conceituado como “uma operação de classificação de elementos constitutivos de um conjunto por diferenciação e, seguidamente, por reagrupamento segundo o gênero.” (BARDIN, 1977 apud CAMPOS, 2004).

4.5 ASPECTOS ÉTICOS E LEGAIS DA PESQUISA

O desenvolvimento da pesquisa ocorreu a partir da aprovação no Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Tocantins (CEP/UFT) com o Parecer 3.096.064.

Todas as Unidades selecionadas possuíam ambiente reservado para reuniões (sala de reunião e/ou ambiente para palestras), onde pudemos garantir a privacidade dos participantes e reduzir os possíveis riscos envolvidos na pesquisa. Utilizamos a sala com portas fechadas e trancadas, mantendo no ambiente apenas a pesquisadora e o participante. Os questionários utilizados tiveram as respostas transcritas/digitalizadas devidamente autorizadas pelo participante no TCLE.

A pesquisa se desenvolveu conforme Resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS) nº 466 de 12 de dezembro de 2012, permitindo assim que os entrevistados pudessem se expressar livremente e ter mais segurança com o pesquisador. Adotamos a forma numérica para identificar os entrevistados.

Os participantes puderam recorrer à pesquisadora para sanar quaisquer dúvidas a respeito das etapas de pesquisa, procedimentos, utilização de instrumentos e métodos, e outros assuntos relacionados com a pesquisa, através do e-mail ou do telefone disponível no TCLE, ou através dos encontros na Unidade Básica de Saúde, local da pesquisa, e do endereço profissional da pesquisadora também disponível no TCLE.

5.0 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Para melhor apresentação e discussão dos resultados realizamos uma divisão de acordo com os módulos propostos pelo questionário, sendo o Módulo I com informações socioeconômicas, o Módulo II com informações relacionadas às questões de conhecimento e dificuldades dos profissionais de saúde sobre a CSPI e o módulo III sobre as estratégias de ensino utilizadas na Atenção primária. A análise de conteúdo qualitativa gerou quatro categorias “Implementação em fase inicial”, “A implementação não ocorreu ainda”, “Reunião de equipe com e sem capacitação profissional”, que foram apresentadas e analisadas em tópicos separadamente dos módulos do questionário.

MÓDULO/SESSÃO I – PESQUISA SOCIODEMOGRÁFICA

Da amostra analisada, 96,67% são vinculados a ESF e 3,33 % ao NASF, com idades entre 22 e 50 anos, com média de 31,78 anos. Os dados sociodemográficos estão apresentados na Tabela 1.

A faixa etária entre 20 e 40 anos representa 90% da amostra e a maioria, 88,33% pertencente ao sexo feminino. Dos entrevistados 43,33% são solteiros. A escolaridade foi de 61,66 % com o ensino médio completo, o que corresponde ao maior número de profissionais participantes da pesquisa, sendo Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e técnicos em enfermagem (TE).

O nível superior obteve 38,33% (23 profissionais: 21 Enfermeiros, 1 Fisioterapeuta e 1 Odontólogo) e pós-graduação (1) 1,67%. Sendo assim, em relação à formação profissional, o estudo mostrou que 46,67% eram ACS, 28,33% eram Enfermeiros (ENF), 21,66% eram Técnicos em Enfermagem (TE) e 1,67% era Fisioterapeuta e 1,67% era Odontólogo. Totalizando uma amostra de maioria ACS com um percentual de 46,67% equivalendo a 28 sujeitos.

Esses dados corroboram com estudo realizado por Cotta et al., (2006) que analisaram o perfil de 15 profissionais da ESF, e identificaram na amostra também a maioria de ACS 66%, a maior presença da faixa etária dos profissionais preponderante é de 20 a 30 anos (42,9%) e com predominância do sexo feminino (57%) entre os profissionais dessas equipes. A maior quantidade de ACS e TE pode ser explicada se considerarmos uma maior distribuição destes profissionais nas ESF em relação às outras profissões de nível superior/pós-graduação.

Uma questão importante a ser considerada em nosso estudo é a não participação de profissionais médicos, considerando esse profissional compor a equipe mínima. A CSPI é um instrumento utilizado por toda a equipe na Atenção Primária, especialmente para o médico reúne informações importantes de avaliação e acompanhamento das condições clínicas e sociais dos idosos, dessa forma a ausência desse profissional prejudica a elaboração e a adoção de medidas – quando necessárias – de reforço da EPS, conseqüentemente, melhor desempenho das atividades sanitárias e atenção mais adequada e condizente com as reais necessidades da população.

Tabela1. Distribuição dos profissionais de acordo com as variáveis sociodemográficas.

VARIÁVEL	CATEGORIA	FREQUÊNCIA ABSOLUTA n	FREQUÊNCIA RELATIVA %
SEXO	MASCULINO	7	11,67
	FEMININO	53	88,33
IDADE	20-30	27	45,00
	31-40	27	45,00
	41-50	6	10,00
ESTADO CIVIL	CASADO	25	41,67
	SOLTEIRO	26	43,33
	DIVORCIADO	9	15,00
ESCOLARIDADE	MÉDIO COMPLETO	37	61,67
	SUPERIOR	22	36,67
	POS GRADUACAO	1	1,67
FORMAÇÃO PROFISSIONAL	ACS	28	46,67
	TE	13	21,67
	ENFERMEIRO	17	28,33
	FISIOTERAPEUTA	1	1,67
	ODONTOLOGO	1	1,67
CARGA HORÁRIA SEMANAL	12X36	3	5,00
	40	57	95,00

Legenda: ACS- Agente Comunitário de Saúde; ENF- Enfermeiro; TE- Técnico de Enfermagem.

Fonte: Autor da pesquisa.

Na tabela 2 é apresentada a renda mensal dos profissionais. Essa variou entre R\$800 e R\$5000 reais. A média salarial dos profissionais é de R\$1.290,57, mas quando separamos as categorias profissionais, essa média se torna R\$1.676,47 para o ENF, R\$926,50 para o ACS, R\$777,38 para o TE, e 8 profissionais não responderam.

A frequência que encontramos para a renda salarial por categoria foi que os ACS recebem em sua maioria (72%) na faixa entre R\$954,00 e R\$1.000,00, enquanto a faixa de R\$1.014,00 a R\$1.300,00 fica com 28%. Os ENF, em sua maioria responderam a faixa salarial dos R\$1.100,00 a R\$1.500,00, já os TE ficam na faixa de R\$800,00 a R\$1.000,00. Temos 40% correspondendo à maior parte destes profissionais (TE), e a faixa de R\$1.080,00 a R\$1.200,00 corresponde a 30%. Fisioterapeuta e Odontólogo correspondem à faixa salarial de R\$1.600,00 e R\$1.700,00 respectivamente.

Tabela 2. Distribuição dos profissionais segundo a variável da Renda Salarial.

PROFISSIONAL	RENDA SALARIAL R\$	TOTAL DE PROFISSIONAIS* (n)	FREQUÊNCIA RELATIVA (%)
ACS	954 – 1000	18	72
	1.014 – 1.300	7	28
ENF	1.100-1.500	6	40
	1.600-1.800	5	33,33
	2.000-5.000	4	26,67
TE	800-1.000	7	70
	1.080 – 1.200	3	30
FISIOTERAPEUTA	1.600	1	100
ODONTÓLOGO	1.700	1	100
Total		52	100

Legenda: ACS- Agente Comunitário de Saúde; ENF- Enfermeiro; TE- Técnico de Enfermagem.

*8 profissionais não responderam à questão

Fonte: Autor da pesquisa.

O último tópico do módulo I foi a jornada de trabalho em horas semanais (tabela 3). Os sujeitos responderam entre 12x36h, 30 e 40 horas. A população que respondeu 12x36h corresponde a 3 (5%) sujeitos, enquanto a carga horária de 40 horas foi respondida majoritariamente por 55 sujeitos (91,67%) e 30h apenas 2 sujeitos (3,33%).

Analisando pela classe profissional, o ACS e os ENF responderam majoritariamente que cumprem uma carga horária de 40h semanais correspondendo a 100%, enquanto os TE responderam que trabalham em sua maioria, 61,54%, por 40h, e 3 deles responderam que cumprem 12 h por 36h, perfazendo 23,08% da amostra. O fisioterapeuta e o odontólogo responderam que sua carga horária é de 30h semanais, e correspondem a 100% cada um.

Tabela 3. Distribuição dos profissionais segundo a variável jornada de trabalho semanal.

PROFISSIONAL	JORNADA DE TRABALHO	TOTAL DE PROFISSIONAIS (n)	FREQUÊNCIA RELATIVA %
ACS	40	28	100
ENF	40	17	100
	30	2	15,38
TE	40	8	61,54
	12 X 36	3	23,08
FISIOTERAPEUTA	30	1	100
ODONTÓLOGO	30	1	100

Legenda: ACS- Agente Comunitário de Saúde; ENF- Enfermeiro; TE- Técnico de Enfermagem

Fonte: Autor da pesquisa.

A jornada de trabalho dos profissionais da ESF deve obedecer à carga horária de 40h semanais, de acordo com o funcionamento estabelecido para as unidades básicas de saúde, segundo a PNAB. A política afirma que as ESF devem funcionar com carga horária de 40 horas semanais para todos os profissionais de saúde membros da equipe, à exceção do profissional médico, cuja jornada pode ser alterada, bem como os incentivos financeiros da ESF. Cabe ainda a dedicação mínima de 32 horas para atividades na eSF e até 8 horas do total da carga horária para serviços na rede de urgência municipal ou atividades de residência, especialização em Saúde da Família e/ou Medicina de Família e Comunidade, assim como as atividades de educação permanente e apoio matricial (BRASIL, 2012).

Ressaltamos a existência de concursos municipais de épocas distintas que determinam a carga horária diferente entre profissionais de diferentes profissões e funções. Atualmente, em concurso recente, o município instituiu a carga horária de 30 horas para profissionais da enfermagem, contudo, quando o local de trabalho requer o cumprimento de carga horária de

40 horas, como no caso das ESFs, o profissional cumpre 40h e recebe um incentivo financeiro para isso.

Frequência de treinamentos

Na tabela 4 é apresentada a frequência de treinamentos ou curso de capacitação na atenção à saúde do idoso, os profissionais ACS responderam em sua maioria (60,71%) que não recebem treinamentos nem uma vez por ano, assim como os TE informaram em sua maioria a mesma resposta, com 76,92%. Já os ENF, responderam, em sua maioria, com 64,71% que recebem treinamentos 1 vez por ano. O odontólogo afirmou que recebe treinamento 1 vez por ano, correspondendo a 100% e o fisioterapeuta, respondeu a opção com 2 vezes por ano, equivalendo a 100% do total.

Chama a atenção encontrar 1 ACS e 1 enfermeiro relatando ter 2 e 3 ou mais vezes treinamentos anuais na área, respectivamente.

Apesar dos dados demográficos mostrarem o envelhecimento da população, e as políticas de saúde salientarem a necessidade da AB, com ações de promoção e prevenção à saúde deixando clara a importância do envelhecimento saudável, os profissionais continuam buscando outras especializações e residências que não envolvem a medicina da família e comunidade ou saúde pública (MARIN et al. 2008). Tal fato demonstra uma deficiência já na formação dos profissionais que fazem parte da ESF, e, ainda que haja o esforço recente dos gestores em procurar incluir como critérios de concursos e processos seletivos, médicos especialistas (em PSF, Saúde Pública ou Medicina da Família e Comunidade), os demais profissionais da equipe não possuem o mesmo critério de seleção.

O estudo de Marin et al. (2008) encontrou como desafio para a atenção integral ao idoso a capacitação profissional. Os seus profissionais entrevistados relataram que a assistência que prestavam aos idosos era de qualidade, por seguirem o Protocolo de Atendimento proposto pela SMS, contudo, estes protocolos _ esclarecem os autores_ são destinados ao atendimento de pacientes hipertensos e portadores de diabetes, de maioria idosa, mas que servem a outras faixas etárias inclusive. Outro ponto salientado é que estes protocolos enfocam o cuidado a doença, demonstrando serem insuficientes para o atendimento integral ao idoso. Por ser um grupo de complexidade, os idosos requerem

articulação da equipe, enfrentamento dos problemas de maneira interdisciplinar e capacitação dos profissionais para que as necessidades atuais dessa população sejam atendidas.

Para conseguir construir um caminho que leve a integralidade do cuidado, aos idosos devem ser oferecidas oportunidades de participação, interação, educação, lazer e acesso às tecnologias de melhorias da qualidade de vida, o que requer do profissional saberes e conhecimentos distintos (MARIN et al., 2008).

A participação do idoso no seu processo de saúde, é pautada pelo acolhimento, acesso e vínculo construídos com a eSF. Contudo, o ACS é o profissional responsável pelas VDs e por isso, usualmente, o preenchedor da CSPI, e o vínculo do usuário com a eSF. Segundo o MS o ACS desenvolverá suas atividades nos domicílios de sua área de responsabilidade e junto à unidade para programação e supervisão de suas atividades.

O MS esclarece ainda entre as atribuições básicas, específicas do AC:

Identificar indivíduos e famílias expostos a situações de risco; realizar através de VD, acompanhamento mensal de todas as famílias sob sua responsabilidade; desenvolver ações básicas de saúde nas áreas de atenção à criança, à mulher, ao adolescente, ao trabalhador e ao idoso, com ênfase na promoção da saúde e prevenção de doenças (BRASIL, 1997, 17-18p.).

Para os enfermeiros, o MS esclarece que possuem entre as suas atribuições básicas:

Executar, no nível de suas competências, ações de assistência básica de vigilância epidemiológica e sanitária nas áreas de atenção à criança, ao adolescente, à mulher, ao trabalhador e ao idoso; desenvolver ações para capacitação dos ACS e auxiliares de enfermagem, com vistas ao desempenho de suas funções junto ao serviço de saúde (BRASIL, 2012, pag. 48)

Dessa feita, deveriam os ACS encontrar junto aos enfermeiros o aporte necessário para sua capacitação e assim desenvolver a atenção ao idoso de forma mais qualificada. Contudo, o que vemos é o próprio enfermeiro, coordenador da equipe, ficando ele próprio sem capacitações, conforme nossos entrevistados relataram. Desta feita, como poderiam capacitar a equipe, se não são capacitados?

Estudo de Marzari et al. (2011) afirma que os ACS compreendem que o trabalho cotidiano requer atualização constante e por isso necessitam de cursos de formação continuada que devem ser ofertado pelas SMS, contudo, essa formação e educação permanente não podem acontecer de forma isolada e descontextualizada. Como não ocorre um trabalho sistemático de atualização dos profissionais para que atendam às exigências da ESF, torna-se evidente o desafio de preparar os profissionais adequadamente para as

necessidades do SUS, demonstrando a imperativa de modificações na organização de suas formações.

Neste estudo, os ACS constroem sua própria identidade profissional ao perceberem as lacunas em sua formação, a despeito de incentivos ou cobranças por parte dos órgãos responsáveis pela sua capacitação, tendo em vista a ausência dos mesmos.

Os dados de nosso estudo podem ser visualizados na tabela 4.

Tabela 4. Distribuição dos profissionais segundo a variável Frequência de Treinamentos/Cursos.

FORMAÇÃO PROFISSIONAL	FREQUENCIA DE TREINAMENTO (ANUAL)	TOTAL DE PROFISSIONAIS (n)	FREQUÊNCIA RELATIVA%
ACS	Nenhuma vez por ano	17	60,71
	Uma vez por ano	10	35,71
	Duas vezes por ano	1	3,57
	Três vezes por ano ou mais	-	-
ENF	Nenhuma vez por ano	11	64,71
	Uma vez por ano	5	29,41
	Duas vezes por ano	1	5,88
	Três vezes por ano ou mais	-	-
TE	Nenhuma vez por ano	10	76,92
	Uma vez por ano	3	23,07
	Duas vezes por ano	-	-
	Três vezes por ano ou mais	-	-
FISIOTERAPEUTA	Nenhuma vez por ano	1	100
	Uma vez por ano	-	-

ODONTÓLOGO	Duas vezes por ano	-	-
	Três vezes por ano ou mais	-	-
	Nenhuma vez por ano	1	100
	Uma vez por ano	-	-
	Duas vezes por ano	-	-
	Três vezes por ano ou mais	-	-

Legenda: ACS- Agente Comunitário de Saúde; ENF- Enfermeiro; TE- Técnico de Enfermagem

Fonte: Autor da pesquisa.

Relação profissional - idoso

Os dados sobre como o profissional de saúde classificava a sua relação com os idosos atendidos no seu território de atuação estão apresentados na Tabela 5.

A maioria dos ACS afirmou que a relação profissional – idoso é boa, com 50% enquanto os ENF e TE afirmaram em maioria que esta relação é muito boa com 42,01% e 46,15% respectivamente. O odontólogo e o fisioterapeuta constituíram 100% das respostas em cooperação mútua. Nenhum dos profissionais respondeu que seria “indiferente” sua relação com a pessoa idosa, o que demonstra que os profissionais buscam dar atenção e estabelecer uma relação satisfatória com essa população.

Assim, entendemos que os sujeitos da pesquisa (n = 60) consideram que sua relação com os idosos da sua área é “muito boa”, com 45% das respostas, embora não recebam treinamentos ou cursos de capacitação, e em sua maioria 65%, nem uma vez por ano.

Tabela 5. Distribuição dos profissionais segundo a variável Relação Profissional e Idoso.

FORMAÇÃO PROFISSIONAL	RELAÇÃO PROFISSIONAL X IDOSO	TOTAL DE PROFISSIONAIS (n)	FREQUÊNCIA RELATIVA %
ACS	Muito Boa	12	42,85
	Boa	14	50
	Cooperação Mútua	2	7,14

ENF	Indiferente	-	-
	Muito Boa	9	42,01
	Boa	4	23,52
	Cooperação Mútua	4	23,52
TE	Indiferente	-	-
	Muito Boa	6	46,15
	Boa	4	30,76
	Cooperação Mútua	3	23,79
FISIOTERAPEUTA	Indiferente	-	-
	Muito Boa	1	100
	Boa	-	-
	Cooperação Mútua	-	-
ODONTÓLOGO	Indiferente	-	-
	Muito Boa	1	100
	Boa	-	-
	Cooperação Mútua	-	-
	Indiferente	-	-

Legenda: ACS- Agente Comunitário de Saúde; ENF- Enfermeiro; TE- Técnico de Enfermagem

Fonte: Autor da pesquisa.

A relação entre profissionais e a pessoa idosa em uma ESF deve ser pautada pela criação do vínculo, tido como fundamental para o funcionamento, desenvolvimento e concretização dos objetivos do trabalho da equipe de saúde. Este vínculo deve ser possibilitado através do ACS o qual faz intermediação entre as famílias e a equipe de saúde (ILHA, DIAS, BACKES et al., 2014). Considerando, ainda que o ACS seja o profissional que permite o acolhimento utilizando-se da escuta solidária, criando vínculo e, em uma perspectiva ampliada de saúde, é o profissional que possibilita o estreitamento das relações e interações profissional-usuário (ILHA, DIAS, BACKES et. al., 2014).

Segundo Barbosa e Bosi (2017), o vínculo deveria existir como uma condição para que os serviços funcionem com a responsabilidade e a longitudinalidade do cuidado, contudo,

este vínculo quase não é visto. As autoras continuam afirmando que a relação entre os profissionais e os usuários da AB é descrita pela palavra “vínculo”, onde a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) tem como foco “adscrever usuários e desenvolver relações de vínculo e responsabilização entre as equipes e a população” (MS, 2012 apud BARBOSA E BOSI, 2017).

A PNAB (2012) esclarece que o vínculo é uma construção de uma relação de afetividade e confiança entre o usuário e o profissional de saúde, permitindo aprofundamento do processo de corresponsabilização pela saúde. O vínculo é fator condicionante para a efetivação da PNAB, sendo viabilizador da co-responsabilidade, continuidade, e longitudinalidade do cuidado.

Contudo, em nossa pesquisa, os ACS referem-se à relação com os idosos apenas como “boa”, o que pode significar interferências no vínculo do idoso com seu autocuidado, com sua atenção à saúde, e a sua corresponsabilização.

5.2 SESSÃO/MÓDULO II - PESQUISA SOBRE A IMPLEMENTAÇÃO E AS DIFICULDADES DO PROFISSIONAL SOBRE A CSPI

Foram realizadas duas (2) questões discursivas em que o profissional poderia responder livremente, de acordo com sua vivência e experiência sobre a implementação da CSPI na sua Unidade de Saúde. Estas foram analisadas de forma qualitativa e categorizadas, a apresentação e análise das respostas será apresentada após a avaliação do Módulo III.

5.2.1 Nível de conhecimento a respeito da CSPI

Na tabela 8 as informações sobre a classificação do próprio nível de conhecimento dos profissionais a respeito da CSPI que em sua maioria foi relatado como bom para ACS, enfermeiros, e TE (57,14%, 47,06% e 45,45%, respectivamente). Os profissionais odontólogo e fisioterapeuta consideram regular seu nível de conhecimento sobre a CSPI.

Estudos apontam que os profissionais reconhecem a CSPI quando a conceituando e lhe dando significado, apontando-a como um instrumento para melhora do trabalho, ferramenta de articulação entre os profissionais da atenção básica e os idosos, formulada para disponibilizar e difundir as informações mais relevantes de saúde do idoso, para facilitar a abordagem e o enfrentamento das doenças mais prevalentes nessa população (MENDES,

GOLDBAUM, SEGRI, 2011; CARVALHÊDO, ANTONIO, SANTOS, 2015; SILVA et al., 2015; SÁ 2016).

Contudo, Rigon, Dalazen, Buanello et al. (2016) realizaram um estudo onde nenhum dos profissionais citou como sua atividade na UBS o preenchimento da CSPI, ainda que ela tenha sido preconizada pelo MS para o acompanhamento e monitoramento da saúde da pessoa idosa, como já esclarecemos. Este estudo demonstra a falta da capacitação ofertada para que os profissionais tivessem conhecimento sobre a importância do instrumento e orientações sobre seu preenchimento, que não ficam claros se não ocorreram pela ausência de demanda do município ou por falha de gestão.

Um estudo de Polaro, Gonçalves e Alvarez (2013) sobre as condições de trabalho e qualidade das ações desenvolvidas pelas eSF demonstraram, de modo geral, fragilidade no atendimento ao idoso, o que ocorre por desconhecimento do cuidado específico na velhice ou por desarticulação no processo de trabalho.

Nem sempre o idoso tem a esperança de que sua vida será melhorada com as ações de saúde, que lhe darão mais capacidade para enfrentar problemas que lhes são cotidianos, mas ele espera ir se tornando mais sábio, para resolver por si só parte de seus sofrimentos e solucionar parte de seus obstáculos. O idoso está se tornando cada vez mais independente, especialmente quando encontra apoio em seus familiares e equipe de saúde (COSTA; CIOSEK, 2010).

Por apresentarem características específicas, os idosos demandam, no atendimento das necessidades de saúde, a busca ativa de seus riscos e danos, compreendendo aspectos funcionais, sociais, emocionais e ambientais. Nesse contexto, deve ser dada ênfase ao acolhimento, acesso e atenção global e interdisciplinar (MARIN; MARTINS; MARQUES; et al., 2008).

É fundamental para implantação da ESF como uma estratégia de reestruturação do modelo de saúde, no sentido da integralidade da atenção, que se disponha de recursos adequados de investimento e custeio, profissionais bem capacitados e comprometidos, organização de sistema de referência e contra-referência. Do contrário, a ESF pode ser confundida com uma medicina simplificada, para populações carentes, o que seria oposto às políticas do SUS (MACHADO; LIMA; VIANA, 2008).

Tabela 6. Distribuição dos profissionais segundo a variável Nível de Conhecimento a Respeito da CSPI.

PROFISSIONAL	NÍVEL DE CONHECIMENTO SOBRE A CSPI	TOTAL DE PROFISSIONAIS (n)	FREQUÊNCIA RELATIVA %
ACS	Ruim	1	3,57
	Regular	9	32,14
	Bom	16	57,14
	Muito bom	2	7,14
	Ótimo	-	-
	Excelente	-	-
	Não sei informar	-	-
ENF	Ruim	1	5,88
	Regular	6	35,29
	Bom	8	47,06
	Muito bom	1	5,88
	Ótimo	1	5,88
	Excelente	-	-
TE	Não sei informar	-	-
	Ruim	4	36,36
	Regular	5	45,45
	Bom	2	18,18
	Muito bom	2	18,18
	Ótimo	-	-
	Excelente	-	-
FISIOTERAPEUTA	Não sei informar	-	-
	Ruim	-	-
	Regular	1	100
	Bom	-	-
	Muito bom	-	-

ODONTÓLOGO	Ótimo	-	-
	Excelente	-	-
	Não sei informar	-	-
	Ruim	-	-
	Regular	1	100
	Bom	-	-
	Muito bom	-	-
	Ótimo	-	-
	Excelente	-	-
	Não sei informar	-	-

Legenda: ACS- Agente Comunitário de Saúde; ENF- Enfermeiro; TE- Técnico de Enfermagem

Fonte: Autor da pesquisa.

5.2.2 Dificuldades encontradas pelos profissionais

De acordo com a pesquisa, os profissionais ACS encontraram mais dificuldades na utilização da CSPI por ausência de capacitação para o seu uso correto (77,78%), bem como os profissionais da enfermagem (ENF com 88,24% e TE 92,30%) e o fisioterapeuta. O odontólogo se refere à maior dificuldade com a indisponibilidade da caderneta no serviço. Para todos os profissionais, exceto para o fisioterapeuta, essa opção aparece citada, ficando com o segundo maior percentual: ACS 60,71%, ENF 70,54%, TE 38,46.

A responsabilidade do preenchimento da CSPI é tanto do profissional de saúde quanto do próprio idoso. A recomendação do Ministério da Saúde é que o preenchimento ocorra a partir de sua visão acerca de seus problemas de saúde e que o idoso deve carregar sempre consigo podendo eventualmente ser acessada por outra pessoa (BRASIL, 2008). Nessa perspectiva, achamos necessário compreender quais os motivos que podem contribuir para as dificuldades dos profissionais com a CSPI. Nesse sentido, Sá (2015) afirma que os profissionais citam a falta de capacitação como uma dificuldade da utilização da CSPI, entendendo como uma fragilidade do processo de trabalho também a pouca qualificação profissional para reconhecer as necessidades da população idosa.

Como discutido anteriormente, a população idosa apresenta características específicas e requer profissionais capacitados para atuação. Para responsabilizar-se pelo idoso é

imperativo compreender que a velhice não é uma doença, mas uma etapa da vida para as pessoas com 60 anos e mais que, em sua maioria, estão em boas condições físicas, porém, à medida que envelhecem tornam-se mais propensas a se debilitarem e precisarem de auxílio para o cuidado pessoal (COSTA; CIOSAK, 2010).

A integralidade na saúde para o idoso tem como proposta a redução do intervalo entre a doença (crônica e incapacitante) e a morte e, colaborar para a construção de idosos cada mais independentes e produtivos (MATTOS, 2001). Para tanto, precisamos de profissionais capazes de compreender a importância de seu papel na construção de modificação das situações de vida e saúde da pessoa idosa, tomando como base as atividades de educação em saúde que se propõem a transformar a relação profissional-comunidade.

A necessidade de uma educação crítica capaz de referenciar-se na realidade das práticas e nas transformações políticas, tecnológicas e científicas relacionadas à saúde e de assegurar o domínio de conhecimento e habilidades específicas para o desempenho de suas funções, é, conforme Carneiro, Rodrigues, Dias (2012), uma necessidade básica dos serviços.

Podemos aplicar o conceito de Ceccim (2005) sobre as atividades de educação permanente em saúde, afirmando que da interpretação do processo de problematizar ao pensar-agir-perceber surge como aprendizagem significativa a invenção de si, com dissolução de identidades e reconfiguração de novas subjetividades. Afirma o autor: “Aquele que aprende é pressionado pelas problematizações a reinventar-se, aos seus coletivos e às suas instituições”, dessa forma, estariam os profissionais imbuídos do processo de transformar-se e transformar sua comunidade.

Cabe ainda refletir sobre o conceito da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (2007, p.20) que afirma: “aprender e ensinar se incorpora no cotidiano das pessoas e organizações, portanto, parte dos problemas enfrentados na realidade, e dos conhecimentos e experiências do sujeito”.

A EPS possui uma proposta onde as ações educativas precisam ser articuladas com as necessidades dos sujeitos – trabalhadores e que sejam próprios de seus fazeres, assim, precisando haver relação entre teoria e prática para se tenha uma práxis transformadora.

Para tanto, a capacitação a respeito da CSPI faz-se imperativa, considerando a necessária utilização do instrumento nos serviços de atenção à saúde e sua finalidade orientadora.

Tabela 7. Distribuição dos profissionais segundo a variável Dificuldades Encontradas na Utilização da CSPI.

PROFISSIONAIS	DIFICULDADES ENCONTRADAS PELOS PROFISSIONAIS	TOTAL DE PROFISSIONAIS (n)	FREQUÊNCIA RELATIVA %
ACS	Ausência de capacitação para o uso correto da CSPI	21	77,78
	Tempo insuficiente para o preenchimento	1	3,57
	Indisponibilidade da caderneta no serviço de saúde	17	60,71
	A não utilização da CSPI por todos os membros da equipe de saúde	14	50
	Desvalorização e o desconhecimento dos idosos/família sobre a CSPI	15	53,57
	Caso não se sentiu contemplado, por favor, descrever outras dificuldades	-	-
ENF	Ausência de capacitação para o uso correto da CSPI	15	88,24
	Tempo insuficiente para o preenchimento	1	5,88
	Indisponibilidade da caderneta no serviço de saúde	12	70,59
	A não utilização da CSPI por todos os membros da equipe de saúde	4	23,53
	Desvalorização e o desconhecimento dos idosos/família sobre a CSPI	5	29,41

	Caso não se sentiu contemplado, por favor, descrever outras dificuldades	-	-
	Ausência de capacitação para o uso correto da CSPI	12	92,30
	Tempo insuficiente para o preenchimento	5	38,46
	Indisponibilidade da caderneta no serviço de saúde	5	38,46
TE	A não utilização da CSPI por todos os membros da equipe de saúde	5	38,46
	Desvalorização e o desconhecimento dos idosos/família sobre a CSPI	-	-
	Caso não se sentiu contemplado, por favor, descrever outras dificuldades	-	-
	Ausência de capacitação para o uso correto da CSPI	1	100
	Tempo insuficiente para o preenchimento	1	100
	Indisponibilidade da caderneta no serviço de saúde	-	-
FISIOTERAPEUTA	A não utilização da CSPI por todos os membros da equipe de saúde	-	-
	Desvalorização e o desconhecimento dos idosos/família sobre a CSPI	-	-
	Caso não se sentiu contemplado, por	-	-

ODONTÓLOGO	favor, descrever outras dificuldades		
	Ausência de capacitação para o uso correto da CSPI	1	100
	Tempo insuficiente para o preenchimento	-	-
	Indisponibilidade da caderneta no serviço de saúde	-	-
	A não utilização da CSPI por todos os membros da equipe de saúde	-	-
	Desvalorização e o desconhecimento dos idosos/família sobre a CSPI	-	-
	Caso não se sentiu contemplado, por favor, descrever outras dificuldades	-	-

Legenda: ACS- Agente Comunitário de Saúde; ENF- Enfermeiro; TE- Técnico de Enfermagem

Fonte: Autor da pesquisa.

5.3 MÓDULO/SESSÃO III – PESQUISA SOBRE ATIVIDADES EDUCATIVAS

Nesta sessão as questões eram relativas às atividades educativas e incluíam opções para mais de uma resposta e questões que deveriam ser respondidas com apenas uma opção.

Tabela 8. Distribuição dos profissionais segundo a variável Atividades Educativas.

PROFISSIONAIS	ATIVIDADES EDUCATIVAS	TOTAL DE PROFISSIONAIS (n)	FREQUÊNCIA RELATIVA%
ACS	Atividades educativas com enfoque na promoção, prevenção ou recuperação da saúde.	17	60,71
	Treinamentos, simpósios	13	48,15

	e seminários.		
	Reuniões gerenciais/ administrativas	-	-
	Atividades educativas com enfoque na promoção, prevenção ou recuperação da saúde.	14	82,35
ENF	Treinamentos, simpósios e seminários.	4	23,52
	Reuniões gerenciais/ administrativas.	-	-
	Atividades educativas com enfoque na promoção, prevenção ou recuperação da saúde.	8	61,54
TE	Treinamentos, simpósios e seminários.	5	38,46
	Reuniões gerenciais/ administrativas.	-	-
	Atividades educativas com enfoque na promoção, prevenção ou recuperação da saúde.	-	-
FISIOTERAPEUTA	Treinamentos, simpósios e seminários.	1	100
	Reuniões gerenciais/ administrativas.	-	-
	Atividades educativas com enfoque na promoção, prevenção ou recuperação da saúde.	-	-
ODONTÓLOGO	Treinamentos, simpósios e seminários.	1	100
	Reuniões gerenciais/ administrativas.	-	-

Legenda: ACS- Agente Comunitário de Saúde; ENF- Enfermeiro; TE- Técnico de Enfermagem

Fonte: autor da pesquisa.

Para a variável atividades educativas obtivemos como maior percentual as atividades educativas com enfoque na promoção, prevenção ou recuperação da saúde, com ACS 60,71%,

ENF 82,35% e TE 61,54%. Já para os profissionais fisioterapeuta e odontólogo, ambos (100%) responderam treinamentos, simpósios e seminários. Nenhum dos profissionais escolheu a opção reuniões gerenciais/administrativas.

Um estudo realizado por Janini, Bessler e Vargas (2015) apresentou dois métodos de ensino-aprendizagem citados pelos idosos da APS: educação em saúde tradicional, de ação verticalizada e centrada no processo saúde-doença, utilizadas nas palestras e nos consultórios da unidade; e a educação em saúde dialógica, centrada nas ações primárias, com busca crítico-reflexiva das condições de vida com possibilidades e estratégias de mudanças.

Da mesma forma, Rossetto e Silva (2010), em estudo sobre educação permanente em saúde para os ACS afirmaram que a opção por ações isoladas (treinamentos, capacitação, palestras), as relacionadas com as demandas imediatas, prevalece, com as características de um processo de educação continuada com base tecnicista e aprendizado linear.

Para nossos sujeitos da pesquisa, caberia evidenciar que as atividades de educação permanente em saúde idealmente englobam promoção, prevenção ou recuperação da saúde, sendo estas, atividades-fim dos serviços ou a finalidade do processo de trabalho em saúde em especial, na atenção primária.

Também cabe ressaltar que a rotatividade da equipe de trabalho nas UBS pode estar envolvida para a falta de profissionais que desenvolvam atendimentos mais centrados no diálogo e que promovam modificações a longo prazo na qualidade de vida e saúde da pessoa idosa.

5.3.1 Público das ações educativas

Na tabela 9 são apresentados resultados sobre o público alvo das ações educativas, atendidos com maior frequência na UBS, obtivemos majoritariamente “comunidade” com 25 respostas, sendo 39,29% das respostas dos ACS, 41,18% das respostas dos ENF, 53,85% das respostas dos TE. Não tivemos nenhuma resposta para a área específica (profissionais de saúde separadamente). Assim, para nossos sujeitos, 41,67%, afirmam que o público alvo das suas ações educativas, nas unidades de saúde é a comunidade.

Quando as ações são orientadas para equipes de trabalho e trabalhadores/comunidade, entende-se que as atividades educativas estão mais próximas de EPS, e quando voltadas para áreas específicas, estarão mais próximas da Educação Continuada (EC) (VIANA et al., 2008;

MERHY, FEUERWERKER, CECCIM, 2006; CECCIM, 2005; HADDAD, ROSCHKE, DAVINI, 1994 apud PEDDUZZI et al., 2009), sendo assim, as atividades realizadas em nossa pesquisa descrevem-se como atividades de EPS. Os autores afirmam ainda que as atividades educativas voltadas para uma área profissional específica retratam a fragmentação das ações e reforçam a tradição de um trabalho individualizado e categorizado no modo de organização do processo de trabalho em saúde.

Segundo Rossetto e Silva (2010) o planejamento de ações em EPS deve constituir espaços para o diálogo e a negociação entre os atores e os serviços do SUS e instituições formadoras. Ademais deve identificar as necessidades para a construção de estratégias e políticas no campo da formação e do desenvolvimento, na perspectiva de ampliar a qualidade da gestão, qualidade e aperfeiçoamento da atenção integral à saúde, domínio popularizado do conceito ampliado de saúde e fortalecimento do controle social do SUS (CECCIM, 2004).

Ações voltadas para um público profissional específico denotam um caráter de trabalho individual, por categorias, fragmentação das ações de saúde, com escassez de processos educativos para a equipe da UBS. Nossa pesquisa não apresentou esse caráter. A equipe da ESF e a comunidade foram as respostas com maiores percentuais, o que caracteriza articulação e integração em torno de um projeto comum entre trabalhadores, o que, segundo Ceccim (2005) indica mudanças da organização das práticas de um trabalho fragmentado, individualizado, verticalizado e hierarquizado para um trabalho com interação social (VIANNA et al., 2008; PEDUZZI, 2007, 2001).

O outro ponto importante levantado é o aparecimento da comunidade como resposta mais votada. O desenvolvimento de ações e a participação da comunidade em atividades educativas sugerem a responsabilização do usuário por sua saúde e a importância da relação usuário/trabalhador, tornando o usuário participante do cotidiano do serviço (KLEBA, COMERLATTO, COLLISELLI, 2007; CREVELIM, PEDUZZI, 2005; CORTES, 2002).

Tabela 9. Distribuição dos profissionais segundo a variável Público das Ações Educativas.

PROFISSIONAIS	PÚBLICO DAS AÇÕES EDUCATIVAS	TOTAL DE PROFISSIONAIS (n)	FREQUÊNCIA RELATIVA%
ACS	Área específica (profissionais de saúde separadamente).	-	-

ENF	Trabalhadores de enfermagem e médicos	4	14,28
	Todos os trabalhadores do serviço	3	10,71
	Equipes de trabalho (equipe ESF).	10	35,71
	Comunidade	11	39,29
	Área específica (profissionais de saúde separadamente).	-	-
	Trabalhadores de enfermagem e médicos	5	29,41
	Todos os trabalhadores do serviço	3	17,65
	Equipes de trabalho (equipe ESF).	2	11,76
	Comunidade	7	41,18
	Área específica (profissionais de saúde separadamente).	-	-
TE	Trabalhadores de enfermagem e médicos	2	15,38
	Todos os trabalhadores do serviço	4	30,77
	Equipes de trabalho (equipe ESF).	7	53,85
	Comunidade	-	-
	Área específica (profissionais de saúde separadamente).	-	-
FISIOTERAPEUTA			

ODONTÓLOGO	Trabalhadores de enfermagem e médicos	-	-
	Todos os trabalhadores do serviço	-	-
	Equipes de trabalho (equipe ESF).	1	100
	Comunidade	-	-
	Área específica (profissionais de saúde separadamente).	-	-
	Trabalhadores de enfermagem e médicos	-	-
	Todos os trabalhadores do serviço	1	100
	Equipes de trabalho (equipe ESF).	-	-
	Comunidade	-	-

Legenda: ACS- Agente Comunitário de Saúde; ENF- Enfermeiro; TE- Técnico de Enfermagem

Fonte: autor da pesquisa.

5.3.2 Estratégias de Ensino Preferidas

No gráfico 1 apresentamos os dados quanto às estratégias de ensino preferidas, para nossa pesquisa, a mais apontada foi a opção das aulas práticas com 50% dos ACS (n=14), 35,71% dos ENF (n=10) e os TE com 76,92% (n=10). De forma geral, 80% dos sujeitos demonstraram preferência por aulas práticas em seus treinamentos/cursos de capacitação.

Utilizamos para avaliação das estratégias de ensino, um instrumento elaborado por Maia (2014) que as divide em: metodologias ativas: aulas práticas, discussão em grupos, aula expositiva dialogada, oficinas de trabalho, dinâmicas de grupo; e metodologia tradicional: aulas expositivas, palestras e outras. Mesmo sendo um instrumento validado, encontramos como dificuldades em sua aplicação a sobreposição de metodologias, e consideramos a

necessidade de mais estudos para o estabelecimento de estratégias de ensino utilizadas nos processos de EPS na atenção primária.

O estudo de Raddatz (2010) identificou que as ações desenvolvidas pelos profissionais como reuniões, capacitações, discussão de casos, palestras e trocas são o que o MS chama de eventos educativos esporádicos que não contribuem para o avanço do objetivo da Política da EPS que é a articulação dos diversos programas em andamento e a superação da fragmentação das ações em saúde (BRASIL, 2006 apud RADDATZ, 2010).

Considerando nosso atual modelo assistencial, que privilegia ações curativas e o atendimento médico, as ações desenvolvidas como estratégias educativas são condicionadas àquelas que visam modificar as práticas dos indivíduos, consideradas inadequadas pelos profissionais, com a adoção de medidas como prescrição de tratamento, condutas e mudanças de comportamento. Dessa forma, nesse modelo, ainda temos as atividades participativas, com formação de grupos, organização de aulas ou palestras, mas inexitem outros modelos educativos, que não envolvam dúvidas pontuais para que os profissionais as esclareçam (MARTINS et al., 2007).

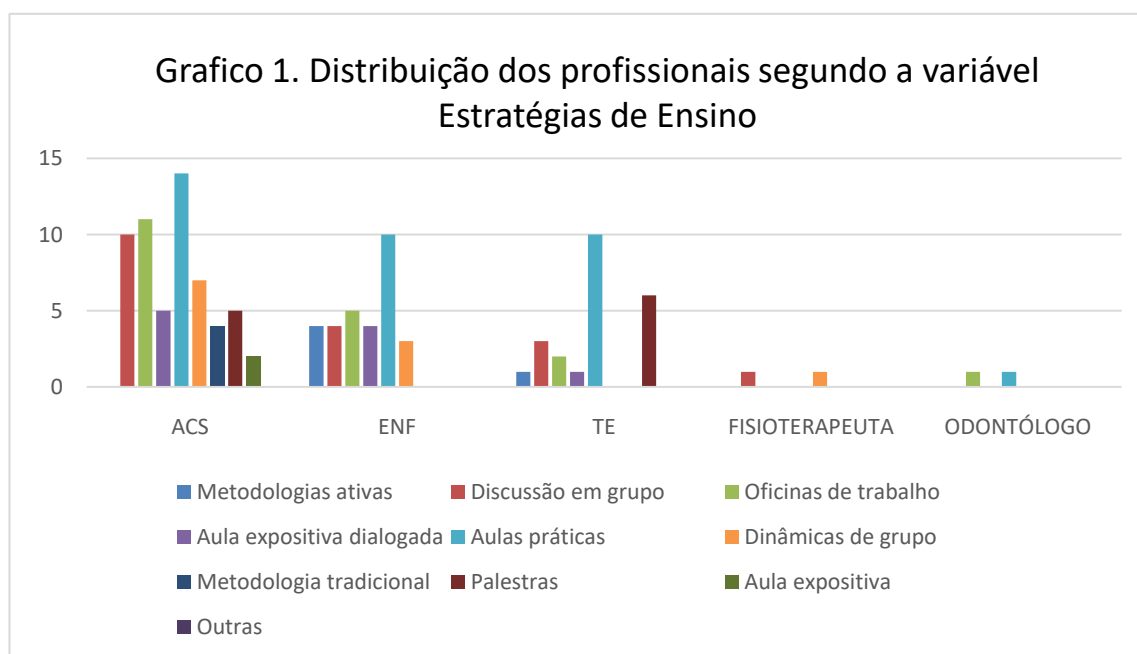
Assim, continuam os autores, atitudes paternalistas e assistencialistas poderiam gerar a dependência do cuidado profissional, o que seria um efeito negativo para a autonomia do idoso e, portanto, seria imprescindível a capacitação dos profissionais implicando no despertar do reconhecimento do idoso cidadão. Estando, dessa forma, preparado para reconhecer no idoso a potencialidade para o autocuidado, necessidade de interdependência para o cuidado e a importância de preservação da autonomia, tornará o desenvolvimento das ações de saúde efetivas. (MARTINS et al., 2007).

Ressaltamos que para a utilização das estratégias de ensino que foram citadas como preferências dos nossos entrevistados, os serviços não despenderão de verba, elas não causarão custos adicionais às Unidades. Para desenvolvimento de aulas práticas, oficinas de ensino e discussões em grupos fazem-se necessário que os serviços disponibilizem pessoal capacitado e local adequado (como sala de reuniões, que já faz parte da organização física da Unidade). Cabendo aos gestores e coordenadores das ESF, a capacitação da equipe, fator ressaltado ainda pelo Estatuto do Idoso em seu artigo 18, capítulo IV do Direito à Saúde: “as instituições de saúde devem atender aos critérios mínimos para o atendimento às necessidades do idoso, promovendo o treinamento e a capacitação dos profissionais...” (BRASIL, 2003, p.13).

O estudo de Carneiro, Rodrigues e Dias (2012) sobre avaliação das oficinas de capacitação para um grupo de ACS corrobora com Jardim (2007), mostrando que estes profissionais ficam reservados a treinamentos introdutórios e discussões realizadas por profissionais universitários que utilizam conteúdos tradicionais de conhecimento e prática, mas não abrangem a totalidade das finalidades da ESF, como as condições psicossociais. Os profissionais mostraram-se receosos em participar do estudo e terem o mesmo modelo de encontro: exposições e deposições características da educação bancária descrita por Paulo Freire.

As ações educativas na EPS, propostas por Silva et al. (2010) devem ser delineadas a partir da problematização do processo de trabalho, onde essas ações estejam vinculadas ao desenvolvimento das atividades cotidianas de trabalho; e conseqüentemente, sejam consideradas que as necessidades educativas dos trabalhadores possam estar articuladas com as necessidades de saúde da comunidade.

Entendemos que dessa forma, articulando as necessidades dos profissionais com as necessidades da comunidade onde estão inseridos, o processo de trabalho possa resultar em qualidade da atenção.



5.3.3 Demanda de treinamentos/cursos na UBS

Os dados expostos na Tabela 11 dizem respeito à demanda dos treinamentos/cursos que acontecem na unidade de saúde, com 45 respostas para a demanda interna (emergiu dos trabalhadores) e 15 respostas para externa (solicitações de pessoas externas à

equipe/comunidade). Dos sujeitos entrevistados 75% assinalaram que os cursos em geral são de demanda interna. Ao analisar as classes profissionais, os ACS ficaram com 71,4% afirmando que a demanda é interna. ENF 82,35% e TE 76,92%, também escolheram esta opção, assim como o fisioterapeuta 100%. O profissional odontólogo afirmou que a demanda é externa (100%).

Nossa análise demonstra que para a maioria dos profissionais a demanda por treinamentos/cursos na UBS é realizada pelos próprios trabalhadores do serviço, demonstrando o interesse do profissional por aprender novos conteúdos, se atualizar, podendo modificar suas práticas e melhorar a qualidade do atendimento. De acordo com Pedduzzi et al. (2009) as demandas de processos educativos para trabalhadores de saúde devem surgir da problematização da prática dos profissionais, e não de necessidades individuais de atualização ou de orientações de níveis superiores da atenção, mas a partir da organização do trabalho e considerando a responsabilidade da prestação de assistência integral, humanizada e de qualidade para a comunidade (CECCIM, FEUERWERKER, 2004 apud PEDDUZZI et al. 2009). Desta forma, nossas UBS pesquisadas conseguem gerar suas próprias demandas de atividades educativas por meio da identificação de suas próprias necessidades, facilitando a operacionalização da educação no trabalho.

Por outro lado, a pouca participação da sociedade nas demandas formativas da ESF pode demonstrar pouco diálogo entre sociedade e equipe de saúde.

Para realização das atividades de prevenção de doenças e agravos, atividade essencial da ESF, faz-se necessário o desenvolvimento de atividades educativas com as famílias e a comunidade, proporcionando uma assistência integral em âmbito individual e coletivo (AMARAL, OLIVEIRA, CARDOSO, et al., 2011)

Uma das mais importantes alternativas para assegurar a autonomia e independência do idoso e o envelhecer saudável, de acordo com Martins, Schier, Erdmann et al. (2007), são as atividades educativas para essa população e profissionais de saúde. Desta feita, a ausência de interesse da comunidade e em específico, dessa parcela da população nas ações, indica pouco conhecimento público por questões inerentes a sua saúde, que deveriam pautar obrigatoriamente os diálogos no espaço de trabalho em saúde. É preciso viabilizar espaços para o debate e a construção compartilhada de estratégias de ações para a melhoria das condições de saúde e vida da população (DANTAS, 2010).

A partir da construção do conhecimento, baseada nas reflexões da práxis de educação em saúde, compreende-se a necessidade de realizar um processo educativo em saúde que envolva a comunidade, tendo como eixo norteador das ações de saúde a participação da população, com reflexão crítica de sua realidade na busca por ações transformadoras e que ressaltem seu papel histórico e social capaz de toma decisões sobre suas necessidades de saúde (MACHADO, MONTEIRO, QUEIROZ et al., 2007).

Tabela 10. Distribuição dos profissionais segundo a variável Demanda dos treinamentos.

PROFISSIONAIS	DEMANDA DOS TREINAMENTOS	TOTAL DE PROFISSIONAIS (n)	FREQUÊNCIA RELATIVA %
ACS	Externa (solicitações de pessoas externas à equipe/comunidade).	8	28,57
	Interna (emergiu dos trabalhadores)	20	71,42
ENF	Externa (solicitações de pessoas externas à equipe/comunidade).	3	17,64
	Interna (emergiu dos trabalhadores)	14	82,35
TE	Externa (solicitações de pessoas externas à equipe/comunidade).	3	23,07
	Interna (emergiu dos trabalhadores)	10	76,92
FISIOTERAPEUTA	Externa (solicitações de pessoas externas à equipe/comunidade).	1	10
	Interna (emergiu dos trabalhadores)	-	-
ODONTÓLOGO	Externa (solicitações de	1	10

	<p>peças externas à equipe/comunidade).</p> <p>Interna (emergiu dos trabalhadores)</p>	-	-
--	--	---	---

Legenda: ACS- Agente Comunitário de Saúde; ENF- Enfermeiro; TE- Técnico de Enfermagem

Fonte: Autor da pesquisa.

5.3.4 Duração de Treinamentos e Cursos

Na tabela 12 são apresentados dados sobre a duração dos treinamentos/cursos que proporcionariam a facilitação do aprendizado dos conteúdos. Os profissionais ACS bem como os ENF, afirmaram que a quantidade de horas para facilitar o aprendizado é 1 a 2 horas e também de 2 às 4h, ambas as opções obtiveram 42,86% das respostas dos ACS e 47,07% dos ENF. Os TE afirmaram que a quantidade ideal seria de 2 a 4h com 69,23%. O profissional odontólogo (100%) escolheu também a opção de 2 às 4h e para o fisioterapeuta (100%) a opção escolhida foi 1 às 2h de duração dos treinamentos.

Estudos corroboram (SILVA, OGATA, MACHADO, 2007; VIANA et al., 2008) afirmando que atividades educativas de longa duração prejudicam a adesão dos trabalhadores, podendo este fato estar relacionado à intensa dinâmica de trabalho o que impediria os trabalhadores de participarem das atividades educativas de longa duração durante o horário de trabalho.

Tabela 11. Distribuição dos profissionais segundo a variável Duração dos Treinamentos.

PROFISSIONAIS	DURAÇÃO DOS TREINAMENTOS	TOTAL DE PROFISSIONAIS n	FREQUÊNCIA RELATIVA %
ACS	1 – 2 horas	12	42,86
	2 – 4 horas	12	42,86
	> 4 horas	4	14,29
ENF	1 – 2 horas	8	47,05
	2 – 4 horas	8	47,05
	> 4 horas	1	5,88
TE	1 – 2 horas	3	23,07
	2 – 4 horas	9	69,23
	> 4 horas	1	7,69

FISIOTERAPEUTA	1 – 2 horas	1	10
	2 – 4 horas	-	-
	> 4 horas	-	-
ODONTÓLOGO	1 – 2 horas	1	10
	2 – 4 horas	-	-
	> 4 horas	-	-

Fonte: autor da pesquisa.

6. CATEGORIAS DA ANÁLISE QUALITATIVA

A seguir, apresentamos os resultados da análise qualitativa, com categorização e apresentação das respostas dos nossos entrevistados.

6.1 Implementação da CSPI na ESF

Obtivemos como respostas para a questão discursiva sobre a CSPI já ter sido implementada quando o sujeito da pesquisa começou a trabalhar na UBS com 21 respostas e que aconteceu após uma reunião (de equipe e/ou na SMS) com 17 respostas, 12 sujeitos afirmaram que houve uma capacitação para os profissionais, 06 sujeitos afirmaram que ainda não ocorreu a implementação, bem como 03 sujeitos responderam que a implementação da CSPI revisada em 2014 (e já na 5ª edição, 2018), ainda não ocorreu, apenas a de 2007 (ainda permanece em uso, sem previsão de distribuição da versão mais recente, dois sujeitos não souberam responder, 01 sujeito comentou sobre a ficha espelho e apresentação de material, mas não relacionou a reunião ou capacitação este momento, e apenas 01 sujeito afirmou que tomou conhecimento da CSPI durante uma consulta.

Após a análise qualitativa realizamos a seguinte categorização: “Implementação em fase inicial”, “A implementação não ocorreu ainda”, “Reunião de equipe com e sem capacitação profissional” para as questões discursivas do nosso questionário de pesquisa.

Categoria 1. Implementação em fase inicial

Os sujeitos da pesquisa afirmaram que quando começaram na UBS, a CSPI já estava implementada:

Já estava implementada quando cheguei à unidade (...). (Entrevistados 1 e 12)

Já estava implementada quando cheguei e aprendi a utilizar com a orientação dos colegas. (...) (Entrevistado 18)

Quando comecei já haviam implementado e era aquela cinza. (Entrevistados 22 e 23)

Sendo possível encontrar usuários com a CSPI e profissionais que a utilizam e que receberam capacitações e orientações a respeito do seu correto preenchimento, entendemos que todo esse processo de solicitação e compromisso foi realizado no Município, mas há uma parcela da população que desconhece a importância da CSPI:

Conheci a caderneta através de uma idosa no momento de uma visita domiciliar (Entrevistado 3)

Só fui orientada pelos colegas e quando tive contato com a CSPI. (Entrevistado 11)

Falaram a importância da mesma no controle da saúde do idoso e orientaram a distribuir para todos os idosos na época (Entrevistado 34)

Reafirmamos a CSPI como parte de uma estratégia para a qualificação da atenção à pessoa idosa, objetivando contribuir para a organização do processo de trabalho das equipes de saúde da pessoa idosa, identificando vulnerabilidades e orientando ao autocuidado (BRASIL, 200-).

Ao encontrar profissionais que não foram devidamente capacitados sobre a importância deste instrumento, levantamos a preocupação com a qualidade da atenção à saúde prestada, considerando que o próprio Ministério da Saúde impõe a necessidade de capacitação da equipe quando o gestor realiza o pedido para implementar a caderneta:

Ao aderir a este instrumento de acompanhamento da saúde das pessoas idosas, o gestor se responsabilizará, após o recebimento das cadernetas, pela adequada distribuição, capacitação da equipe, monitoramento e avaliação do uso desta. (...) O Ministério da Saúde disponibilizará material de apoio para capacitação sobre o uso do instrumento, assim com suporte para o processo de implementação, monitoramento e avaliação. (BRASIL, 2019, p.1)

Categoria 2. A implementação não ocorreu ainda

Os profissionais relataram que ainda não ocorreu a implementação.

Ainda não aconteceu. (Entrevistados: 9; 10)

Respondemos um questionário e estamos aguardando a chegada das cadernetas. (Entrevistado 38)

Não aconteceu ainda. (Entrevistados 49; 50; 51)

A implementação da CSPI no Estado do Tocantins ocorreu no ano de 2016 e em 2017 houve uma capacitação para os profissionais sobre o preenchimento correto e a importância do instrumento, conforme apresentou o telejornal Bom dia Tocantins (2017).

Ressaltando que a CSPI foi lançada no ano de 2007, com distribuição para o Distrito Federal (DF), capitais e os municípios que possuíam mais de 500 mil habitantes, contudo, para realizar sua adesão, o município deve fazer o pedido via formulário eletrônico do

FormSUS. No formulário são inseridos os dados do município, perfil da rede de saúde, dos idosos, a necessidade da caderneta, plano de implementação e ofício do Gestor assumindo o compromisso em implementar a CSPI com adequada distribuição, capacitação da equipe, monitoramento e avaliação de uso (BRASIL, 2019).

Nas UBS onde encontramos profissionais que relataram não estar implementadas, cabe questionar por quais razões o município selecionou algumas unidades para distribuição do instrumento e, outras unidades não. A adesão mais recente para os municípios no Tocantins aconteceu em março de 2018 (O GIRASSOL, 2018).

Categoria 3. Reunião de equipe com e sem capacitação para os profissionais

Encontramos 17 profissionais que afirmaram a implementação da CSPI após uma reunião de equipe, embora não fosse determinado se esta reunião seria interna ou externa (da eSF ou via SMS), categorizamos apenas como “reunião de equipe” considerando que ambos os modos acarretariam orientações importantes sobre o manejo e importância da CSPI.

A enfermeira chefe da equipe foi a uma reunião na SMS e depois se reuniu com a equipe para nos orientar e capacitar sobre a caderneta (...) (Entrevistado 11)

Tivemos uma reunião e a enfermeira nos orientou como preencher e que seria importante para o trabalho e a saúde do idoso (Entrevistado 14).

Então foi realizada reunião com a equipe e nós distribuímos a caderneta depois (Entrevistado 53)

Salientamos que para desenvolver o processo de trabalho da enfermagem, faz-se necessário uma boa comunicação entre a equipe, acrescentando que em uma ESF essa equipe também inclui todos os profissionais envolvidos na atenção ao usuário (aqui especificamente, a pessoa idosa). Para Gomes, Anselmo e Filho (2000), uma comunicação eficiente é capaz de conseguir subsídios para planejamento da melhor assistência aos clientes e organização do ambiente de trabalho para o alcance do adequado funcionamento da unidade, garantindo a qualidade da assistência prestada.

Enfatizamos que nossos sujeitos relataram a reunião de equipe para responder a questão sobre como ocorreu à implementação da CSPI em sua unidade, e dessa forma, alguns acrescentaram que apesar da reunião “não houve capacitação”:

Após reunião com a SMS as enfermeiras realizaram reunião de equipe, mas não estava presente na UBS na época, só fui orientada pelos colegas e quando tive contato com a CSPI. (Entrevistado 11)

Utiliza-se a CSPI antiga, não houve a distribuição da caderneta azul, e só distribuíram e não capacitaram a equipe. (Entrevistado 15)

Aquí não sei, na outra unidade foi uma reunião de equipe com algumas informações sobre a importância da CSPI e como preencher. Tudo muito rápido. (Entrevistado 52)

Enquanto outros profissionais relataram a capacitação:

Houve uma capacitação da equipe com os enfermeiros da unidade. (Entrevistado 16)

Foi realizada uma capacitação. Apresentaram a CSPI, falaram da importância dela e ensinaram a preencher. (Entrevistado 25)

A equipe fez uma capacitação com as enfermeiras chefes de equipe da unidade, na própria unidade. (Entrevistado 56)

Para que a atenção a pessoa idosa se faça de forma integral, como afirma a Política Nacional de Atenção a Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI), cabe às equipes de saúde fomentar iniciativas que abarquem o conhecimento das vulnerabilidades dessa população e, para tanto, a CSPI é um instrumento fundamental. Segundo Correia, Freires e Lucena (2015), algumas iniciativas integradas são fundamentais para se conhecer as vulnerabilidades desse grupo populacional, como a CSPI e o Caderno de Atenção Básica número 19, e a capacitação profissional.

Para os autores, o desafio é incluir a discussão sobre o envelhecimento nas agendas estratégicas das Políticas Públicas, ampliar o acesso, incluir e/ou potencializar o cuidado integral, concretizar ações intersetoriais nos territórios com foco nas especificidades e demandas de cuidado da população idosa. Para tanto, faz-se imperativo profissionais que tenham a capacidade técnica para desenvolver suas atribuições específicas na atenção ao idoso. As características peculiares de saúde da pessoa idosa quando à apresentação, instalação e desfechos dos agravos em saúde, com maior vulnerabilidade a eventos adversos e requerendo intervenções multidimensionais e multissetoriais com foco no cuidado, perfazem que esta capacidade técnica seja reconhecida, podendo causar prejuízos à saúde. (CORREIA; FREIRES; LUCENA, 2015).

Considerando os resultados das pesquisas, há uma necessidade de maiores ofertas e incentivos aos profissionais através de cursos de capacitação para efetivar a aplicação dos instrumentos ofertados pelo MS, com sensibilização dos profissionais para buscarem essa capacitação na área de saúde do idoso. Segundo o MS, é responsabilidade dos gestores a capacitação profissional com educação permanente em saúde da pessoa idosa para garantir assim o desenvolvimento desses instrumentos (BRASIL, 2009).

6.2 Contribuições da CSPI na Atenção Integral à saúde do idoso

Instrumento para facilitar o processo de trabalho

Para responder a próxima questão discursiva, os sujeitos deveriam fazer um breve relato após resposta afirmativa para contribuição da CSPI na atenção integral à saúde do idoso. Majoritariamente, os sujeitos acreditam que a CSPI contribui sim para a atenção integral ao idoso, com 43 respostas como sim e relatando a importância da CSPI como instrumento para agilizar os atendimentos e facilitar o processo de trabalho.

Sim. É importante ter reunidas as informações de saúde de vários profissionais e diferentes atendimentos para facilitar o processo de trabalho. (Entrevistado 12)

Sim. As informações da CSPI agilizam o atendimento já que estão todas ali, reunidas. (Entrevistado 14)

Sim. As informações de saúde ficam reunidas e quando há consulta fica fácil saber o que precisa. (Entrevistado 19)

Nove profissionais relataram a importância da CSPI por facilitar o trabalho. Afirmaram que a CSPI facilita os atendimentos de todos os profissionais.

Sim. O trabalho fica mais fácil e agiliza os atendimentos. (Entrevistado 2)

Sim. Facilita o trabalho durante o atendimento, fica mais rápido. (Entrevistado 16)

Sim. Facilita os atendimentos de todos os profissionais da ESF. (Entrevistado 18)

Lembrando que a CSPI é um instrumento para auxiliar no bom manejo da saúde da pessoa idosa, usada pelas equipes de saúde e pelos idosos e seus familiares e cuidadores, objetiva contribuir para a organização do processo de trabalho das equipes de saúde e para a otimização de ações para possibilitar avaliação integral da saúde da pessoa idosa. Sendo peça fundamental para a realização do plano de cuidados estabelecido a partir da avaliação multidimensional que se aplica ao indivíduo, mas que também subsidia a tomada de decisões do ponto de vista coletivo, já que fornece informações e recursos para estruturar as ações da ESF no que diz respeito a sua população adscrita (MS, 2019?).

As falas dos profissionais evidenciam que parcialmente compreendem o papel que a CSPI possui, considerando-a relevante na agilidade dos atendimentos, já que as informações estão reunidas em um só lugar e todos os profissionais de saúde que atendem a pessoa idosa podem ter acesso a essas informações, especialmente importantes para o desenvolvimento do plano de cuidados e do plano terapêutico individual, como proposto pelo MS.

Através da caderneta todos os profissionais poderão ter acesso às informações de saúde e propor a melhor intervenção. (Entrevistado 30)

Sim. Cada profissional da equipe pode encontrar informações de saúde do idoso e traçar o melhor plano de trabalho. (Entrevistado 46)

Considerando que os ENF foram os entrevistados que salientaram a CSPI como instrumento para desenvolver o plano de trabalho multiprofissional, acrescentamos o estudo de Carvalhêdo et al. (2015) que identifica a CSPI como um instrumento adequado para a

sistematização da assistência de enfermagem na atenção primária, já que encontraram nela os dados necessários para desenvolvimento da pesquisa referindo-se a intervenções de enfermagem na atenção ao idoso.

Os autores declararam que a CSPI é a ferramenta que tem sido utilizada na atenção básica, para que os dados sejam documentados no processo de acolhimento do usuário, para viabilizar a elaboração de ações específicas e acompanhar a evolução do seu estado de saúde (CARVALHÊDO et al., 2015).

Da mesma forma, foi evidenciada em nosso estudo a importância da CSPI como instrumento de facilitação dos processos de trabalho em saúde, bem como no processo de responsabilização no desenvolvimento e aplicação do plano de cuidados da pessoa idosa.

7. LIMITAÇÕES DO ESTUDO

Este estudo tem limitações por ser realizado apenas em seis unidades de saúde e pelo número pouco expressivo de profissionais. O tempo transversal da coleta não permite a relação de causa e efeito, sendo necessário para uma melhor avaliação dos processos formativos um desenho longitudinal. Tais aspectos não coibiram de se evidenciar a importância da Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa e sua projeção na esfera da Estratégia Saúde da Família em um contexto social particular em que os sujeitos do estudo tiveram a oportunidade de refletir sobre os instrumentos que são oferecidos pelo Estado e são pouco valorizados na prática profissional. Dessa forma, oportunizando um espaço de indagações e reflexões para os profissionais compartilharem experiências sobre o uso da caderneta, verifica-se a necessidade de otimizar a utilização e maximizar o aproveitamento do instrumento dentro dos limites de sua potencialidade, com ênfase nos processos formativos.

8. CONCLUSÃO

Ficou evidenciado neste estudo que a CSPI é um instrumento técnico de relevância na perspectiva dos profissionais de saúde inseridos na UBS. Porém, encontramos um nível entre bom a regular de conhecimento sobre a CSPI, dificuldades de utilização devido à ausência de capacitação para o uso correto, desvalorização e o desconhecimento dos idosos/família, além da indisponibilidade da caderneta no serviço de saúde.

Considerando a necessidade do instrumento para melhores atendimentos, e conseqüentemente, melhoria da qualidade de vida do idoso, não encontramos justificativa para que as Unidades de Saúde não tivessem disponível o instrumento recentemente reformulado e disponível nacionalmente.

No discurso dos sujeitos nota-se um processo heterogêneo de implantação e utilização da CSPI nas unidades de saúde, algumas estão em processo de implementação inicial com utilização, porém com dificuldades de capacitação e outras utilizando a CSPI na versão desatualizada. Não encontramos em nosso município a implementação da versão mais recente do instrumento.

Os processos de EPS são construídos coletivamente entre as equipes, comunidade e gestores, nessa direção foi possível concluir que a maioria das formações nas equipes estudadas foram de demanda interna. Além disso, nem sempre as estratégias de ensino utilizadas nos processos de EPS levam em consideração a preferência dos profissionais para determinados métodos. Nos achados identificamos que em todas as categorias de profissionais (ACS, enfermeiros, técnicos em enfermagem, fisioterapeuta e odontólogo) as atividades educativas com enfoque na promoção, prevenção ou recuperação da saúde e por meio de oficinas de ensino e aulas práticas em seus treinamentos/cursos de capacitação foram as de maior preferência da amostra.

Encontramos dificuldades para realização desta pesquisa na medida em que os profissionais mostravam-se receosos por nos responder questões que pudessem revelar suas identidades para suas chefias imediatas e mediatas, para os outros colegas de trabalho e até para seus usuários, quando consideravam que suas respostas poderiam ser erroneamente interpretadas, implicando em queixas pelo serviço executado, da forma que é executado.

Também identificamos uma ausência de estudos que pudessem nos fornecer embasamento para maiores discussões acerca do tema. Diante da importância do instrumento

e considerando seus mais de 10 anos de implementação, ainda não temos muitos estudos que nos esclareçam o suficiente.

Espera-se que este estudo sirva para novos estudos sobre o tema e que se façam as devidas orientações e capacitações necessárias para que os atendimentos nas ESF aconteçam com a qualidade que se faz imperativa para a integralidade da atenção a população idosa.

REFERÊNCIAS

ARAÚJO, Marize Barros de Souza; ROCHA, Paulo de Medeiros. Trabalho em equipe: um desafio para a consolidação da estratégia de saúde da família. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 455-464, Abr. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232007000200022&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 21 Jul 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232007000200022>.

BASTOS, João Luiz Dornelles; DUQUIA, Rodrigo Pereira. Um dos delineamentos mais empregados em epidemiologia: estudo transversal. **Scientia Medica**, v. 17 n. 4, 229-232, 2007.

BATISTA, Karina Barros Calife; GONCALVES, Otília Simões Janeiro. Formação dos profissionais de saúde para o SUS: significado e cuidado. **Saúde soc.**, São Paulo, v. 20, n. 4, p. 884-899, Dez. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902011000400007&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 21 Jul 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902011000400007>.

BRASIL. **Adesão a Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa**. Disponível em: <http://formsus.datasus.gov.br/site/formulario.php?id_aplicacao=28007>. Acesso em: 21 Jul 2019.

-----. **Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa**. 3 ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. p. 58 Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderneta_saude_pessoa_idosa_3ed.pdf>. Acesso em 21 Jul 2019.

-----. **Constituição (1988)**. Constituição da República Federativa do Brasil: 1988. Brasília, DF: Câmara dos Deputados, 2016. p. 498.

-----. **Diabetes Mellitus**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. p. 64 il. – (Cadernos de Atenção Básica, n. 16) (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

-----. **Diretrizes Operacionais para os Pactos pela Vida, Em Defesa do SUS e de Gestão. 1 ed.** Brasília: Ministério da Saúde, 2006. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/PactosPelaVida_Vol1DiretOperDefesaSUSeGestao.pdf>. Acesso em 21 Jul 2019.

-----. **Estatuto do Idoso**. 3 ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estatuto_idoso_3edicao.pdf>. Acesso em 21 Jul 2019.

-----. **Sistema Único de Saúde (SUS)**. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre o SUS e dá outras providências. Casa Civil. Acesso em março de 2017, Disponível em <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm>. Acesso em 21 Jul. 2019.

-----. **Política Nacional do Idoso (PNI)**. Lei nº 8.842 de 04 de janeiro de 1994. Dispõe sobre a política nacional do idoso, cria o Conselho Nacional do Idoso e dá outras providências. Brasília. Ministério da Saúde, 1994. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8842.htm>. Acesso em 21 Jul. 2019.

-----. **Política Nacional de Atenção Básica (PNAB)**. Portaria nº 2.436, de 21 de Setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Ministério da Saúde. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html>. Acesso em: 21 Jul. 2019.

-----. **Política Nacional de Saúde do Idoso (PNSI)**. Portaria n.º 1.395/GM Em 10 de dezembro de 1999. Brasília: Ministério da Saúde, 1999. Núcleo de Estudos Interdisciplinares sobre Envelhecimento. Disponível em: https://www.ufrgs.br/3idade/?page_id=117. Acesso em 21 de Jul. 2019.

-----. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS)**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. 64 p. – (Série B. Textos Básicos de Saúde) (Série Pactos pela Saúde 2006; v. 9). Disponível em: <<http://portal.anvisa.gov.br/documents/33856/396770/Pol%C3%ADtica+Nacional+de+Educa%C3%A7%C3%A3o+Permanente+em+Sa%C3%BAde/c92db117-e170-45e7-9984-8a7cdb111faa>>. Acesso em 21 Jul. 2019.

-----. **Política Nacional de Promoção da Saúde**. 3 ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_promocao_saude_3ed.pdf>. Acesso em 21 Jul. 2019.

-----. **Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI)**. Portaria nº 2.528 de 19 de outubro de 2006. Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt2528_19_10_2006.html>. Acesso em 21 jul. 2019.

-----. **As Cartas da Promoção da Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. 56 p.: il. (Série B. Textos Básicos em Saúde). Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartas_promocao.pdf>. Acesso em: 21 Jul. 2019. ISBN 85-334-0602-9.

-----. Relatório final da VIII Conferência Nacional de Saúde. 1986, Brasília. **Anais da VII Conferência Nacional de Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 1987. 430 p. Disponível em: <http://www.ccs.saude.gov.br/cns/pdfs/8conferencia/8conf_nac_anais.pdf>. Acesso em 21 Jul. 2019.

-----. Saúde TO. Governo do Tocantins, Sistemas de Saúde. **Regiões de Saúde**. Tocantins, 2018. Disponível em: <<https://saude.to.gov.br/planejamento-/desenvolvimento-de-politicas-de-saude/regioes-de-saude>>. Acesso em 21 de Jul. 2019.

BUSS, Paulo Marchiori. Promoção da saúde e qualidade de vida. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, p. 163-177, 2000. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232000000100014&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 21 Jul. 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232000000100014>.

CAMPOS, Claudinei José Gomes. Método de análise de conteúdo: ferramenta para a análise de dados qualitativos no campo da saúde. *Rev. Bras. Enferm.* Brasília, DF. set/out. v. 57. n. 5. p. 611-4. 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v57n5/a19v57n5.pdf>>. Acesso em 21 Jul. 2019.

CARVALHÊDO, et al. Acolhimento ao idoso e sistematização da assistência de enfermagem na atenção primária. *Rev. Enferm UFPE online*. v. 9, n. 1, p. 143-148, 2015.

CARNEIRO, Nicole Geovana Dias; RODRIGUES, Isabela Cristina; DIAS, Renilda Rosa. Avaliando as oficinas de capacitação de um grupo de agentes comunitários de saúde. **Revista de APS**. 2012 out/dez; v. 15, n. 4. p. 305-403. Disponível em: <<https://periodicos.ufjf.br/index.php/aps/article/view/15008>>. Acesso em 21 de Jul. 2019. DOI: <https://doi.org/10.34019/1809-8363.2012.v15.15008>

CECCIM, Ricardo Burg. Educação permanente em saúde: desafio ambicioso e necessário. **Interface- Comunicação, Saúde, Educação**. 2004/2005; v.9, n. 16. p. 161-77. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/icse/v9n16/v9n16a13.pdf>>. Acesso em: 21 de Jul. 2019.

CERQUEIRA, Maria Teresa. Promoción de la salud y educación para la salud: retos y perspectivas. In: Organización Mundial de la Salud. La promoción de la salud y la educación para la salud en América Latina: un análisis sectorial. Ginebra: Editorial de La Universidad de Puerto Rico, 1997. p. 7- 48.

CORREIA, Aline de Alcântara; FREIRES, Fabiana Correia; LUCENA, Adriana Lira Rufino de. Assistência de enfermagem ao idoso em unidades de saúde da família. **Revista de Ciências da Saúde Nova Esperança**. Dez. 2015; v.13, n. 2. p. 33-41. Disponível em: <<http://www.facene.com.br/wp-content/uploads/2010/11/ASSIST--NCIA-DE-ENFERMAGEM-AO-IDOSO-EM-USF-PRONTO.pdf>>. Acesso em 21 de Jul. 2019.

COSTA, Nalciram Rute Câmara Dias et al.. Política de saúde do idoso: percepção dos profissionais sobre sua implementação na Atenção Básica. **Revista de Pesquisa em Saúde**, 16, mai-ago de 2015, pp. 95-101. Disponível em: <<http://www.periodicoeletronicos.ufma.br/index.php/revistahuufma/article/view/4239>>. Acesso em 21 de Jul. 2019.

COSTA, Maria Fernanda Baeta Neves Alonso da; CIOSAK, Suely Itsuko. Atenção integral na saúde do idoso no Programa Saúde da Família: visão dos profissionais de saúde. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 44, n. 2, p. 437-444, Jun 2010. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-

62342010000200028&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 21 Jul 2019.
<http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342010000200028>.

COTTA, Rosângela Minardi Mitre et al. Organização do trabalho e perfil dos profissionais do Programa Saúde da Família: um desafio na reestruturação da atenção básica em saúde. **Epidemiologia e serviços de saúde**, v. 15, n. 3, p. 7-18, 2006.

CREVELIM, Maria Angélica; PEDUZZI, Marina. Participação da comunidade na equipe de saúde da família: é possível estabelecer um projeto comum entre trabalhadores e usuários? **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 2, p. 323-331, Abr. 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232005000200010&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 21 Jul. 2019.
<http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232005000200010>.

CRESWELL, John W.; PLANO CLARK, Vicki L. **Pesquisa de métodos mistos**. 2ª ed. Porto Alegre (RS): Penso; 2013. p. 276.

CRESWELL, John W. **Projeto de pesquisa: métodos qualitativo, quantitativo e misto**. 3ª ed. Porto Alegre (RS): Artmed; 2010.

DANTAS, Maria Beatriz Pragana. **Educação em Saúde na Atenção Básica: sujeito, diálogo, intersubjetividade**. 2010. 234 f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2010. Disponível em: <<https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/10508/1/733.pdf>>. Acesso em 21 Jul 2019.

DOORENBOS, Ardith Z. Mixed methods in nursing research: an overview and practical examples. *Kango Kenkyu*. 2014. v. 47, n. 3: p. 207-17. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4287271/>>. Acesso em 21 Jul 2019.

FAWCETT, Jacqueline. Invisible nursing research: thoughts about mixed methods research and nursing practice. *Nurs Sci Q*. 2015 Abr. v. 28, n. 2, p. 167-8. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25805392>>. Acesso em 21 de Jul. 2019. DOI: 10.1177/0894318415571604.

FERNANDES, Maria Teresinha de Oliveira; SOARES, Sônia Maria. O desenvolvimento de políticas públicas de atenção ao idoso no Brasil. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**. v. 46, n. 6. p. 1494-1502, 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v46n6/29.pdf>>. Acesso em: 21 de Jul. 2019.

FERREIRA, José Roberto, BUSS, Paulo Marchiori. Atenção Primária e Promoção da Saúde. In: Projeto Promoção da Saúde. As cartas da Promoção da Saúde. 2002, 56 p (07 -18). Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartas_promocao.pdf>. Acesso em: 21 Jul. 2019. ISBN 85-334-0602-9.

FEURWERKER, Laura C. Educação dos profissionais de Saúde hoje – problemas, desafios, perspectivas e as propostas do Ministério de Saúde. 2003. v. 3, n. 1. p. 24-27. **Revista da ABENO**. Disponível em: <https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/3225385/mod_resource/content/1/Feuerwerker_LC_M_%20Educa%C3%A7%C3%A3o%20dos%20profissionais%20de%20saude_2003.pdf>.

FONTENELLES, Mauro José et al. Metodologia da pesquisa científica: diretrizes para a elaboração de um protocolo de pesquisa. **Revista Paraense de Medicina**, v. 23, n. 3, p.1-8. Disponível em: <https://cienciassaude.medicina.ufg.br/up/150/o/Anexo_C8_NONAME.pdf>. Acesso em 21 de jul. 2019.

ILHA, Silomar; DIAS, Matheus Viero; BACKES, Dirce Stein; BACKES, Marli Terezinha Stein. Vínculo profissional-usuário em uma equipe da estratégia saúde da família. **Cienc Cuid Saude** 2014 Jul/Set; v.13, n. 3, p. 556-562. DOI: 10.4025/cienccuidsaude.v13i3.19661

JANINI, Janaina Pinto; BESSLER, Danielle; VARGAS, Alessandra Barros. 2015. Educação em saúde e promoção da saúde: impacto na qualidade de vida do idoso. **Saúde Debate**. Rio de Janeiro, v. 39, n. 105, p. 480-490, abr - jul 2015. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v39n105/0103-1104-sdeb-39-105-00480.pdf>>. Acesso em: 21 Jul 2019.

KETTLES, Alyson M., CRESWELL John, W., ZHANG Wenting. Mixed methods research in mental health nursing. **Journal Psychiatric Mental Health Nursing**. 2011. Disponível em: <<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/j.1365-2850.2011.01701.x>>. Acesso em 21 de Jul. 2019.

KLEBA, Maria Elisabeth; COMERLATTO, Dunia; COLLISELLI, Liane. Promoção do empoderamento com conselhos gestores de um pólo de educação permanente em saúde. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 16, n. 2, p. 335-342, Jun 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072007000200018&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 21 Jul. 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072007000200018>.

MAIA, Ludmila Grego. Atividades educativas na rede de saúde na perspectiva da política nacional de educação permanente. 2014. 91 f. Dissertação (Mestrado em Ensino na Saúde) - Universidade Federal de Goiás, Goiânia, 2014. Disponível em: <<https://repositorio.bc.ufg.br/tede/bitstream/tede/4040/2/Disserta%20c3%a7%20c3%a3o%20-%20Ludmila%20Grego%20Maia%20-%202014.pdf>>. Acesso em 21 Jul 2019.

MAIA, Simone Maria de A.; MALAGUTTI, Willian. As dificuldades de percepção do enfermeiro da atenção primária à saúde do homem. **Revista Hospital Universitário Pedro Ernesto**, [S.l.], v. 15, n. 4, p. 336-342, dez. 2017. ISSN 1983-2567. Disponível em: <<https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/revistahupe/article/view/31611>>. Acesso em: 21 jul. 2019. DOI: <https://doi.org/10.12957/rhupe.2016.31611>.

MACHADO, Maria de Fátima Antero Sousa et al.. Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do SUS: uma revisão conceitual. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 335-342, Abr. 2007. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232007000200009&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 21 Jul. 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232007000200009>.

MARIN, Maria José Sanches et al. A atenção à saúde do idoso: ações e perspectivas dos profissionais. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 2, p. 245-258, Ago. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-

98232008000200245&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 21 Jul. 2019.
<http://dx.doi.org/10.1590/1809-9823.2008.11029>.

MARTINS, Josiane de Jesus et al. Políticas públicas de atenção à saúde do idoso: reflexão acerca da capacitação dos profissionais da saúde para o cuidado com o idoso. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 10, n. 3, 2007, p. 371-382. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=403838775009>>. Acesso em 21 de Jul. 2019

MARZARI, Carla Kowalski; JUNGES, José Roque; SELLI, Lucilda. Agentes comunitários de saúde: perfil e formação. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, supl. 1, p. 873-880, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011000700019&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 21 de Jul. 2019.
<http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232011000700019>.

MATTOS, Ruben Araújo de (Org.). Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben Araújo de. Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO, 2001. p. 50.

MENDES, Telma de Almeida Busch et al.. Diabetes Mellitus: fatores associados à prevalência em idosos, medidas e práticas de controle e uso dos serviços de saúde em São Paulo, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 6, p. 1233-1243, Jun 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2011000600020&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 21 Jul. 2019.
<http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2011000600020>.

Municípios tocantinenses podem fazer adesão a 4º edição da Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa. **O Girassol**. Tocantins, 05 mar. 2018. Disponível em: <<https://ogirassol.com.br/saude/municipios-tocantinenses-podem-fazer-adesao-a-4o-edicao-da-caderneta-de-saude-da-pessoa-idosa>>. Acesso em 21 jul. 2019.

OLIVEIRA, Bernardete de. Atenção à Saúde do Idoso: Políticas públicas e "saber local". *Revista Pesquisa em Saúde*, v. 6, n.1 pp. 190-207, jan/jun 2014. Disponível em: <<http://periodicos.ufes.br/argumentum/article/download/7493/5760>>. Acesso em 21 de Jul. 2019.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **The World Health Report 2008 : Primary Health Care Now More Than Ever**. OMS, Lisboa. 2008. Disponível em: <https://www.who.int/whr/2008/en/>. Acesso em 21 de Jul. 2019.

OTTAWA. **Carta de Ottawa - Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde**. 1986, Ottawa, Canadá. 4p. Disponível em <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/carta_ottawa.pdf>. Acesso em 21 de Jul. 2019.

PEDUZZI, Marina et al. Educational activities for primary healthcare workers: permanent education and in service healthcare education concepts in the daily life of primary healthcare units in São Paulo. **Interface - Comunic., Saude, Educ.**, v.13, n.30, p.121-34, jul./set. 2009.

POLARO, Sandra Helena Isse; GONCALVES, Lúcia Hisako Takase; ALVAREZ, Angela Maria. Construindo o fazer gerontológico pelas enfermeiras das Unidades de Estratégia Saúde

da Família. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 47, n. 1, p. 160-167, Fev. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342013000100020&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 21 Jul. 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342013000100020>.

Profissionais da saúde recebem capacitação para preenchimento da caderneta do idoso. G1. Globo Tocantins, Palmas. 09 jun 2017. Vídeo online. Disponível em: <<http://g1.globo.com/to/tocantins/videos/t/todos-os-videos/v/profissionais-da-saude-recebem-capacitacao-para-preenchimento-da-caderneta-do-idoso/5928086/>>. Acesso em 21 Jul. 2019.

RADDATZ, Michele. Ações de Educação Permanente em Saúde desenvolvidas por equipes de atenção básica em saúde. 2014. 83 f. Dissertação (Programa de Pós Graduação em Enfermagem) - Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Maria, RS, 2014. Disponível em: <<https://repositorio.ufsm.br/bitstream/handle/1/7405/RADDATZ%2c%20MICHELE.pdf?sequence=1&isAllowed=y>>. Acesso em 21 Jul. 2019.

RIGON, Eluani et al. Experiências dos idosos e profissionais da saúde relacionadas ao cuidado pela estratégia saúde da família. *Rev. enferm UERJ*, Rio de Janeiro, 2016; v. 24, n. 5: e17030. Disponível em: <<http://www.facenf.uerj.br/v24n5/v24n5a18.pdf>>. Acesso em 21 de Jul. 2019. DOI: <http://dx.doi.org/10.12957/reuerj.2016.17030>

RODRIGUES, Nara da Costa. Política Nacional do Idoso: Retrospectiva Histórica. Estudo Interdisciplinares sobre o Envelhecimento. 2001. **Estud. interdiscip. Envelhec.**, Porto Alegre, v.3, p. 149-158, 2001. Disponível em: <<https://seer.ufrgs.br/index.php/RevEnvelhecer/article/viewFile/4676/2593>>. Acesso em 21 de Jul. 2019.

ROSSETTO, Maíra; SILVA, Luiz Anildo Anacleto Da. Ações de educação permanente desenvolvidas para os agentes comunitários de saúde. **Cogitare Enfermagem**. Out/Dez; v. 15, n. 4; p. 723-9. 2010. Disponível em <<https://seer.ufrgs.br/index.php/RevEnvelhecer/article/viewFile/4676/2593>>. Acesso em 21 de Jul. 2019.

SÁ, Célia Maria Cartaxo Pires de. Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa no Olhar dos Profissionais da Estratégia de Saúde da Família. 2016. 74f. Dissertação (Programa de Pós Graduação em Enfermagem. - Centro de Ciências da Saúde. Universidade Federal da Paraíba. João Pessoa, 2016. Disponível em: <<https://repositorio.ufpb.br/jspui/bitstream/tede/8732/2/arquivototal.pdf>>. Acesso em 21 de Jul. 2019

SARRAF, Jonathan Souza et al. Guia de delineamento de estudos: Como delinear estudos na área da saúde. Belém- PA, Oncológica Brasil - Ensino e Pesquisa, 1. ed. 2015.

SICOLI, Juliana Lordello; NASCIMENTO, Paulo Roberto do. Promoção de saúde: concepções, princípios e operacionalização. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 7, n. 12, p. 101-122, Fev. 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832003000100008&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 21 Jul. 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-32832003000100008>.

SILVA, Luiz Anildo Anacleto et al. Seminários integrativos de educação permanente em saúde: a experiência com os municípios da Região Norte do Estado do Rio Grande do Sul. In: VIAL SEM; PLEIN, FB; MACHADO, ME. **A política nacional de educação permanente em saúde: avanços e desafios**. Porto Alegre: Secretaria de Estado da Saúde do Rio Grande do Sul. Escola de Saúde Pública: 2010. p. 47-61.

SILVA, Jaqueline Alcântara Marcelino da; OGATA, Márcia Nituma; MACHADO, Maria Lúcia Teixeira. Capacitação dos trabalhadores de saúde na atenção básica: impactos e perspectivas. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 09, n. 02, p. 389 - 401, 2007. Disponível em <<http://www.fen.ufg.br/revista/v9/n2/v9n2a08.htm>>. Acesso em 21 Jul. 2019.

SILVA, Kelly Maciel; SANTOS, Sílvia Maria Azevedo dos. A práxis do enfermeiro da ESF e o cuidado ao idoso. **Texto Contexto Enfermagem**. Florianópolis. Jan-Mar; v. 24, n. 1, p. 105-11. 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v24n1/pt_0104-0707-tce-24-01-00105.pdf>. Acesso em 21 de Jul. 2019.

SILVEIRA, Denise Tolfo; CÓRDOVA, Fernanda Peixoto. A pesquisa científica. In: GERHARDT, Tatiana Engel; SILVEIRA, Denise Tolfo. (Org.) **Métodos de pesquisa**. 1 ed. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2009. p. 120 (p. 31-42).

SOUSA, Valmi D.; DRIESSNACK, Martha; MENDES, Isabel Amélia Costa. Revisão dos desenhos de pesquisa relevantes para enfermagem: Parte 1: desenhos de pesquisa quantitativa. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 15, n. 3, p. 502-507, Jun 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692007000300022&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 21 Jul. 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692007000300022>.

VERAS, Renato. Em busca de uma assistência adequada à saúde do idoso: revisão da literatura e aplicação de um instrumento de detecção precoce e de previsibilidade de agravos. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 705-715, Jun 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2003000300003&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 21 Jul. 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2003000300003>.

VERAS, Renato. Envelhecimento Humano: Ações de Promoção à Saúde e Preservação de Doenças. In: E. V. Freitas, L. Py, F. A. Cançado, J. Doll, & M. L. Gorzoni, **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. 3 ed., Guanabara Koogan, 2015. p. 1750. (Envelhecimento Humano: Ações de Promoção à Saúde e Preservação de Doenças).

VERAS, Renato Peixoto; CALDAS, Célia Pereira; CORDEIRO, Hesio de Albuquerque. Modelos de atenção à saúde do idoso: repensando o sentido da prevenção. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 4, p. 1189-1213, Dez. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312013000400009&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 21 Jul. 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312013000400009>.

VERAS, Renato; CALDAS, Célia Pereira; SANCHEZ, Maria Angélica. Promovendo a Saúde e Prevenindo a Dependência: identificando indicadores de fragilidade em idosos independentes. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**. v. 10, n. 3. p. 355-370.

2007. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=403838775008>>. Acesso em: 21 de Jul. 2019. ISSN 1809-9823



VIANA, Ana Luiza d Ávila et al. (Orgs.). Recursos humanos na atenção básica, estratégias de qualificação e Pólos de Educação Permanente no Estado de São Paulo. São Paulo: Centro de Estudos de Cultura Contemporânea/Consórcio Medicina USP, p. 205. 2008.

APÊNDICE 1- TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - TCLE

UNIVERSIDADE FEDERAL DO TOCANTINS
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENSINO EM CIÊNCIA E SAÚDE
MESTRADO EM ENSINO EM CIÊNCIA E SAÚDE

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Convidamos o (a) Sr. (a) para participar da Pesquisa **A UTILIZAÇÃO DA CADERNETA DE SAÚDE DA PESSOA IDOSA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA: UM OLHAR NA FORMAÇÃO EM SAÚDE**, sob a responsabilidade da pesquisadora Luiza Vargens Ramos, a qual pretende investigar a utilização da Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa como instrumento de formação técnica na atenção à saúde do idoso no município de Gurupi- TO.

A justificativa desta pesquisa se dá pelo crescente envelhecimento populacional e os crescentes gastos em saúde, a despeito das diferentes Políticas de Saúde do Idoso, e os instrumentos criados para os profissionais de saúde como avaliação da saúde do idoso, como a Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa.

Sua participação é voluntária e se dará por meio de respostas a perguntas de um questionário por escrito, à pesquisadora do projeto. O tempo de duração do questionário é de aproximadamente trinta minutos.

O local para realização da sua participação será uma sala reservada na sua Unidade de Saúde, onde, individualmente e privativamente poderemos nos reunir. Os questionários serão armazenados em local restrito e de acesso somente à pesquisadora e seu orientador.

Caso esse procedimento possa gerar algum tipo de constrangimento você não precisa realizá-lo.

Se você aceitar participar, estará contribuindo para caráter acadêmico científico da pesquisa onde as respostas podem transformar-se em dados para melhorias futuras nas relações de saúde entre os idosos e os profissionais de Saúde, promovendo reflexões nestas relações, considerando-se as ações orientadoras em educação em saúde como conscientizadoras da população.

Os riscos decorrentes de sua participação na pesquisa podem incluir possível desconforto para o participante sobre o constrangimento, vergonha, medo, invasão de privacidade, ansiedade ou receio em expor suas opiniões pessoais e profissionais, contudo, esperamos minimizá-los realizando as entrevistas em locais reservados (salas em que estarão presente apenas a pesquisadora e o participante, com a garantia do não interrompimento através do trancamento da porta) e com a garantia do sigilo e privacidade das informações em todas as fases da pesquisa.

Em qualquer momento, se você sofrer algum dano comprovadamente decorrente desta pesquisa, você terá direito a indenização.

Os resultados serão apresentados em relatório entregue a Secretaria Municipal de Saúde de Gurupi, bem como à Coordenação da Atenção Básica do Município e aos participantes.

A sua participação é voluntária e a recusa em participar não irá acarretar qualquer penalidade ou perda de benefícios. Se depois de consentir em sua participação o Sr (a) desistir de continuar participando, tem o direito e a liberdade de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, seja antes ou depois da coleta dos dados, independente do motivo e sem nenhum prejuízo a sua pessoa. O (a) Sr (a) não terá nenhuma despesa e também não receberá nenhuma remuneração. Os resultados da pesquisa serão analisados e publicados, mas sua identidade não será divulgada, sendo guardada em sigilo. Para obtenção de qualquer tipo de informação sobre os seus dados, esclarecimentos, ou críticas, em qualquer fase do estudo, o (a) Sr (a) poderá entrar em contato com o pesquisador responsável no endereço SENAC/Gurupi, na R. D, nº 109, Gurupi - TO, 77423-030, ou pelo telefone (63) 98103.3462, luiza.vargens@uft.edu.br. Em caso de dúvidas quanto aos aspectos éticos da pesquisa o(a) Sr (a) poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa – CEP/UFT. O Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos (CEP) é composto por um grupo de pessoas que estão trabalhando para garantir que seus direitos como participante de pesquisa sejam respeitados. Ele tem a obrigação de avaliar se a pesquisa foi planejada e se está sendo executada de forma ética. Se você achar que a pesquisa não está sendo realizada da forma como você imaginou ou que está sendo prejudicado de alguma forma, você pode entrar em contato com o CEP da Universidade Federal do Tocantins pelo telefone 63 3229 4023, pelo e-mail: cep_uft@uft.edu.br, ou Quadra 109 Norte, Av. NS 15, ALCNO 14, Prédio do Almojarifado, CEP-UFT 77001-090 - Palmas/TO. O (A) Sr. (a) pode inclusive fazer a reclamação sem se identificar, se preferir. O horário de atendimento do CEP é de segunda e terça das 14 às 17 horas e quarta e quinta das 9 às 12 horas.

Este documento é emitido em duas vias que serão ambas assinadas por mim e pelo Sr. (a), ficando uma via com cada um de nós.

Eu, _____, fui informado sobre o que o pesquisador quer fazer e porque precisa da minha colaboração, e entendi a explicação. Por isso, eu concordo em participar do projeto, sabendo que não receberei nenhum tipo de compensação financeira pela minha participação neste estudo e que posso sair quando quiser.

Gurupi, ____ de _____ de 20__.

Assinatura do participante da pesquisa

Assinatura do pesquisador responsável

APÊNDICE2 - INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS	
Módulo 1	Idade Sexo Estado Civil Procedência: Escolaridade: Formação Profissional: Renda mensal: Jornada de trabalho:
	Qual a frequência que o senhor (a) recebe treinamento/cursos de capacitação na atenção à saúde do idoso? <input type="checkbox"/> Nenhuma vez por ano <input type="checkbox"/> Uma vez por ano <input type="checkbox"/> Duas vezes por ano <input type="checkbox"/> três vezes por ano ou mais.
	Como você classifica a relação dos profissionais de saúde da ESF que atua com os idosos do território? <input type="checkbox"/> Muito Boa <input type="checkbox"/> Boa <input type="checkbox"/> Cooperação Mutua <input type="checkbox"/> Indiferente
	Como aconteceu a implementação da Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa (CSPI) na sua Unidade de Saúde?
Módulo2	O senhor (a) acredita que a CSPI contribui para a Atenção Integral do idoso? Em caso afirmativo faça um breve relato.
	Como o senhor (a) classifica o seu nível de conhecimento sobre a CSPI? <input type="checkbox"/> Ruim <input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Bom <input type="checkbox"/> muito bom <input type="checkbox"/> ótimo <input type="checkbox"/> excelente <input type="checkbox"/> não sei informar
	Assinale um ou mais das alternativas abaixo em relação às principais dificuldades encontradas na utilização da CSPI? <input type="checkbox"/> Ausência de capacitação para o uso correto da CSPI <input type="checkbox"/> Tempo insuficiente para o preenchimento <input type="checkbox"/> Indisponibilidade da caderneta no serviço de saúde <input type="checkbox"/> A não utilização da CSPI por todos os membros da equipe de saúde <input type="checkbox"/> Desvalorização e o desconhecimento dos idosos/família sobre a CSPI Caso não se sentiu contemplado, por favor, descrever outras dificuldades:
	Qual tipo de atividade educativa descrita abaixo é de sua preferência? <input type="checkbox"/> Atividades educativas com enfoque na promoção, prevenção ou recuperação da saúde. <input type="checkbox"/> Treinamentos, simpósios e seminários. <input type="checkbox"/> Reuniões gerenciais/administrativas.
Módulo 3	Qual o público alvo é atendido com maior frequência na sua unidade de saúde em relação às <input type="checkbox"/> Área específica (profissionais de saúde separadamente). <input type="checkbox"/> Trabalhadores de enfermagem e médicos. <input type="checkbox"/> Todos os trabalhadores do serviço.

	ações educativas?	<input type="checkbox"/> Equipes de trabalho (equipe ESF). <input type="checkbox"/> Comunidade.
	Qual (is) estratégia(s) de ensino é de sua preferência durante os treinamentos/cursos de capacitação?	<input type="checkbox"/> Metodologias ativas. <input type="checkbox"/> Discussão em grupo. <input type="checkbox"/> Oficinas de trabalho. <input type="checkbox"/> Aula expositiva dialogada. <input type="checkbox"/> Aulas práticas. <input type="checkbox"/> Dinâmicas de grupo. <input type="checkbox"/> Metodologia tradicional. <input type="checkbox"/> Palestras. <input type="checkbox"/> Aula expositiva. <input type="checkbox"/> Outras.
	Em geral os treinamentos/cursos que acontecem na sua unidade de saúde são demanda de quem?	<input type="checkbox"/> Externa (solicitações de pessoas externas à equipe/comunidade). <input type="checkbox"/> Interna (emergiu dos trabalhadores).
	Em relação à duração dos treinamentos/cursos qual das opções abaixo acredita que tem facilitado seu aprendizado dos conteúdos?	<input type="checkbox"/> 1 – 2 horas <input type="checkbox"/> 2 – 4 horas <input type="checkbox"/> > 4 horas

APÊNDICE 3. ARTIGO – CADERNETA DE SAÚDE DA PESSOA IDOSA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA: UMA REVISÃO INTEGRATIVA.

CADERNETA DE SAÚDE DA PESSOA IDOSA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA: UMA REVISÃO INTEGRATIVA

*USE OF THE ELDERLY PERSON'S HEALTH
HANDBOOK IN PRIMARY CARE: AN
INTEGRATIVE REVISION*

Luiza Vargens Ramos 1

Neila Barbosa Osório 2

Luiz Sinésio Neto 3

1 Atuo principalmente nos temas de Educação em Saúde, Enfermagem em Saúde Pública, Saúde da Família. Instrutora FIC de Saúde no SENAC - Gurupi. Ministrei os cursos de APH e Primeiros Socorros, Cálculos Aplicados a Administração de Medicamentos, e para Cuidador de Idosos. Instrutora da disciplina de Introdução à Gestão em curso para Profissionais ACS no município de São Valério da Natividade - TO. Mestranda em Ensino em Ciências e Saúde na Universidade Federal do Tocantins - PPG ECS/UFT. E-mail: luiza.vargens@uft.edu.br Graduação em Serviço Social da UFPA. **2** Membro do Projeto de Pesquisa A Influência do Exercício de Força Excêntrica e de parâmetros genéticos sobre aspectos clínicos, respostas hemodinâmicas e de qualidade de vida em idosos remanescentes quilombolas, vinculado a UnB - Ceilândia. Coordena a Pós-Graduação em Gerontologia e é autora desse Programa que capacita profissionais para atuarem com a população que mais cresce mundialmente: os velhos. Grupo de Pesquisa em Envelhecimento Humano da UFT-Progero, vinculado ao Programa Universidade da Maturidade. Projeto de Pesquisa análise das condições de vida, saúde, nutrição e acessibilidade de idosos alunos da universidade da maturidade (Plataforma Brasil). Pesquisa atualmente as Políticas Sociais do Envelhecimento na Amazônia Legal, Direito do Idoso e as Políticas Públicas Intergeracionais. E-mail: neilaosorio@uft.edu.br Possui Doutorado em Ciências e Tecnologia em Saúde-UNB-DF, **3** Mestrado em Gerontologia-UCB-DF, Especialização em Gerontologia-UFT-TO, graduação em Educação Física. É professor Adjunto da Universidade Federal do Tocantins do curso de Medicina onde coordena as disciplinas, Saúde do Idoso, Nutrologia e participa da Comissão de TCC. Coordena e é docente do programa Universidade da Maturidade-UMA; na Universidade Federal do Tocantins. É professor efetivo do Mestrado

em Ensino em Ciência e Saúde, colaborador do Mestrado em Educação e da Pós-Graduação em Gerontologia da Universidade Federal do Tocantins. Membro dos grupos de pesquisa: Determinantes do Envelhecimento Humano e Progero. Presidente da Associação Brasileira de Alzheimer-Seccional Tocantins. Autor de artigos científicos e livros na área da gerontologia. Atua nas áreas de pesquisas: Alterações de composição corporal e envelhecimento, Sarcopenia, Obesidade Sarcopênica, Qualidade de Vida, Avaliação funcional no idoso, Envelhecimento e Gerontologia. E-mail: luizneto@uft.edu.br

Resumo: *Descrever as evidências científicas sobre a utilização da caderneta de saúde da pessoa idosa (CSPI) na atenção primária para otimizar o cuidado a pessoa idosa. **Materiais e Métodos:** revisão integrativa utilizando as bases de dados Medline, Scielo, Lilacs e Portal periódicos CAPES através dos descritores: caderneta de saúde da pessoa idosa; atenção primária à saúde e idosos, e seus respectivos descritores em língua inglesa, publicados até maio de 2017. **Resultados:** A amostra dessa revisão constitui-se em 6 estudos. A CSPI foi relatada como adjuvante instrumento no cuidado pelas equipes de saúde da atenção básica, idosos e cuidadores. No entanto, das dificuldades apresentadas a compreensão dos conteúdos e preenchimento da CSPI foram relatadas pelos participantes dos estudos analisados. A escassez de trabalhos que avaliem a CSPI na atenção primária como tema principal foi um importante achado desse estudo. **Conclusão:** Deste modo nota-se a necessidade de uma ampliação da discussão sobre a CSPI na atenção primária, a considerar os seus possíveis benefícios para a população idosa e para a saúde pública em geral em diferentes regiões brasileiras. A educação permanente em saúde pode ser um caminho para transformar o desenvolvimento da CSPI na atenção primária.*

Palavras-chave: *Caderneta de saúde da pessoa idosa; Atenção primária à saúde; Idosos.*

Abstract: *To describe as scientific evidence about the use of the elderly person's health book (CSPI) in primary care to optimize care for the elderly. **Materials and Methods:** integrative review using the Medline, Scielo, Lilacs and CAPES journals data bases through the descriptors: health book of the elderly; primary health care and the elderly, and their respective descriptors in English, published by May 2017. **Results:** The sample of this review consisted of 6 studies. The CSPI has been reported as an adjunct tool in care by health primary care teams, seniors and care givers. However, the difficulties presented in understanding the contents and filling the CSPI were reported by the participants of the studies analyzed. The scar city of studies evaluating CSPI in primarycare as the main theme was an important finding of this study. **Conclusion:** Thus, it is necessary to expand the discussion about CSPI in primarycare, to consider its possible benefits for the elderly population and for public health in general in different Brazilian regions. The permanent health education can be a way to turn the development of CSPI in primarycare. **Keywords:** Elderly health notebook; Primary healthcare; Elderly.*

INTRODUÇÃO

O processo de envelhecimento humano no Brasil possui características peculiares. Nas últimas décadas apresentou um aumento exponencial e modificou o padrão demográfico e epidemiológico do país, produzindo demandas que implicam na necessidade de respostas das políticas sociais, que englobem essa faixa etária e o seu processo de desenvolvimento, para garantia de melhores condições de saúde e qualidade de vida (COSTA *et al.*, 2015).

O impacto e as modificações decorrentes do processo de envelhecimento populacional ocorrem em diversas áreas como sócio econômica, previdenciária e de saúde. O aumento dos índices de morbidade, maior proporção de agravos de procedimentos médicos, além do aumento de doenças crônico-degenerativas e suas consequências são consideradas problemas de saúde pública. Nesse sentido, os idosos são os principais usuários dos serviços de saúde, trazendo custos a esses serviços e necessidade de adaptação dos mesmos para o atendimento eficaz a essa população (COSTA *et al.*, 2015).

Dessa forma, com a Portaria Ministerial nº 1.395/99 (Brasil, 1999) foi estabelecida uma política específica, a Política de Saúde do Idoso (PSI), determinando que os órgãos e entidades do Ministério da Saúde (MS) adequassem ou elaborassem planos para incluir as demandas da população idosa. A lei 10.741/2003 do Estatuto do Idoso (Brasil, 2013) reforça a especificidade e prioridade dos idosos nas ações de saúde.

Com essas legislações vigentes, outras políticas, programas, planos e estratégias foram elaborados para os idosos. Dentre as estratégias desenvolvidas, a Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa (CSPI), que foi concebida como um instrumento de cidadania. Em 2014, a CSPI foi atualizada e ampliada, e em 2015 foi iniciada a distribuição de sua 3ª edição (BRASIL, 2014). A nova versão possui espaço para registro de informações referentes a histórico clínico, medicamentos, alimentação, vacinas, hábitos de vida, identificação de dores crônicas, saúde bucal, agenda de consultas e exames, além de orientações sobre os direitos dos idosos e atividades do dia a dia que colaboram para a saúde.

A disponibilização da Caderneta na atenção primária à saúde é realizada por meio da Estratégia de Saúde da Família (ESF), para que os profissionais tenham um melhor acompanhamento do estado de saúde e familiares e cuidadores possam também zelar pela saúde dessa população. A ESF, de acordo com a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa

(Brasil, 2006), é parte de um conjunto de iniciativas que objetiva qualificar a atenção ofertada aos idosos no Sistema Único de Saúde (SUS).

A CSPI seria uma espécie de prontuário (Borges et al., 2013) que geram novas informações em saúde, proporcionando ao Ministério da Saúde (MS) o diagnóstico da situação de saúde da população idosa e o planejamento de ações que qualifiquem melhores situações e condições de vida para esta população. Nesse sentido, pesquisas que explorem a percepção e a utilização da CSPI pelas equipes de saúde, idosos e cuidadores na AB podem contribuir para a (re) adequação das ações de promoção, prevenção, monitoramento e avaliação dos cuidados aos idosos na ESF.

Por isso, este estudo tem por objetivo descrever as evidências científicas sobre a utilização da caderneta de saúde da pessoa idosa (CSPI) na atenção primária para otimizar o cuidado a pessoa idosa.

MÉTODO

Esse estudo é uma revisão integrativa, optou-se por esse desenho do estudo, pois é um método que proporciona a síntese de conhecimento, a incorporação da aplicabilidade de resultados de estudos significativos na prática e o pensamento crítico que a prática diária necessita (SOUZA, SILVA & CARVALHO, 2010). Além de possibilitar a identificação de lacunas que direcionam para o desenvolvimento de futuras pesquisas.

O estudo ocorreu no período de junho a agosto de 2017 e foram consultadas nas bases de dados: *United States National Library of Medicine/ Medical Literature Analysis and Retrieval System on-line* (PubMed/Medline), *Scientific Electronic Library onLine* (SciELO), *Literatura Latino Americana e do Caribe em Ciências da Saúde* (LILACS) e Portal periódicos CAPES. Utilizaram-se os seguintes descritores em ciências da saúde (DeCS): caderneta de saúde da pessoa idosa, atenção primária à saúde e idosos, e seus respectivos descritores em língua inglesa, publicados até maio de 2017. A organização e síntese dos achados foram estruturadas a partir da pré-seleção dos artigos, onde ocorreu a leitura dos respectivos títulos e resumos, a fim de verificar a adequação aos critérios de inclusão e exclusão. Foram adotados os seguintes critérios de inclusão: 1. Apresentar como tema principal a caderneta de saúde da pessoa idosa; 2. Estar escrito nas línguas portuguesa ou inglesa; 3. Estar disponível na íntegra no formato eletrônico. Foram excluídas: 1- publicações anteriores aos últimos 10 (dez) anos;

2- textos duplicados nas bases de dados. Para garantir a elegibilidade da pesquisa, a seleção dos textos a serem incluídos no estudo foi realizada por duas pessoas de forma independente. Considerando a escassez da temática inserimos dissertações, anais e resumo de congressos devidamente publicados em base de dados científicos.

Realizamos uma busca com os últimos dez anos, apesar da última atualização da CSPI ter ocorrido em 2014 e disponibilizada a nova versão em 2015 com seu novo Manual lançado em 2016, pois intencionamos encontrar as pesquisas iniciais e as discussões a respeito do correto preenchimento e da adesão a CSPI tão logo a implantação do instrumento.

Para sumarização e apresentação dos resultados dos artigos que atenderam aos critérios de inclusão foi utilizado um quadro que contemplou os seguintes aspectos, considerados pertinentes: Autores, Ano, Local, Tipo do documento, Conhecimentos/potencialidades da CSPI e dificuldades da CSPI.

A apresentação dos resultados e discussão dos dados obtidos foi feita de forma descritiva, possibilitando ao leitor a avaliação da aplicabilidade da revisão integrativa elaborada, de forma a atingir o objetivo desse método, ou seja, propiciar a reflexão acerca da utilização da CSPI na AB.

RESULTADOS

Foram selecionadas três dissertações, dois resumos, e um Anais de Congresso de acordo com os critérios de inclusão (Quadro I) e de acordo com a base de dados. No que se refere ao perfil dos textos encontrados, verificou-se predomínio das bases de dados Portal Periódicos da CAPES e LILACS.

Quadro I. Artigos selecionados conforme Base de Dados, 2017.

Base de Dados	Artigos			
	Encontrados	Selecionados	Excluídos	Analisados
MedLine BIREME	0	0	0	0
SciELO	1	1	1	0
LILACS	72	36	36	0
Periódicos CAPES	648	303	298	6

Fonte: Artigos selecionados para análise conforme Base de Dados, 2017.

Dos textos encontrados quatro têm como enfoque de pesquisa a abordagem qualitativa e dois a abordagem quantitativa e todos são do tipo transversal, tendo como principais instrumentos de avaliação a aplicação de questionários estruturados, semi-estruturados e entrevistas. Dos estudos analisados cinco foram realizados na Atenção Primária à saúde e apenas um em instituição de longa permanência. A maioria das pesquisas se concentrou em avaliar os conhecimentos/potencialidades e as dificuldades da utilização da CSPI na prática dos profissionais, idosos e familiares na atenção primária (Quadro 2).

Quadro 2 - Caracterização dos textos segundo autor, ano, local, tipo do documento, conhecimentos/potencialidades e dificuldades.

Autor	Ano	Local	Tipo do documento	Conhecimentos/potencialidades da CSPI	Dificuldades da CSPI
Sá CMCP de; Moreira MASP (Sá, 2016)	2016	João Pessoa-PB	Dissertação	Os profissionais de saúde relataram: Ferramenta de cuidado; instrumento de autonomia para o idoso; guia de informações sobre saúde; objeto de trabalho; recurso de acompanhamento da saúde do idoso; e suporte de saúde.	Dificuldade de adesão dos profissionais e dos idosos na utilização da caderneta no atendimento; os profissionais relataram dificuldades no preenchimento das informações da caderneta.
Dantas KMVP (Dantas, 2015)	2015	João Pessoa-PB	Dissertação	Os idosos relataram: suporte para o atendimento para a prevenção das doenças; A informação vacinal tem uma representatividade significativa; Instrumento facilitador para o profissional de saúde acompanhar a continuidade de tratamentos, e acompanhamento das consultas.	Os idosos relataram: não terem informações sobre a caderneta por parte dos profissionais.
Borges L de L; Coutinho GDZ; Silva RM, Góis VF de; Azevedo AP de. (Borges, Coutinho, Silva, Góis, & Azevedo, 2013)	2013	Brasília-DF	Relato de Experiência	Maior alimentação dos dados do SIAB; preenchimento da caderneta estimulou seu uso pelas ESF e pacientes idosos.	Difícil adesão dos profissionais da ESF e ACS na implantação da caderneta e da planilha; A falta de divulgação pelo Ministério da Saúde da importância da Caderneta tanto para o idoso, como para os serviços de saúde; monitorar a experiência em todas as equipes.

Brahim, JM; Welfer, M; Berkembrock C; Santos BRL dos; Gonçalves LHT. (Brahim, et al., 2008)	2008	Porto Alegre/ RS	Anais de Congresso	Utilização da caderneta para descrição de saúde dos idosos.	Necessidade de implantação de estratégias preventivas
Carvalho JAS de; Alencar MSS (Carvalho & Alencar, 2013)	2013	Teresina-PI	Resumo expandido	Utilização da caderneta para descrição de saúde dos idosos.	Não relatou
Ferreira MGS; Aguiar AC. (Ferreira M. G., 2010)	2010	Rio de Janeiro RJ	Dissertação	Instrumento de coleta de dados que otimizou a leitura da informação no nível loco- regional; aumentou o potencial do nível loco- regional da gestão.	Necessidade de produção e análise de dados em nível loco- regional.

Fonte: dados da pesquisa.

DISCUSSÕES

A Atenção Primária (AP) foi o local onde a maioria dos estudos foram desenvolvidos. De acordo com a literatura, a AP desempenha papel primordial na estruturação da atenção à saúde como ordenadora e coordenadora do cuidado, com garantias de continuidade das ações de saúde e longitudinalidade do cuidado (OLIVEIRA, 2013).

Deve ser o primeiro nível de atendimento, o primeiro contato do usuário com o sistema de saúde, a porta de entrada prioritária dos usuários do SUS, devendo garantir assistência na maior parte das necessidades apresentadas e orientando o direcionamento para os outros níveis de complexidade (secundário e terciário) quando houver necessidade, apontado nas Diretrizes para o Cuidado das pessoas idosas no SUS (BRASIL, 2014).

O Caderno de Atenção Básica: Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa, a Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa (CSPI) e o Guia Prático do Cuidador foram instrumentos para implementação das diretrizes da Política Nacional de Saúde do Idoso (PNSI). Acreditamos que por ser uma proposta recente do ponto de vista de política de saúde pública, a literatura é escassa com relação à utilização desses instrumentos, o que impossibilita a ampliação da discussão acerca dos possíveis benefícios gerados pela sua aplicabilidade (1). Os

estudos indicam que as informações oriundas da CSPI fazem parte de um importante contexto de saúde da população idosa e gera informações que impactam diretamente na qualidade do atendimento à população idosa, refletindo em sua qualidade de vida e melhorias de saúde. Portanto, estudos que avaliem a aplicação da CSPI na AP em diferentes regiões brasileiras devem ser promovidos.

Em relação aos conhecimentos/potencialidades da CSPI pelos profissionais segundo os estudos, pôde-se observar a compreensão dos benefícios desse instrumento para a atenção integral a saúde da pessoa idosa e melhor funcionamento do SUS. Os profissionais relataram que a CSPI é uma ferramenta de cuidado, instrumento de autonomia para o idoso, guia de informações sobre saúde, objeto de trabalho, recurso de acompanhamento da saúde do idoso e suporte de saúde (SÁ, 2016) (DANTAS, 2015) (CARVALHO & ALENCAR, 2013). Os idosos que levam consigo suas cadernetas nas consultas e as mantêm atualizadas, proporcionam aos profissionais o acompanhamento periódico de suas condições de saúde, conforme objetiva a CSPI.

Nesse sentido, a caderneta funciona como um suporte para os idosos e para os profissionais. Sendo um alerta para situações de risco e vulnerabilidade, para prevenção de doenças e ainda dispõe da autonomia do sujeito enquanto faz o acompanhamento da sua situação de saúde e traz orientações para melhorar ou mantê-la.

Essas afirmações são positivas, pois a literatura demonstrou que a conscientização da população idosa em relação a sua situação de saúde favorece a manutenção de sua capacidade física e funcional, corroborando com Feuerwerker (FEURWERKER, 2003).

Uma vez que os idosos sejam bem orientados e informados sobre sua saúde e se permitam mudanças de comportamento, adequando suas atividades básicas e atividades instrumentais de vida diárias (alimentação, higiene pessoal, preparo de refeições e manutenção de tarefas domésticas, por exemplo), possibilitarão melhores condições de saúde e qualidade de vida a si mesmos.

A CSPI reúne as informações sociais e de saúde da pessoa idosa em um mesmo local e facilita a comunicação entre profissionais, idosos e cuidadores dois estudos utilizaram-na como um instrumento para a compreensão do perfil de saúde dos idosos (BRAHIM, *et al.*, 2008) (CARVALHO & ALENCAR, 2013).

Dessa forma, em 2016, o MS, lançou o Manual para Utilização da Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa (BRASIL, 2016) objetivando colaborar para o correto preenchimento

dos campos da CSPI e orientando que os registros devem ser realizados a partir das informações fornecidas pelo próprio idoso, por seus familiares e/ou cuidadores, se for o caso. Portanto, as informações preenchidas de acordo com o protocolo (BRASIL, 2016) podem auxiliar a equipe de saúde na formulação adequada do plano de cuidados para atender de forma qualificada as necessidades da pessoa idosa.

Nesse sentido, comparando a CSPI com uma espécie de prontuário (Borges, Coutinho, Silva, Góis, & Azevedo, 2013) seus dados são lançados no Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), e geram novas informações em saúde, proporcionando ao Ministério da Saúde (MS) o diagnóstico da situação de saúde da população idosa e o planejamento de ações que qualifiquem melhores situações e condições de vida para esta população.

O SIAB contém informações sobre cadastro de famílias, condições de moradia e saneamento, situação de saúde, produção e composição das equipes de saúde e é considerado o principal instrumento de monitoramento das ações da ESF.

Implantado para o acompanhamento das ações e dos resultados das atividades realizadas pelas equipes da ESF, com objetivo de agregar, armazenar e processar as informações relacionadas com a AP, usando como artifício a Estratégia de Saúde da Família (ESF). Através dessas informações é possível para o Ministério da Saúde (MS), a tomada de decisões e gestão da AP em nível nacional.

Assim, a utilização da CSPI pode ser um mecanismo para instrumentalizar a equipe e complementar os dados do SIAB, pois além de produzir as informações que permitam o conhecimento do perfil de saúde dos idosos, é capaz de orientar sobre o levantamento de dados demográficos dessa população no território da ESF.

A população idosa sempre ficará vinculada a AP e à sua Equipe de Saúde da Família (ESF), mesmo que seja assistida em outro nível de atenção, ficando a AP responsável pelo seu acompanhamento, de maneira articulada e integrada aos outros níveis.

A organização do cuidado à pessoa idosa deve ser permeada pela garantia do acesso, acolhimento e cuidado humanizados nos serviços de saúde, propiciando a responsabilização e resolutividade dos problemas. De acordo com o MS (Brasil, 2014) esses serviços devem ser “orientados a partir da funcionalidade global da pessoa idosa, considerando o risco de fragilidade existente e o seu grau de dependência (capacidade de execução), buscando a autonomia (capacidade de decisão) possível, do sujeito em questão”.

Em 2015 (Costa, Aguiar, Rolim, Rabelo, Oliveira, & Barbosa, 2015), um estudo com os profissionais de enfermagem da AP, identificou que a CSPI ainda não tem sido utilizada de forma adequada, pois se observa que ocorreu a distribuição desses materiais, porém não houve a capacitação necessária para a sua utilização.

Não apenas essa falta de capacitação, mas também as dificuldades de adesão por parte dos profissionais e idosos na AP, a ausência de informações sobre a caderneta e dificuldades de preenchimento pelos profissionais apareceram nos estudos e foram informações destacadas (SÁ, 2016) (BORGES et al., 2013). A estratégia desenvolvida para que os profissionais obtivessem conhecimentos básicos sobre a saúde do idoso e sobre envelhecimento, foi sua capacitação para o adequado preenchimento da CSPI e percepção da importância de sua utilização.

A capacitação é definida pela Política Nacional de Educação permanente em saúde (Brasil, 2006) como uma estratégia para enfrentar problemas de desenvolvimento dos serviços de saúde através de ações intencionais e planejadas com a missão de fortalecer os conhecimentos, habilidades, atitudes e práticas.

Os profissionais consideraram que sem o correto preenchimento e utilização da CSPI (Dantas, 2015), o fortalecimento da AP para as ações destinadas a população idosa fica prejudicado. Afirmam que a necessidade do preenchimento correto está para todos os itens propostos. Sobressaindo os itens de acompanhamento da saúde, tratando da autoclassificação da saúde do idoso, dos problemas atuais de saúde, dos medicamentos e doses diárias, internações, quedas, alergias e intolerâncias, que devem ser atenciosa e criteriosamente preenchidos.

E, apesar da importância da capacitação e de sua disseminação, os resultados esperados, nem sempre são alcançados, implicando que não comumente, os projetos são convertidos em ações. Eles não produzem a análise dos múltiplos sentidos que a capacitação assume, e são insuficientes para reconsiderar as próprias práticas da capacitação (BARROS, MAIA & PAGLIUCA, 2011).

Nessa direção, o Manual de Preenchimento da CSPI (Brasil, 2008), lançado em 2008, com as primeiras orientações sobre a importância da correta utilização e das informações contidas na CSPI, detalha cada item a ser preenchido e orienta que a observação dos riscos e vulnerabilidades da pessoa idosa sobre o adoecimento orgânico é função do profissional de saúde. Essas orientações em ambos Manuais informativos de preenchimento

(em 2008 e em 2016) consolidam o papel da CSPI como estratégia de cuidado integral com foco na funcionalidade do paciente idoso. E que por meio do registro dessas informações na caderneta, é possível realizar ações de prevenção de maneira individual e coletiva.

Já para a adesão dos idosos, sugere-se a necessidade de ressignificar o processo de envelhecimento na AP, na perspectiva de melhorar a qualidade das ações ofertadas.

Nesse sentido, apesar da implementação e da capacitação ofertada, alguns profissionais levantaram as fragilidades existentes no processo de trabalho com a pouca qualificação profissional para que se reconheçam as necessidades da pessoa idosa, e contradizem a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI) (Brasil, 2006), afirmando que a atenção à pessoa idosa deve ter mecanismos para melhorar a qualidade da atenção com envolvimento dos profissionais da AP e das ESF.

A equipe da ESF deve acolher a população idosa e captá-la quando necessário, desenvolvendo ações voltadas para as necessidades específicas dessa população. O vínculo estabelecido entre a unidade de saúde e a população idosa deverá garantir os princípios do SUS de atendimento integral e humanizado, resolutivo e de forma contínua, não apenas para a população idosa, mas também para suas famílias, conforme diretrizes estabelecidas nos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão, do MS (BRASIL, 2006).

Considerando-se as peculiaridades da pessoa idosa e a anteriormente citada ressignificação do processo de envelhecimento, a capacitação da equipe de saúde para lidar com essas ocorrências impacta diretamente na qualidade de vida dessa população, além de profissional do cuidado à saúde, a ESF é aquela que se mantém mais próxima da pessoa idosa, oferecendo apoio e cuidado, desenvolvendo papéis de cuidadores, amigos e familiares (BARROS, MAIA & PAGLIUCA, 2011). Entende-se que um profissional que não compreenda as peculiaridades de vida da pessoa idosa tampouco compreenderá particularidades exigidas para seu tratamento e isso implicará em tratamento inadequado ou ineficaz.

Dessa maneira, maiores estratégias para suprirem essas dificuldades devem ser realizadas considerando-se também as características locais, pois, para a garantia da qualidade da atenção, fazem-se imprescindíveis recursos humanos capacitados, reforçando a imposição de investimentos na formação profissional e educação permanente em saúde.

Ademais, a necessidade de maior produção e análise de dados em nível loco-regional e a necessidade de implantação de estratégias preventivas também foram destacadas

nos estudos (FERREIRA, 2010). Com a CSPI é possível coletar os dados para produzir informação considerada como “de boa qualidade e avançar na construção da integralidade da atenção à saúde do idoso”. A gerência loco-regional deve garantir o acesso a todos os níveis do sistema de saúde, estabelecendo prioridades (DANTAS, 2015).

A exemplo disso os gestores locais de um estudo produziram mudanças no seu nível loco regional orientando à família, por exemplo, quanto à correta execução do cuidado e adoção de medidas preventivas de incapacidades e doenças. Com a implantação da CSPI ocorreu um estímulo para a reflexão acerca da saúde do idoso, culminando em ações de uma linha de cuidado destinada a essa população.

Acrescenta-se que a educação permanente em saúde (EPS) aparece como uma estratégia de mudança institucional, sistemática e global que pode abranger em seu processo as diversas ações específicas de capacitação, mas não o inverso. Nem toda capacitação é um processo de educação permanente em saúde.

Atentando ao fato de que a EPS como uma estratégia sustentável maior pode ter um começo e fim, e ser dirigida a grupos específicos de trabalhadores, articulados com a estratégia geral de mudança institucional (Brasil, 2006), devemos considerar a implantação da EP na atenção básica direcionada à saúde do idoso e ao conhecimento para correta utilização da CSPI.

A educação permanente em saúde pode ser um caminho para transformar o desenvolvimento das ações políticas e instrumentos da saúde do idoso, envolvendo os profissionais de modo que possam ser orientados e incentivados ao atendimento resolutivo e eficaz, orientados para as necessidades específicas dessa população.

CONCLUSÃO

A CSPI mostra-se um meio de informações e orientações que apesar de acessível às equipes de Estratégia de Saúde da Família para distribuição a população idosa, requer empenho e cuidado no seu adequado preenchimento, e direcionamento sobre promoção da saúde e prevenção de doenças.

A CSPI pode ser considerada um importante instrumento para o avanço da Política Nacional do Idoso (PNI), é necessária atenção diferenciada dos profissionais e gestores, participação dos profissionais e da comunidade, trazendo para a atenção à saúde do

idoso o conhecimento e a resolutividade que são imprescindíveis para o envelhecimento saudável e a melhora da qualidade de vida durante o processo de envelhecimento.

Dessa feita, sugere-se a Educação permanente em saúde como uma possibilidade de aprimorar a atenção através da qualificação dos profissionais e melhorar as informações e orientações à população idosa, proporcionando autonomia no cuidado e fortalecimento dos princípios do SUS.

Uma das dificuldades deste trabalho foi a escassez de referências sobre o tema Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa, apesar de sua importância, por ser um instrumento de proposta recente, ainda não se encontram muitas discussões. Assim, ressaltamos a necessidade de uma ampliação da discussão, a considerar os seus possíveis benefícios para a população idosa e para a saúde pública em geral em diferentes regiões brasileiras.

Conflitos de Interesse

Esse trabalho não apresenta conflitos de interesses.

REFERÊNCIAS

Costa NRCD, Aguiar MIFD, Rolim ILTP, Rabelo PPC, Oliveira DLA, Barbosa YC. **Política de saúde do idoso:** percepção dos profissionais sobre sua implementação na Atenção Básica. Revista de Pesquisa em Saúde [Internet]. 2015 mai-ago [cited 2017 jun 10]: 95-101. Available from: <http://www.periodicoseletronicos.ufma.br/index.php/revista_huufma/article/view/4239>.

Brasil. Ministério da Saúde. **Núcleo de Estudos Interdisciplinares sobre Envelhecimento.** Política de Saúde do Idoso. UFRGS. [Internet]. [cited 2017 jun 21]. Available from: <https://www.ufrgs.br/3idade/?page_id=117>.

Brasil. Ministério da Saúde. **Portaria nº10.741, de 01 de outubro de 2003. Estatuto do Idoso** [Internet]. Diário Oficial da União 03 out 2003 [cited 2017 jun 10]; seção 1. Available from: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estatuto_idoso_3edicao.pdf>.

Brasil. Ministério da Saúde. **Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa.** 3rd ed. Brasília: MS; 2014.

Brasil. Ministério da Saúde. Lei nº 2.528, de 19 outubro de 2006. **Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa [Internet]**. Diário Oficial da União 20 out 2006 [cited 2017 jun 10]; Seção

1. Available from:

<http://www.bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt2528_19_10_2006.html>.

Borges LDL, Coutinho GDZ, Silva RM, Góis VF, Azevedo AP. **Caderneta de saúde da pessoa idosa como ferramenta de monitoramento, avaliação e controle na ESF:**

Sobradinho DF. Relato de Experiência [Internet] [cited 2017 jun 10]. Secretaria de Saúde de Estado do Distrito Federal; 2013. Available from:

<<http://www.cursos.atencaobasica.org.br/relato/4492>>.

Souza MT de, Silva MD de, Carvalho R. **Revisão Integrativa: o que é e como fazer.** Einstein (São Paulo) [Internet]. 2010[cited 2017 jun 10]; 8(1): 102-106. Available from:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-45082010000100102&Ing=en>.

Sá CMCP d. **Caderneta de saúde da pessoa idosa no olhar dos profissionais da Estratégia de Saúde da Família.** Dissertação [Mestrado em Enfermagem] [Internet]. João Pessoa:

Universidade Federal da Paraíba; 2016 [cited 2017 jun 10]. Available from:

<<http://www.tede.biblioteca.ufpb:8080/handle/tede/8732>>.

Dantas KMVP. **Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa no olhar dos idosos atendidos na Estratégia de Saúde da Família.** Dissertação [Mestrado em Enfermagem] [Internet]. João

Pessoa: Universidade Federal da Paraíba; 2015 [cited 2017 jun10]. Available from:

<<http://tede.biblioteca.ufpb.br/handle/tede/7635>>.

Brahim JM, Welfer M, Berkembrock C, Gonçalves LHT, Santos BRL, Arias P, et al.

Caracterização e condições de saúde de idosos de uma Instituição de Longa

Permanência com base na Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa [resumo]. In: XX Salão de Iniciação Científica [Internet]; 2008 out 20-24 [cited 2017 jun 12]; Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Available from: <<http://www.hdl.handle.net/10183/51939>>.

Carvalho JAS, Alencar MSS. **Referências da fragilidade em usuários da Saúde da Família pelos parâmetros da Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa [resumo].** In: XXII Seminário

de Iniciação Científica IV Seminário em Desenvolvimento Tecnológico e Inovação [Internet]; 2013 [cited 2017 ago 30]. Piauí: Universidade Federal do Piauí (UFPI). Available from:

<<http://www.sis.ufpi.br/22sic/Documentos/RESUMOS/Modalidade/Vida/JESSICA%20ANDRESSA%20SOARES%20DE%20CARVALHO.pdf>>.

Ferreira MGS. **Implantação e monitoramento da Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa na Estratégia de Saúde da Família:** a experiência da área programática 5.1 do município do Rio de Janeiro. Dissertação [Mestrado em Saúde da Família] [Internet]. Rio de Janeiro: Universidade Estácio de Sá (UNESA); 2010 [cited 2017 jun 13]. Available from: <http://www.dominiopublico.gov.br/pesquisa/DetalheObraForm.do?select_action=&co_obra=185420>.

Oliveira GSM. **Estratégias de coordenação do cuidado** - uma análise do fortalecimento da Atenção Primária à Saúde e seu papel coordenador no município do Rio de Janeiro. Dissertação [Mestrado em Saúde Pública] [Internet]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (ENSP/Fiocruz). Rio de Janeiro; 2013[cited 2017 jun 13]. CDD. 362.10425098153. Available from: <<http://www.rededepesquisaaps.org.br/wp-content/uploads/2015/04/coordena%C3%A7aodocuidado.pdf>>.

Brasil. Ministério da Saúde. **Diretrizes para o cuidado das pessoas idosas no SUS:** Proposta de modelo de Atenção Integral. In: XXX Congresso Nacional de Secretarias Municipais de Saúde [Internet]; 2014 jun 01-04 [cited 2017 ago 01]; Serra, ES. Brasília: MS; 2014. Available from: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_cuidado_pessoa_idosa_sus.pdf>.

Feurwerker LCM. **Educação dos profissionais de Saúde hoje** – problemas, desafios, perspectivas e as propostas do Ministério de Saúde. Revista da ABENO [Internet]. 2003 [cited 2017 ago 04]; 03 (1): 24-27. Available from: <http://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/3225385/mod_resource/content/1/Feuerwerker_LCM_%20Educa%C3%A7%C3%A3o%20dos%20profissionais%20de%20saude_2003.pdf>.

Brasil. Ministério da Saúde. **Manual para utilização da Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa [Internet]**, 2016 [cited 2018 fev 16]. Available from: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_utilizacao_caderneta_pessoa_idosa.pdf>.

Brasil. **Departamento de Atenção Básica**. SIAB. [Internet]. [cited 2017 ago 04]. Available from: <<http://dab.saude.gov.br/portaldab/siab.php>>.

Brasil. **Ministério da Saúde**. Portaria GM/MS nº 1.996 de 20 ago 2007. Dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação permanente em saúde e dá outras providências [Internet]. Diário Oficial da União 20 ago 2007 [cited 2017 jun 12]. Available from: <<http://portal.anvisa.gov.br/documents/33856/396770/Pol%C3%ADtica+Nacional+de+Educa%C3%A7%C3%A3o+Permanente+em+Sa%C3%BAde/c92db117-e17045e7-9984-8a7cdb111faaI SBN 978-85-334-1490-7>>.

Barros TB, Maia ER, Pagliuca LMF. **Facilidades e dificuldades na assistência ao idoso na Estratégia de Saúde da Família**. Rev. Rene [Internet]. 2011[cited 2017 jun 12]; 12 (4): 732-41. Available from: <http://www.revistarene.ufc.br/vol12n4_pdf/a10v12n4.pdf>.

Brasil. **Ministério da Saúde**. Caderneta de saúde da pessoa idosa: manual de preenchimento [Internet]. Brasília: MS; 2008 [cited 2017 jun 12]. Available from: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderneta_saude_idosa_manual_preenchimento.pdf>.

Brasil. **Ministério da Saúde**. Diretrizes Operacionais para os Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão [Internet]. Brasília: MS; 2006 [cited 2017 jun 12]. Available from: <http://www.cvs.saude.sp.gov.br/up/volume%201_diretrizes%20Operacionais%20%20Pactos%20pela%20Vida%20em%20Defesa%20do%20SUS%20e%20de%20Gest%C3%A3o.pdf>.

ANEXO 1 – PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA
– CEP/UFT

FUNDAÇÃO UNIVERSIDADE
FEDERAL DO TOCANTINS



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: A caderneta de saúde da pessoa idosa como instrumento transformador da saúde do idoso na atenção primária **Pesquisador:** LUIZA VARGENS RAMOS **Área Temática:**

Versão: 2

CAAE: 91475217.0.0000.5519

Instituição Proponente: Fundação Universidade Federal do Tocantins

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.096.064

Apresentação do Projeto:

Objetivo: Investigar a utilização da Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa pelos profissionais de saúde como instrumento de formação técnica na atenção à saúde do idoso no município de Gurupi- TO.

Material e Método: A pesquisa é exploratória, correlacional e quantitativa. A amostra do estudo são 50 profissionais de saúde com vínculo municipal, da Estratégia de Saúde da Família em Unidades de Saúde da Família da cidade de Gurupi-TO. Para tanto, utilizaremos como instrumentos de pesquisa um questionário, composto por questões abertas e fechadas, dividido em 3 módulos: o primeiro com questões sócio econômicas e laborais, o segundo com conhecimentos e dificuldades dos profissionais com a Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa (CSPI), e o terceiro com avaliação das estratégias de ensino na Atenção Primária

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Investigar a utilização da Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa como instrumento de formação técnica na atenção à saúde do idoso no município de Gurupi, TO.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Os riscos decorrentes de participação na pesquisa são de ordem não física, e podem incluir possível desconforto para o participante sobre o constrangimento, vergonha, medo, invasão de privacidade, ansiedade ou receio em expor suas opiniões pessoais e profissionais, contudo, esperamos minimizá-los realizando as entrevistas em locais reservados (salas em que estarão presente apenas a pesquisadora e o participante, com a garantia do não interrompimento através do trancamento da porta) e com a garantia do sigilo e privacidade das informações em todas as fases da pesquisa.

Benefícios:

Os benefícios da pesquisa estão no caráter da promoção da reflexão a cerca das relações de saúde entre os idosos e os profissionais da saúde, bem como na conscientização da necessidade de atendimentos humanizados para a população foco da presente pesquisa.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O Projeto é relevante ao contexto proposto.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

O projeto apresenta todos os itens obrigatórios de acordo com a Norma Operacional 001/2013, item 3.4.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

- Não há.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

PALMAS, 19 de Dezembro de 2018

Assinado por:
PEDRO YSMAEL CORNEJO MUJICA
(Coordenador(a