

UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALFENAS

VANESSA CARVALHO LEITE GAMA ROCHA

**AVALIAÇÃO DO USO E PERCEPÇÃO DO IDOSO EM RELAÇÃO À
INTEGRALIDADE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA ENTRE A POPULAÇÃO IDOSA
ADSCRITA À ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA EM UMA CIDADE DO SUL
DE MINAS GERAIS**

Alfenas/MG

2018

VANESSA CARVALHO LEITE GAMA ROCHA

**AVALIAÇÃO DA PERCEPÇÃO DO IDOSO EM RELAÇÃO À INTEGRALIDADE
NA ATENÇÃO PRIMÁRIA ENTRE A POPULAÇÃO IDOSA ADSCRITA À
ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA EM UMA CIDADE DO SUL DE MINAS
GERAIS**

Dissertação apresentada como parte dos requisitos para obtenção do título de Mestre em Ciências da Reabilitação pelo Programa de Pós-graduação em Ciências da Reabilitação da Universidade Federal de Alfenas. Área de concentração: Ciências da Reabilitação; Linha de Pesquisa: Processo de avaliação, prevenção e reabilitação nas disfunções musculoesqueléticas e do envelhecimento. Orientadora: Profa. Dra. Silvia Lanziotti Azevedo da Silva, Co-orientadora: Profa. Dra. Daniele Sirineu Pereira.

Alfenas/MG

2018

Dados Internacionais de Catalogação-na-Publicação (CIP)
Sistema de Bibliotecas da Universidade Federal de Alfenas

R672a	<p>Rocha, Vanessa Carvalho Leite Gama. Avaliação do uso e percepção do idoso em relação à integralidade na atenção primária entre a população idosa adscrita à estratégia de saúde da família em uma cidade do sul de minas gerais/ Vanessa Carvalho Leite Gama Rocha -- Alfenas/MG, 2018. 61 f.: il. -</p> <p>Orientadora: Silvia Lanziotti Azevedo da Silva. Dissertação (Mestrado em Ciências da Reabilitação) - Universidade Federal de Alfenas, 2018. Bibliografia.</p> <p>1. Atenção Primária à Saúde. 2. Saúde Pública. 3. Serviços de Saúde. 4. Educação em Saúde. 5. Reabilitação. I. Silva, Silvia Lanziotti Azevedo da. II. Título.</p> <p style="text-align: right;">CDD-362.1</p>
-------	--

VANESSA CARVALHO LEITE GAMA ROCHA

**AVALIAÇÃO DA PERCEPÇÃO DO IDOSO EM RELAÇÃO À
INTEGRALIDADE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA ENTRE A POPULAÇÃO
IDOSA ADSCRITA À ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA EM UMA
CIDADE DO SUL DE MINAS GERAIS**

A Banca examinadora abaixo-assinada aprova a
Dissertação apresentada como parte dos requisitos para a
obtenção do título de Mestre em Ciências da Reabilitação
pela Universidade Federal de Alfenas.

Linha de Pesquisa: Processo de avaliação, prevenção e
reabilitação nas disfunções musculoesqueléticas e do
envelhecimento.

Aprovada em: 22/04/18


Prof(a). Dr(a). Sílvia Lanzotti Azevedo da Silva

Instituição: Universidade Federal de Alfenas

Assinatura: 

Prof(a). Dr(a). Adriana Teresa Silva Santos

Instituição: Universidade Federal de Alfenas

Assinatura: 

Prof(a). Dr(a). Geraldo Eduardo Guedes de Britto

Instituição: Universidade Federal da Paraíba

Assinatura: 

AGRADECIMENTOS

À Universidade Federal de Alfenas pela oportunidade de crescimento profissional e pessoal.

À Silvia Lanzotti, orientadora e amiga, por sua dedicação, conhecimentos transmitidos, partilhados e pela confiança em meu trabalho.

À Daniele Sirineu, co-orientadora pela contribuição e suporte durante a execução do estudo.

À banca de qualificação, Adriano Prado Simão, Andréia Maria Silva e Daniela Coelho de Lima, pelas considerações que enriqueceram a Dissertação.

À Maria Jaqueline Pereira, Maria Geracina Silva e Isabella Tirado Freire, pela contribuição na coleta de dados.

Aos usuários e profissionais da Rede que gentilmente nos receberam e participaram do estudo.

Aos meus pais José Valdemir e Gilmara e meus irmãos Valdemir, Victor e Tulio por todo amor, apoio e compreensão em minhas ausências.

Aos amigos pelo suporte e companheirismo.

A todos vocês, minha eterna gratidão.

RESUMO

Introdução: O envelhecimento populacional é um dos maiores desafios da saúde pública contemporânea. O crescimento da população idosa gera demandas por serviços de saúde aumentando seus gastos. O investimento em Atenção Primária à Saúde (APS) tem sido uma opção válida para manter essa população ativa e funcional, integrando ações preventivas, curativas, individuais e coletivas. A avaliação da utilização dos serviços de saúde, assim como o conhecimento dos usuários em relação à integralidade permite mensurar a efetividade do sistema. **Objetivo:** Avaliar o uso e a percepção do idoso em relação à integralidade no atendimento da Atenção Primária. **Método:** Estudo observacional transversal de base populacional dos idosos do município de Alfenas – MG, adscritos à Estratégia de Saúde da Família (ESF). A amostra inicial foi composta por idosos de seis Unidades Básicas de Saúde, totalizando 211 indivíduos. Foram coletados dados dos prontuários relativos aos anos de 2015 e 2016 e considerados dados de autorrelato do uso dos serviços referentes ao mesmo período, coletados em visita domiciliar. Em segunda visita, em 166 idosos, foi aplicado o questionário PCATool. Para avaliação da concordância entre o uso dos serviços de saúde autorrelatados e registrados em prontuário foi aplicada estatística Kappa e o percentual de concordância, análises da sensibilidade, especificidade, valores preditivos positivo e negativo. A avaliação da percepção do idoso em relação à integralidade foi feita através da análise descritiva para cada pergunta dos domínios de integralidade do PCATool. Foi feito o cálculo das medianas do uso de cada serviço e a Razão de Prevalência (RP) por modelo de Regressão de Poisson. **Resultados:** A amostra inicial foi composta em 63,5% por idosos do sexo feminino, com idade média 70,24 ($\pm 6,48$) anos. A concordância entre registros e relatos para consultas odontológicas apresentaram maior magnitude do Kappa ($k=0,271$), maior equilíbrio entre sensibilidade e especificidade (69% e 60% respectivamente). Em relação aos valores preditivos, a hospitalização apresentou baixo valor preditivo positivo (8%), e consultas no nível secundário apresentaram valor preditivo negativo baixo (37%). A análise da percepção do idoso na perspectiva da integralidade revelou que 57% da amostra relata receber orientações acerca das mudanças que ocorrem com o envelhecimento. Fato que contrasta negativamente com os itens “prevenção de quedas” (20%) e “orientações sobre incapacidade” (13%) que apresentaram baixos percentuais, mostrando que são pouco abordados. A medida das medianas do uso dos serviços revelou comportamento semelhante em todos os itens analisados. A associação entre uso do serviço e percepção acerca da integralidade foi feita através da análise de regressão de Poisson. Os resultados evidenciaram a não associação entre

o uso e conhecimento do serviço. **Conclusões:** os valores de concordância entre autorrelato e registros em prontuário evidenciam a baixa qualidade dos mesmos. Os resultados do questionário PCATool, revelam pontos a serem melhorados na abordagem do idoso na APS, principalmente em questões específicas desta população. Os resultados apontam para uma não associação entre uso e conhecimento da Rede.

Palavras-Chave: Atenção Primária à Saúde. Saúde Pública. Serviços de Saúde. Autorrelato. Educação em Saúde. Reabilitação.

ABSTRACT

Introduction: Population aging is one of the greatest challenges of contemporary public health. The growth of the elderly population generates demands for health services increasing their expenses. The investment in Primary Health Care has been a valid option to keep this population active and functional, integrating preventive, curative, individual and collective actions. The evaluation of the use of health services, as well as the users' knowledge regarding integrality, allows us to measure the effectiveness of the system. **Objective:** To evaluate the knowledge of the elderly in relation to integral care in primary care. **Method:** A cross-sectional, population-based observational study of the elderly in the city of Alfenas- MG, adscribed to the Family Health Strategy. The initial sample was composed of the elderly of six Basic Health Units, totalizing 211 individuals. Data were collected from medical records related to the years 2015 and 2016, and data were taken from self-report of the use of services related to the same period, collected at a home visit. In the second visit, in 166 elderly, the PCATool questionnaire was applied. To evaluate the agreement between the use of self-reported and recorded health services, Kappa statistics and percentage of concordance, sensitivity, specificity, positive and negative predictive values were applied. The evaluation of the knowledge of the elderly in relation to integrality was made through the descriptive analysis for each question of the integrality domains of PCATool. We calculated the medians of the use of each service and the Prevalence Ratio by Poisson Regression model. **Results:** The initial sample consisted of 63.5% of the female elderly, with a mean age of 70.24 (\pm 6.48) years. The agreement between records and reports for dentals attendance showed a higher Kappa magnitude ($k = 0,271$), a greater balance between sensitivity and specificity (69% and 60%, respectively). Concerning the predictive values, hospitalization had a low positive predictive value (8%), and consultations at the secondary level had a low negative predictive value (37%). The analysis of the knowledge of the elderly in the perspective of completeness revealed that 57% of the sample reports receiving guidance about the changes that occur with aging. This fact contrasts negatively with the "drop prevention" items (20%) and "disability guidelines" (13%), which showed low results, showing that they are little discussed. The measurement of the medians of the use of the services revealed similar behavior in all analyzed items. The association between use and knowledge about completeness was made through the Poisson regression analysis. The results evidenced the non-association between the use and knowledge of the service. **Conclusions:** the values of agreement between self-report and records in the medical record show the poor quality of the records. The results of

the PCATool questionnaire reveal points to be improved in the elderly approach to Primary Care, especially in specific issues of this population. The results point to a non-association between use and knowledge of the Network.

Key Words: Primary Health Care. Public Health. Health Services. Self Report. Health Education. Rehabilitation.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 -	Caracterização da Amostra utilizada para análise de prontuário em comparação com autorrelato (n=211)	26
Tabela 2 -	Descrição do uso de serviços de saúde registrados em prontuário e autorrelato dos idosos (n=211)	27
Tabela 3 -	Percentual de Concordância entre autorrelato do uso do serviço de saúde, dados registrados em prontuário e índice de Kappa para descrição da intensidade da concordância entre os dois métodos de avaliação (n=211) ...	28
Tabela 4 -	Valores de sensibilidade, especificidade, valores preditivos positivos e negativos para verificação da validade do registro em prontuário comparado ao autorrelato considerado padrão-ouro (n=211)	29
Tabela 5 -	Caracterização da amostra utilizada para análise de satisfação com o serviço de saúde considerando perdas da amostra inicial (n= 166)	29
Tabela 6 -	Percentual do uso dos serviços de saúde geral, baseado em autorrelato, considerando perdas da amostra inicial (n=166)	30
Tabela 7 -	Resultados questionário PCATool. Questões relacionadas à integralidade. Bloco G: Possíveis demandas da população, considerando perdas da amostra inicial (n= 166)	31
Tabela 8 -	Resultados questionário PCATool. Questões relacionadas à integralidade. Bloco H: aconselhamento profissional sobre temas diversos, considerando perdas da amostra inicial (n=166)	33
Tabela 9 -	Mediana de respostas positivas em relação à percepção da integralidade para o uso de cada serviço de saúde, entre aqueles que relataram seu uso	34

Tabela 10 - Associação entre Uso dos Serviços de Saúde e percepção em relação à Integralidade para Blocos G e H	34
---	----

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Fluxograma referente à descrição da amostra do estudo	22
Figura 2 - Gráfico Box Plot referente às respostas do questionário PCATool blocos G e H	36

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

PCATool -	Instrumento de avaliação da Atenção Primária à Saúde
UBSF -	Unidade Básica de Saúde da Família
MEEM -	Mini Exame de Estado Mental
NASF -	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
ACS -	Agente Comunitário de Saúde
APS -	Atenção Primária à Saúde
AVE -	Acidente Vascular Encefálico
ESF -	Estratégia de Saúde da Família
PTS -	Projeto Terapêutico Singular
RAS -	Redes de Atenção à Saúde
SUS -	Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	14
2	OBJETIVO	19
2.1	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	19
3	METODOLOGIA	20
3.1	AMOSTRA	20
3.2	CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA	22
3.3	COLETA DOS DADOS	23
3.3.1	Avaliação dos prontuários nas Unidades Básicas de Saúde	23
3.3.2	Avaliação do conhecimento do idoso no atendimento da Atenção Primária à Saúde na perspectiva da integralidade	23
3.4	CONSIDERAÇÕES ÉTICAS	24
3.5	ANÁLISE ESTATÍSTICA	24
4	RESULTADOS ANÁLISE DA COMPARAÇÃO ENTRE REGISTRO EM PRONTUÁRIO E AUTORRELATO	26
4.1	ANÁLISE DA PERCEPÇÃO DO IDOSO EM RELAÇÃO À INTEGRALIDADE NO ATEDIMENTO DA APS (PCATool)	29
5	DISCUSSÃO	37
6	CONCLUSÃO	45
	REFERÊNCIAS	46
	ANEXOS	51
	APÊNDICES	58

INTRODUÇÃO

O envelhecimento populacional é um dos maiores desafios para a saúde pública contemporânea e uma conquista da humanidade (KÜCHEMANN, 2012). No Brasil, o número de idosos com idade igual ou superior a 60 anos passou de 3 milhões em 1960, para 7 milhões em 1975 e 14 milhões em 2002, um aumento de 500% em quarenta anos, e estima-se que alcançará 32 milhões em 2020 e no ano 2030, a estimativa é de 41,6 milhões de pessoas, representando 18,7% da população brasileira (ALVES, 2014).

Este crescimento da população idosa cria novas demandas por serviços de saúde e sociais. A mudança na realidade demográfica e epidemiológica brasileira aponta para a urgência de mudanças nos paradigmas de atenção à saúde da população em questão com estruturas criativas e inovadoras, acompanhadas de ações diferenciadas, para que o idoso usufrua com qualidade dos anos a mais proporcionados pelo avanço da ciência (OMS, 2008). Atualmente, o sistema encontra dificuldades para atender essa demanda, por ainda apresentar um modelo de atenção hospitalocêntrico, de caráter altamente curativo. Tal modelo, direcionado a quadros infectocontagiosos, coloca o hospital como referência para os indivíduos, induzindo-os a procurar o serviço somente em quadros agudizados (VERAS; CALDAS; CORDEIRO, 2013).

A incoerência entre uma situação de saúde de tripla carga de doenças, com predominância relativa das condições crônicas, e um sistema fragmentado de saúde, voltado principalmente para as condições agudas, fez com que fossem implementadas as Redes de Atenção à Saúde (RAS) (BRASIL, 2012). As RAS representam uma organização poliárquica de conjuntos de serviços de saúde, vinculados entre si por uma missão única, por objetivos comuns e por uma ação cooperativa e interdependente, que permite ofertar uma atenção contínua e integral a determinada população, coordenada pela Atenção Primária à Saúde (APS) (MENDES, 2011).

Quando o foco é a saúde do idoso, o consumo dos serviços de saúde é ainda mais elevado, uma vez que esta faixa etária tem maiores demandas por profissionais, suas taxas de internação são mais elevadas e o tempo médio de ocupação do leito é maior, comparado aos demais grupos etários (OLIVEIRA, et al., 2016; VERAS et al., 2014).

O investimento em APS tem sido uma opção válida para manter esta população ativa e funcional. A APS é definida como uma reorientação do modelo assistencial tendo como princípios: a família como foco de abordagem, território definido, adscrição de clientela,

trabalho em equipe interdisciplinar, corresponsabilização, integralidade, resolutividade, intersetorialidade e estímulo à participação social. O papel deste primeiro nível é coordenar o cuidado e apresentar resolutividade em cerca de 85% dos casos (BRASIL, 2012).

Trata-se de uma estratégia que integra ações preventivas e curativas, bem como atenção ao indivíduo e a comunidade. A prática de hábitos de vida saudáveis, como alimentação balanceada, exercícios regulares e atividades sociais, são alternativas defendidas na APS apresentando-se como alternativas eficazes para diminuição dos gastos públicos e melhoria da saúde dessa população (BRASIL, 2010a; CHAKRAVARTHY; JOYNER; BOOTH, 2002; TEIXEIRA, et al., 2014).

As políticas de saúde atuais abrangem várias áreas e englobam todas as faixas etárias, mas no cenário atual de diminuição de taxas de natalidade e aumento da expectativa de vida, o grande foco tem sido a população idosa. Ainda em tempo, algumas políticas voltadas exclusivamente para o público em questão têm sido fortalecidas, como a Política Nacional de Atenção Integral à Pessoa Idosa (2009), que tem como diretriz a promoção do envelhecimento saudável e ativo, o que pode ser conseguido através do fortalecimento das ações da APS (BRASIL, 2010a). Contudo, o modelo assistencial continua dominando o cenário e instituir um novo modelo de atenção requer muito mais do que a divulgação de Política Nacional, envolve uma mudança de pensamento da população e dos profissionais (PORTES, et al., 2011).

Acerca de toda essa mudança no modelo de atenção, torna-se essencial conhecer como o idoso está usando o serviço de saúde, e sua percepção do mesmo na perspectiva da integralidade, além de questões relativas ao seu acesso. Caracteriza-se como acesso, o grau de facilidade ou dificuldade com que as pessoas obtêm serviços de saúde (DONABEDIAN, 2003; ZHANG, et al., 2017). Retrata desigualdades e vulnerabilidades reais da sociedade, além de assegurar o princípio da equidade do Sistema Único de Saúde (SUS), garantido constitucionalmente a saúde como dever do Estado, de modo à equiponderar as desigualdades que são produzidas em nível social (STOPA, et al., 2017). O acesso também reflete as características do sistema que atuam aumentando ou diminuindo obstáculos à obtenção de serviços pela população idosa (TRAVASSOS; VIACAVA, 2007).

O uso dos serviços de saúde representa todo contato direto ou indireto que os usuários têm com eles. Avaliar a sua utilização é um modo de compreender também o seu acesso e pode ser conceituado como a disponibilidade dos serviços de saúde e sua adequada cobertura, e está diretamente relacionado ao processo saúde-doença (DELLAROZA et al., 2013; VIANA; VALER; PASKULIN, 2011).

O monitoramento das condições do uso dos serviços de saúde da população através do autorrelato é uma das formas mais tradicionais para avaliação do ponto de vista do usuário e é amplamente aplicado através dos inquéritos populacionais de saúde (SZWARCOWALD, et al., 2014). Estudos utilizam este método para verificação do uso dos serviços, especialmente na APS, como o estudo de Rodrigues et al., (2009), onde foi avaliado o uso do serviço de saúde por idosos que apresentavam doenças crônicas através do autorrelato verificando que, embora o Programa de Saúde da Família promova maior uso de serviços nas unidades da APS, é necessário ampliar o acesso de pessoas com mais de 80 anos e indivíduos com deficiência funcional. Dessa maneira o autorrelato apresenta-se como ferramenta capaz de oferecer suporte para a reorganização dos serviços, por meio de informações pertinentes e confiáveis, além de ser uma ferramenta de participação popular na gestão da saúde (ARAÚJO, et al.,2014; BORDIN, et al.,2017; SILVA, et al.,2017).

Outra forma de avaliação do uso do serviço de saúde é a análise de dados registrados em prontuário. Trata-se de um documento único, constituído por um conjunto de informações, registradas, acontecimentos e situações sobre a saúde do usuário e assistência prestada a ele, e possui caráter legal, sigiloso e científico (VASCONCELOS; GRIBEL; MORAES, 2008). Uma das grandes dificuldades encontradas em pesquisas que envolvem análise do prontuário está na qualidade dos registros, que muitas vezes encontram-se incompletos ou ilegíveis (JONES, et al.,2017; ROEHRS, et. al., 2017).

A avaliação da oferta e da utilização dos serviços de saúde por idosos permite medir a efetividade da política direcionada a este grupo populacional e melhor direcionar as ações futuras (AMARAL, et al., 2012). Compreender a resolutividade, detectar falhas e tentar resolvê-las, é a base para o sucesso na implementação do novo Sistema (VIANA; VALER; PASKULIN, 2011).

O PCATool é um instrumento disponível para avaliação do uso e percepção acerca dos serviços disponíveis e possui como foco a avaliação da Atenção Primária à Saúde (APS). Apresenta-se como ferramenta de auxílio amplamente utilizada pelo Governo Federal. Avalia a APS segundo diversos aspectos e foi considerado no presente estudo para avaliação do conhecimento dos idosos em relação à integralidade da atenção (BRASIL, 2010b).

O PCATool foi criado com base no modelo de avaliação da qualidade de serviços de saúde proposto por Donabedian e colaboradores (2003). Este modelo de avaliação baseia-se na mensuração de aspectos de estrutura, processo e resultados dos serviços de saúde. Desse modo, devido a ausência de ferramentas para medir essas interações no contexto da APS em nosso país, o PCATool é capaz de promover medida de base individual sobre a estrutura e,

principalmente, o processo de atenção em APS. Cada atributo essencial identificado no instrumento PCATool-Brasil é formado por um componente relacionado à estrutura e outro ao processo de atenção. Isto pode ser exemplificado pelo atributo acesso de primeiro contato formado pelo componente acessibilidade (estrutura) e pelo componente utilização (processo). Neste sentido, este instrumento pode suprir a ausência de rigor em identificar e diferenciar os distintos modelos de atenção ambulatorial, favorecendo o esforço científico na busca de evidências sobre a real efetividade da APS. Pode ser utilizado em investigações acadêmicas, mas também como instrumento de avaliação e monitoramento da qualidade da APS no âmbito rotineiro das equipes de Saúde da Família. Permite, por meio de entrevistas domiciliares ou em serviços de saúde, identificar aspectos de estrutura e processo dos serviços que exigem reafirmação ou reformulação na busca da qualidade tanto para o planejamento, como para a execução das ações de APS (BRASIL, 2010b).

É composto por 55 itens divididos em 10 componentes: grau de afiliação com Serviço de Saúde constituído por 3 itens; acesso de primeiro contato constituído por 3 itens; acessibilidade constituído por 6 itens; longitudinalidade constituído por 14 itens; coordenação – integração de cuidados constituído por 5 itens; coordenação – sistema de informações constituído por 3 itens, integralidade - serviços disponíveis, constituído por 9 itens; integralidade - serviços prestados, constituído por 5 itens; orientação familiar, constituído por 3 itens e orientação comunitária, constituído por 4 itens (BRASIL, 2010b).

A integralidade, um dos princípios doutrinários do SUS, é considerada um dos princípios mais desafiadores na lógica da construção de um olhar amplo e integral, com abordagem biopsicossocial do usuário. Ele também diz respeito à forma dos serviços com que os serviços se organizam. Envolve conhecimentos dos profissionais e usuários, buscando reunir na gestão e assistência, um cuidado efetivo levando em conta o conceito ampliado de saúde (KALICHMAN, 2016). Por ser tão importante na construção do cuidado, o componente integralidade do instrumento PCATool dividido em serviços prestados e serviços disponíveis foi aplicado para melhor compreensão da percepção do usuário com a RAS (SALA, et al., 2011).

Mesmo com os atuais investimentos, ainda há escassez de conhecimentos por parte da população idosa sobre como podem efetivamente se beneficiar através das políticas públicas de saúde. A procura por atendimento em níveis mais complexos se dá muitas vezes por desconhecimento dos serviços oferecidos e pelo pensamento hospitalocêntrico ainda presente (LOPES et al., 2014). É necessário educar a população sobre a importância do cuidado preventivo, informar os serviços oferecidos em cada nível e o mais importante, oferecer

serviços resolutivos e de qualidade em todos os níveis da RAS (ONOCKO-CAMPOS, et al.,2012; ZANON; ZANIN; FLORIO, 2016). A atuação da Estratégia de Saúde da Família (ESF) tem sido apontada como prioritária na reorientação do modelo de atenção no SUS por estar no centro da RAS e por ser o ponto de referência na Rede. Suas ações devem ser pautadas nas reais necessidades da população adscrita para que assim ofereça serviços resolutivos e de qualidade capazes de reter 85% dos casos no nível base, evitando a sobrecarga dos níveis mais complexos (ARAUJO, et al.,2014). Dessa maneira, torna-se essencial avaliar o conhecimento do idoso em relação aos serviços disponíveis, para melhor divulgação dos serviços existentes e seus benefícios, adequação à demanda, e para guiar ações futuras buscando a reorientação do Modelo de Atenção.

2 OBJETIVO

Avaliar o uso do Serviço de Saúde por idosos da cidade de Alfenas-MG, adscritos à ESF.

2.1 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- a) Traçar o perfil dos idosos adscritos à Estratégia de Saúde da Família (ESF) da cidade de Alfenas-MG;
- b) Comparar o relato do uso dos serviços de saúde pelos idosos e as informações registradas no prontuário das Unidades Básicas de Saúde;
- c) Observar quais os níveis de atenção mais utilizados segundo o relato dos idosos e as informações dos prontuários;
- d) Avaliar a percepção do idoso em relação à Integralidade no Atendimento da Atenção Primária à Saúde através de instrumento validado.

3 METODOLOGIA

Foi realizado um estudo observacional transversal de base populacional dos idosos do município de Alfenas – MG. O município, no momento do recrutamento da amostra, contava com 8421 idosos acima de 60 anos; 4.005 idosos cadastrados em 14 ESF, divididas entre 12 Unidades Básicas de Saúde da Família (UBSF). As 12 UBSF são subdivididas em 4 regiões de saúde, com 3 em cada, contendo em cada região uma unidade que concentra maior número de idosos.

Baseado em cálculo amostral para amostras aleatórias estratificadas por território e região de saúde, com 95% de confiança e 5 % de erro, a amostra para todas as UBSF foi composta por 350 idosos, e quando selecionadas unidades com maior concentração de idosos por região, 193 idosos. Para garantia de correspondência entre o registro no prontuário e a possibilidade de entrevista do idoso, a amostra do presente estudo foi composta por 211 idosos residentes em 6 UBSF, sendo 2 regiões contempladas com 2 unidades, e garantindo a representatividade.

Em todas elas, os idosos que responderam ao questionário sobre o uso dos serviços de saúde e cujos prontuários foram acessados foram sorteados em uma lista com todos os idosos adscritos à equipe, até que fosse atingido número determinado pelo cálculo amostral.

3.1 AMOSTRA

A amostra foi composta por idosos adscritos à ESF de sete (7) unidades de saúde dentre as quatorze (14) existentes no município, sendo elas: ESF Itaparica (38 idosos), ESF Primavera I (31 idosos), ESF Primavera II (19 idosos), ESF Pinheirinho (23 idosos), ESF Unissaúde (42 idosos), ESF Caensa (28 idosos) e ESF Vila Betânia (30 idosos), totalizando 211 indivíduos acima de 60 anos.

Os idosos que compuseram a amostra responderam a um inquérito epidemiológico entre 2015 e 2016 onde foram verificadas as seguintes informações sobre o uso dos serviços de saúde: quais os serviços da ESF utilizam (consultas médicas, odontológicas, vacinas), participação nos grupos de atividade oferecidos nas unidades, recebimento de visita domiciliar, uso de outro serviço de saúde, atendimento na atenção secundária, hospitalizações no último ano, assim como tempo e motivo de internação. Estes dados, no momento do presente estudo, já estavam disponíveis em banco de dados para análise.

Foram incluídos na amostra idosos adscritos às Unidades Básicas de Saúde supracitadas, que concordaram em receber a visita dos entrevistadores. Foram excluídos idosos com alteração cognitiva detectada pelo Mini Exame do Estado Mental (MEEM), segundo pontos de corte de Bertolucci et. al. (1994), acamados ou cadeirantes, com sequelas de Acidente Vascular Encefálico (AVE) grave ou doença de Parkinson. Os critérios de inclusão e exclusão foram os mesmos aplicados no estudo epidemiológico realizado no município de Alfenas de onde foram retirados os dados relativos ao autorrelato do uso do serviço. O mesmo contava com testes físicos, o que justifica os critérios.

No presente estudo foram realizados dois procedimentos de coletas de dados para alcance dos objetivos propostos. No primeiro, foi realizada comparação de dados de prontuário e do autorrelato do uso dos serviços de saúde, com amostra de 211 idosos que responderam ao primeiro questionário e os dados estavam disponíveis e cujos prontuários foram localizados.

A segunda coleta de dados foi constituída da avaliação da percepção dos idosos e, relação à Integralidade da atenção oferecida pelos serviços da Atenção Primária. No momento da aplicação do questionário, através de uma visita domiciliar em horário não agendado (sendo realizadas 3 tentativas), houve perda de 45 idosos da amostra conforme descrito no fluxograma, sendo avaliados então 166 usuários (Figura 1).

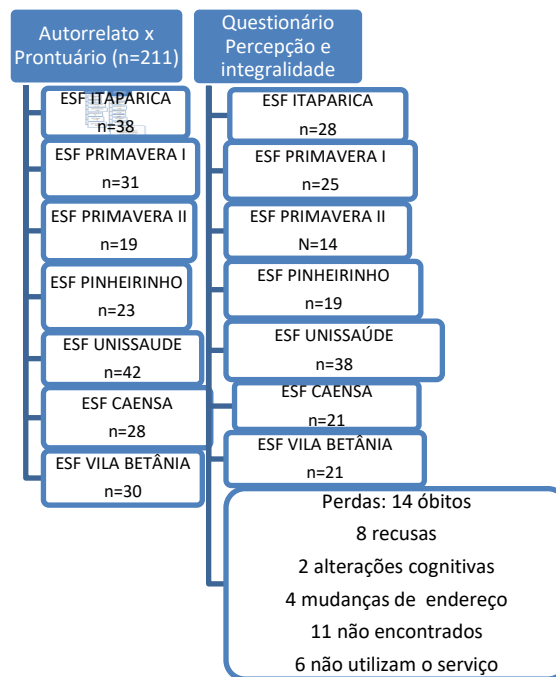


Figura1: Fluxograma referente à descrição da amostra do estudo
Fonte: do autor

3.2 CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA

Em ambas as análises, para caracterização da amostra, foram considerados dados sócio-demográficos (sexo, idade, estado civil, cor/raça, nível de escolaridade, realização de atividade remunerada, número de moradores na residência, casa própria ou não, renda suficiente para as despesas), número de condição de saúde autorrelatadas (patologias associadas) e número de medicamentos utilizados.

3.3 COLETA DOS DADOS

A coleta de dados foi realizada em duas etapas descritas a seguir.

3.3.1 Avaliação dos prontuários nas Unidades Básicas de Saúde

Entre os idosos adscritos às unidades determinadas, as informações sobre uso dos serviços de saúde obtidas pelo primeiro inquérito foram comparadas e relacionadas com aquelas disponibilizadas nos prontuários, considerando os anos de 2015 e 2016. Tais unidades

foram selecionadas por possuírem maiores concentrações de idosos e também estarem distribuídas entre os distritos sanitários do município, garantindo representatividade.

A avaliação dos prontuários ocorreu no primeiro semestre do ano de 2017 e as informações foram extraídas por formulário estruturado contendo o número de consultas médicas, odontológicas e de enfermagem, realizadas nos últimos dois anos, encaminhamentos registrados para outros níveis de atenção, observação da presença de relatos de exacerbações por questões agudas/crônicas. Também foram contabilizados possíveis registros de internações hospitalares e contrarreferência de outros níveis de atenção (APÊNDICE III). Os registros foram feitos por duas pesquisadoras treinadas, com a presença e autorização de um profissional do serviço.

3.3.2 Avaliação da percepção do idoso no atendimento da Atenção Primária à Saúde na perspectiva da integralidade

Esta etapa foi realizada no primeiro semestre de 2017, através de visita no domicílio dos idosos em horário não agendado, para aplicação do questionário através de entrevista. Foram excluídos aqueles que não se encontravam em casa após 3 tentativas.

Após a concordância do idoso, foi aplicado o instrumento de avaliação PCATool (ANEXO A). Trata-se de um instrumento de avaliação desenvolvido em 1997, inicialmente voltado para Saúde da Criança e posteriormente utilizado também para Saúde do Adulto e Idoso. Foi validado e teve sua confiabilidade verificada por Harzheim e colaboradores (2006). Baseia-se nos atributos da Atenção Primária à Saúde (APS): primeiro contato (acesso), longitudinalidade, coordenação, integralidade, orientação familiar e comunitária. As respostas são estruturadas seguindo uma escala do tipo Linkert, com escores de 1 a 4 para cada atributo, da seguinte maneira: 1 = com certeza não, 2= provavelmente não, 3= provavelmente sim, 4= com certeza sim (BRASIL,2010; CHOMATAS, et al.,2013). No presente estudo, foi utilizado somente o domínio integralidade por se tratar de uma avaliação do uso dos serviços em toda a Rede de Atenção e conhecimento do idoso acerca dos serviços disponíveis, sendo possível assim obter um parâmetro sobre até onde o atendimento ofertado pode ser considerado “integral”.

3.4 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

O projeto foi submetido e aprovado pela Prefeitura Municipal de Alfenas (ANEXO B), com objetivo de obter a concordância da mesma para acesso aos dados dos idosos através dos registros encontrados nos prontuários das unidades de ESF da cidade.

Posteriormente foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Alfenas (UNIFAL-MG) e aprovado pelo parecer número 564.941 (ANEXO C). Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE A), e os profissionais responsáveis pelas Unidades de Saúde assinaram o Termo de Consentimento para Utilização de Dados (TCUD) (APÊNDICE B) antes das consultas aos prontuários.

3.5 ANÁLISE ESTATÍSTICA

A descrição das amostras foi feita por medidas de média e desvio padrão para variáveis contínuas e percentuais para as variáveis categóricas.

O uso dos serviços de saúde foi analisado baseando-se nos registros de prontuário comparado ao autorrelato dos idosos em relação a consultas médicas, consultas odontológicas, visitas domiciliares, consultas no setor secundário e hospitalização. Todas as variáveis foram categorizadas *dummy*, com opções “sim” ou “não” como resposta. Para avaliação da concordância foi aplicada estatística Kappa e o percentual de concordância entre as duas formas de avaliação de uso dos serviços de saúde. Para análise dos dados de Kappa, valores <0 foram considerados “nenhuma concordância”, entre 0-0,19 “pobre”, entre 0,2-0,39 “ligeira”, entre 0,40-0,59 “moderada”, entre 0,60-0,79 “substancial” e entre 0,80-1,0 perfeita concordância (LANDIS; KOCH, 1977).

Para avaliação do registro no prontuário em comparação com o autorrelato foram realizadas análises da sensibilidade, especificidade, valor preditivo positivo e valor preditivo negativo.

A avaliação da percepção da integralidade na APS foi feita através da análise descritiva por percentual de resposta de cada pergunta do instrumento PCATool (Blocos G e H) referentes a possíveis demandas da população, aconselhamento profissional acerca de temas diversos e orientação familiar. Também foi calculada a mediana da satisfação para os indivíduos que relataram o uso dos serviços investigados.

Para construção dicotômica do desfecho “percepção do idoso em relação à integralidade no atendimento da APS”, as respostas do questionário PCATool foram agrupadas em “possui conhecimento” (para respostas 4- Com certeza sim e 3- Provavelmente sim) e “não possui conhecimento” (respostas 1- Provavelmente não e 2- Com certeza não).

As Razões de Prevalência (RP) para cada serviço de saúde para os Blocos G e H foram obtidas por modelos de Poisson brutos e ajustados pelas variáveis: faixa etária, sexo, estado civil, renda, escolaridade, doenças crônicas e medicamentos.

As análises foram feitas usando os softwares SPSS versão 18.0 e R versão 3.4.1, e foi considerado nível de significância $\alpha = 0,05$ e Intervalo de Confiança de 95%.

4 RESULTADOS DA ANÁLISE DA COMPARAÇÃO ENTRE O REGISTRO EM PRONTUÁRIO E AUTORRELATO

A amostra foi composta por 211 idosos adscritos à ESF onde 63,5% idosos do sexo feminino, com idade média 70,24 ($\pm 6,48$) anos. Demais características sócio-demográficas e clínicas da amostra estão inseridas na Tabela 1.

Tabela 1 - Caracterização da amostra utilizada para análise de prontuário em comparação com autorrelato (n=211)

Variável	% (n)	Média \pm desvio-padrão
Sexo:		
Masculino	36,5% (77)	
Feminino	63,5% (134)	
Idade		70,24 \pm 6,48
Estado Civil:		
Casado	64,5% (136)	
Solteiro	4,3% (9)	
Divorciado	5,7% (12)	
Viúvo	25,6% (54)	
Raça:		
Branca	62,1% (131)	
Negra	9,5% (20)	
Mulata	28% (59)	
Indígena	0,5% (1)	
Escolaridade:		
Nunca foi à escola	26,5% (56)	
Curso de alfabetização para adultos	1,9% (4)	
Primário	58,8% (124)	
Ginásio	9,5% (20)	
Científico	2,4% (5)	
Superior	0,9% (2)	
Realiza Atividade Remunerada:		
Não	85,3% (180)	
Sim	14,7% (31)	
Número de moradores na residência		2,76 \pm 1,39
Casa Própria		
Não	9% (19)	
Sim	91% (192)	
Dinheiro Suficiente para as despesas		
Não	46,6% (98)	
Sim	53,6% (113)	
Número de Doenças Crônicas		3,95 \pm 2,50
Número de Medicamentos Utilizados		4,14 \pm 2,89

Fonte: do autor

Em relação ao registro do uso dos serviços de saúde avaliados, pelas duas ferramentas utilizadas no estudo (registro em prontuário e autorrelato), os percentuais de “sim” ou “não” estão registrados na Tabela 2.

Tabela 2 - Descrição do uso de serviços de saúde registrados em prontuário e autorrelato dos idosos (n=211)

Uso dos serviços de saúde	Registro em Prontuário (%/n)	Autorrelato dos Idosos (%/n)
Consultas Médicas:		
Não	9%(19)	8,1%(17)
Sim	91%(192)	91,9%(194)
Consultas Odontológicas:		
Não	89,1%(188)	71,6%(151)
Sim	10,9%(23)	28,4%(60)
Visitas Domiciliares:		
Não	76,3%(161)	8,1%(17)
Sim	23,2%(50)	91,9%(194)
Consultas no Setor Secundário:		
Não	44,5%(94)	30,8%(65)
Sim	55,5%(117)	69,2%(146)
Hospitalização:		
Não	97,2%(205)	82,9%(175)
Sim	2,8%(6)	17,1%(36)

Fonte: do autor

Os maiores valores de Percentual de Concordância observados foram as para consultas médicas (85,78%) e hospitalização (81,93%). O menor Percentual registrado foi para visitas domiciliares (28,9%), onde os idosos relatam mais visitas que o registrado no prontuário (TABELA 3).

O índice de Kappa foi utilizado a fim de apontar o quanto o Percentual de Concordância pode ser devido ao acaso e a intensidade da concordância entre os dois métodos. A concordância entre registros e relatos para consultas odontológicas apresentaram maior magnitude do Kappa, mesmo assim considerada ligeira ($k=0,271$), entretanto significativa ($p=0,01$). O mesmo ocorreu com os valores de Kappa para hospitalização ($k=0,09$, $p=0,03$), sendo considerado pobre, porém significativos.

Tabela 3 - Percentual de Concordância entre autorrelato do uso do serviço de saúde, dados registrados em prontuário e índice de Kappa para descrição da intensidade da concordância entre os dois métodos de avaliação (n=211).

Prontuário				Percentual de Concordância	Kappa	p valor Kappa	IC95% Kappa
Autorrelato	Não	Sim	Total				
Consulta Médica							
Não	3	14	17				
Sim	16	178	194	85,78%	0,089	0,194	-0,045 - 0,224
Total	19	192	211				
Consulta Odontológica							
	Não	Sim	Total				
Não	140	7	147				
Sim	44	20	64	75,83%	0,317	0,001*	-0,183 - 0,450
Total	184	27	211				
Visita Domiciliar							
	Não	Sim	Total				
Não	14	3	17				
Sim	147	47	194	28,90%	0,013	0,563	-0,03 – 0,056
Total	161	50	211				
Setor Secundário							
	Não	Sim	Total				
Não	35	30	65				
Sim	59	87	146	57,81%	0,120	0,07	-0,10 – 0,249
Total	94	117	211				
Hospitalização							
	Não	Sim	Total				
Não	172	3	175	81,93%	0,099	0,03*	0,01 – 0,188
Sim	33	3	36				
Total	205	6	211				

Legenda: *significativo $p < 0,05$

Fonte: do autor

A Tabela 4 apresenta valores de sensibilidade, especificidade e valores preditivos positivos e negativos para verificação da validade do registro em prontuário comparado ao autorrelato (padrão-ouro). Em relação à hospitalização, a especificidade é alta (83%), indicando que quando há ausência de registro no prontuário deste evento, não significa que ele realmente não ocorreu (falso-negativo). As consultas odontológicas apresentam maior equilíbrio entre sensibilidade e especificidade, indicando novamente a melhor qualidade do registro, entre todos os observados. Já os encaminhamentos para o setor secundário apresentam sensibilidade mais alta (74%) indicando que o registro em prontuário pode ser medida de rastreio para o uso de outros níveis da rede de atenção, mas muitos registros podem não representar realmente consultas em outros níveis pelos idosos (falsos-positivos).

Tabela 4 - Valores de sensibilidade, especificidade, valores preditivos positivos e negativos para verificação da validade do registro em prontuário comparado ao autorrelato (considerado padrão-ouro) (n=211).

Uso do Serviços	Sensibilidade	Especificidade	Valor Preditivo Positivo	Valor Preditivo Negativo
Consultas Médicas	0,92 (92%)	0,15 (15%)	0,91 (91%)	0,17 (17%)
Consultas Odontológicas	0,69 (69%)	0,60 (60%)	0,26 (26%)	0,75 (75%)
Visita Domiciliar	0,94 (94%)	0,08 (8%)	0,24 (24%)	0,82 (82%)
Serviço Secundário	0,74 (74%)	0,37 (37%)	0,59 (59%)	0,37 (37%)
Hospitalização	0,50 (50%)	0,83 (83%)	0,08 (8%)	0,98 (98%)

Fonte: do autor

Em relação aos valores preditivos, a hospitalização apresenta valor preditivo positivo baixo (8%), indicando que, quando não há registro, não é possível saber se o idoso realmente não relatou hospitalização. As consultas no serviço secundário, quando não registradas em prontuários tem apenas 37% de chance de realmente não terem sido relatadas pelos idosos, baseada em seu valor preditivo negativo (TABELA 4).

A sensibilidade foi alta para as consultas médicas (92%) e visitas domiciliares (94%), indicando que muitos registros podem não corresponder à realidade (falsos-positivos). Entretanto, os dois casos apresentaram índice de concordância Kappa não-significativo ($p>0,05$), ou seja, não há confiabilidade entre as medidas, e os Percentuais de Concordância são devido ao acaso.

4.2 ANÁLISE DA PERCEPÇÃO DO IDOSO EM RELAÇÃO À INTEGRALIDADE NO ATEDIMENTO DA APS (PCATOOL)

A amostra utilizada para análise da percepção da integralidade na APS foi composta por 166 idosos, sendo 66% idosos do sexo feminino, com idade média 70,37 ($\pm 5,78$) anos. Demais características sócio-demográficas e clínicas da amostra estão inseridas na Tabela 5.

Tabela 5 - Caracterização da amostra utilizada para análise da percepção da integralidade na Atenção Primária à Saúde considerando perdas da amostra inicial (n= 166)

Variável	%(n)	Média \pm desvio-padrão
Sexo:		
Masculino	34% (55)	
Feminino	66% (111)	
Idade		70,37 \pm 5,78

Continua

Tabela 5 - Caracterização da amostra utilizada para análise da percepção da integralidade na Atenção Primária à Saúde perdidas da amostra inicial (n= 166)

		Conclusão
Estado Civil:		
Vive com companheiro	65% (108)	
Não vive com companheiro	35% (58)	
Raça:		
Branca	60% (100)	
Não Branca	40% (66)	
Escolaridade:		
Nunca frequentou a escola	27% (45)	
Frequentou escola	73% (121)	
Realiza Atividade Remunerada:		
Não	83% (139)	
Sim	17% (27)	
Dinheiro Suficiente para despesas		
Não	45% (75)	
Sim	55% (91)	
Número de moradores na residência		2,75±1,44
Casa Própria		
Não	7% (13)	
Sim	93% (153)	
Número de Comorbidades		4,15±2,59
Número de Medicamentos Utilizados		4,27±2,97

Fonte: do autor

O uso do serviço de saúde foi analisado baseado no autorrelato dos idosos (TABELA 6), onde os serviços que foram mais relatados como utilizados, ambos por 93% dos idosos, foram consultas médicas e o recebimento de visitas domiciliares.

Tabela 6 - Percentual do uso dos serviços de saúde geral, baseado em autorrelato, considerando perdas da amostra inicial (n=166).

		Continua
Variável	% (n)	
Consulta Médica		
Não	7% (12)	
Sim	93% (154)	
Consulta Odontológica		
Não	73% (122)	
Sim	27% (44)	
Recebeu vacina na ESF		
Não	13% (22)	
Sim	87% (144)	
Participação em grupos de atividade na ESF		
Não	86% (143)	
Sim	14% (23)	

Tabela 6 - Percentual do uso dos serviços de saúde geral, baseado em autorrelato, considerando perdas da amostra inicial (n=166).

		Conclusão
Visita Domiciliar		
Não	7% (13)	
Sim	93% (153)	
Uso do Serviço Secundário de Saúde		
Não	30% (51)	
Sim	70% (115)	
Uso de serviço privado de saúde		
Não	75% (125)	
Sim	25% (41)	
Hospitalização (últimos 2 anos)		
Não	84% (140)	
Sim	16% (26)	

Fonte: do autor

Em relação à avaliação da percepção do idoso em relação à integralidade do atendimento na APS, baseado no instrumento PCATool, a análise está descrita nas Tabelas 7 e 8. A Tabela 7 apresenta resultados acerca da percepção do usuário idoso sobre a abordagem de possíveis demandas da população pelos profissionais da ESF.

Tabela 7 - Resultados questionário PCATool. Questões relacionadas à integralidade. Bloco G: Possíveis demandas da população, considerando perdas da amostra inicial (n= 166)

Pergunta	Continua				
	Com certeza, sim (4)	Provavelmente, sim (3)	Provavelmente, não (2)	Com certeza, não (1)	Não sei/Não lembro
1 - Respostas a perguntas sobre nutrição e dieta	91 (55%)	26 (16%)	3 (2%)	5 (3%)	41 (24%)
2 – Verificar se sua família pode participar de algum programa de assistência social	100 (60%)	25 (15%)	6 (4%)	2 (1%)	33 (20%)
3 – Programa de Suplementação Nutricional	51 (31%)	37 (22%)	17 (10%)	16 (10%)	45 (27%)
4 – Vacinas	162 (97%)	3 (2%)	1 (1%)	0	0
5 – Avaliação da Saúde Bucal	140 (84%)	13 (8%)	7 (4%)	1 (1%)	5 (3%)
6 – Tratamento Dentário	141 (85%)	13 (8%)	6 (3%)	1 (1%)	5 (3%)

Tabela 7 - Resultados questionário PCATool. Questões relacionadas à integralidade. Bloco G: Possíveis demandas da população, considerando perdas da amostra inicial (n= 166)

	Conclusão				
8 – Aconselhamento em relação ao uso de prejudicial de drogas	78 (47%)	22(13%)	18 (11%)	13 (8%)	35 (21%)
9 – Aconselhamento para problemas de saúde mental	104 (63%)	27 (16%)	3 (2%)	12 (7%)	20 (12%)
10 – Sutura de corte	148 (89%)	6 (4%)	2 (1%)	6 (4%)	4 (2%)
11 – Aconselhamento sobre HIV	94 (57%)	22 (13%)	2 (1%)	10 (6%)	38 (23%)
12 – Avaliação de Problemas Auditivos	135 (81%)	13 (8%)	3 (3%)	4 (2%)	11 (7%)
13 – Avaliação de Problemas Visuais	136 (82%)	22 (13%)	1 (1%)	4 (2%)	3 (2%)
14 – Colocação de Tala	133 (80%)	7 (5%)	2 (1%)	20 (12%)	4 (2%)
15 – Remoção de Verrugas	89 (54%)	22 (13%)	2 (1%)	22 (13%)	31 (19%)
16 – Preventivo de Cancer do Cóló de Útero	140 (83%)	6 (4%)	6 (4%)	6 (4%)	8 (5%)
17 – Aconselhamento sobre parar de fumar	81 (49%)	14 (8%)	12 (7%)	22 (13%)	37 (22%)
18 – Cuidados pré natais	135 (81%)	11 (7%)	2(1%)	10 (6%)	8 (5%)
19 – Remoção de unha encravada	62 (37%)	31 (19%)	6 (4%)	21 (13%)	46 (28%)
20 – Aconselhamento sobre envelhecimento	94 (57%)	27 (16%)	20 (12%)	14 (8%)	11 (7%)
21 – Orientações sobre cuidados no domicílio	33 (20%)	19 (11%)	94 (57%)	14 (8%)	6 (4%)
22 – Orientações sobre incapacidade	21 (13%)	24 (14%)	98 (59%)	16 (10%)	7 (4%)

Fonte: do autor

A tabela 8 apresenta os resultados do questionário PCATool- questões referentes ao aconselhamento profissional em diversos temas, outra abordagem da integralidade.

Para as questões diretamente relacionadas com a saúde, como orientações acerca de uma alimentação saudável, armazenamento e uso correto de medicamentos, importância da prática de atividades físicas, realização de exames para mensuração de níveis de colesterol, os números superaram 50 % da amostra, indicando já ter recebido alguma informação. (TABELA 8).

Em contrapartida, as questões relacionadas à segurança no trânsito, maneiras de lidar com conflitos de família, exposição a substâncias perigosas, prevenção de queimaduras e orientações sobre o porte e armazenamento de armas de fogo tiveram resultados inferiores (TABELA 8).

Tabela 8 - Resultados questionário PCATool. Questões relacionadas à integralidade. Bloco H: aconselhamento profissional sobre temas diversos, considerando perdas da amostra inicial (n=166)

Pergunta	Com certeza, sim (4)	Provavelmente, sim (3)	Provavelmente, não (2)	Com certeza, não (1)	Não sei/Não lembro
1 – Conselhos sobre alimentação saudável	105(63%)	15(9%)	26 (16%)	16 (10%)	4(2%)
2 – Segurança em casa (armazenamento de medicamentos)	88(53%)	22 (13%)	40 (24%)	12(7%)	4(2%)
3 – Aconselhamento sobre segurança no trânsito	24(14%)	7(4%)	111(67%)	21(13%)	3(2%)
4 – Maneiras de lidar com conflitos de família	20(12%)	18(10%)	112 (68%)	14(8%)	2(1%)
5 – Conselhos sobre exercícios físicos	140(82%)	8 (5%)	13 (8%)	5 (5%)	0
6 – Verificação dos níveis de colesterol	153(92%)	6 (4%)	5 (3%)	2 (1%)	0
7 – Verificar e discutir os medicamentos que usa	117(70%)	18(11%)	18 (11%)	13 (8%)	0
8–Exposição a substâncias perigosas	19(11%)	1(1%)	119 (71%)	22 (13%)	5 (3%)
9 – Questionar sobre arma de fogo e orientações de segurança	5(3%)	1(1%)	119(71%)	37(22%)	4(2%)
10 – Como prevenir queimaduras	18(11%)	9(5%)	114 (68%)	20(12%)	5 (3%)
11 – Como prevenir quedas	126(76%)	5(3%)	19(11%)	14(8%)	2(1%)
12 – Como prevenir osteoporose (só para mulheres)	65 (60%)	10(9%)	15 (13%)	12(11%)	6(5%)
13 – Cuidado com problemas de menstruação ou menopausa (só para mulheres)	60(55%)	9(8%)	19(17%)	13(12%)	7(6%)

Fonte: do autor

A Tabela 9 apresenta os valores das medianas de respostas positivas em relação à percepção em relação à integralidade (Blocos G e H) para o uso de cada serviço de saúde entre aqueles que relataram seu uso. Os valores foram semelhantes para todos os itens analisados.

Tabela 9 - Mediana de respostas positivas acerca da percepção da integralidade para o uso de cada serviço de saúde, entre aqueles que relataram seu uso

Variável Explicativa	Mediana Bloco G (valor min, valor máx)	Mediana Bloco H (valor min, valor máx)
Consultas Médicas	17(8;21)	6(1;11)
Consultas Odontológicas	16(9;21)	5(1;10)
Vacinas	17(8;21)	6(1;11)
Participação em Grupos de Atividade	18(13;21)	6(3;10)
Visita Domiciliar	17(8;22)	6(1;11)
Serviços Secundários	17(8;22)	6(1;11)
Uso de serviços privados de saúde	17(11;21)	6(1;10)
Hospitalização	17(10;20)	6(2;10)

Fonte: do autor

A tabela 10 apresenta valores da Análise de Regressão de Poisson Bruta e Ajustada para os blocos G e H do questionário PCA Tool. Os valores encontrados apontam para a não associação entre uso e percepção em relação à Integralidade no Atendimento da APS

Tabela 10 - Associação entre Uso dos Serviços de Saúde e percepção em relação à Integralidade para Blocos G e H

Continua

Variável Explicativa	RP Bruta (IC95%)	RP Ajustada (IC95%)
Bloco G: Se o usuário, segundo a sua percepção, se for necessário, terá o serviço disponível na Rede de Atenção		
Consultas Médicas*	1,07(0,92-1,25)	1,08(0,93-1,26)
Consultas Odontológicas*	0,96(0,88-1,05)	0,96(0,88-1,05)
Vacinas*	1,01(0,90-1,13)	1,01(0,90-1,14)
Participação em Grupos de Atividade*	1,05(0,87-1,26)	1,10(0,91-1,33)
Visita Domiciliar*	1,12(0,97-1,30)	1,11(0,96-1,30)
Serviços Secundários*	1,00(0,92-1,09)	1,01(0,92-1,10)
Uso de serviços privados de saúde*	1,03(0,94-1,12)	1,02(0,93-1,11)
Hospitalização*	0,98(0,88-1,09)	0,97(0,87-1,08)

Legenda: Categoria de referência = Não; **categoria de referência = 1 ou 2 serviços, *** na contagem final não foram considerados os itens 11 e 12 por serem aplicáveis somente para mulheres.

Tabela 10 - Associação entre Uso dos Serviços de Saúde e percepção em relação à Integralidade para Blocos G e H

Número de vezes que utilizou serviço saúde**		
3 serviços	1,04(0,94-1,16)	1,04(0,94-1,16)
4 ou 5 serviços	1,05(0,94-1,18)	1,05(0,94-1,18)

Bloco H***: Se o usuário, na consulta com o profissional, já teve aconselhamento sobre os temas abaixo		
		(Conclusão)
Consultas Médicas	1,03(0,80-1,33)	1,06(0,83-1,38)
Consultas Odontológicas	1,03(0,89-1,19)	1,03(0,89-1,20)
Vacinas	1,02(0,84-1,24)	1,05(0,87-1,29)
Participação em Grupos de Atividade	1,00(0,99-1,00)	1,00(0,99-1,00)
Visita Domiciliar	0,99(0,78-1,27)	0,96(0,76-1,23)
Serviços Secundários	0,95(0,82-1,09)	0,97 (0,84-1,13)
Uso de serviços privados de saúde	0,98(0,84-1,14)	0,97(0,83-1,13)
Hospitalização	0,96(0,80-1,15)	0,94(0,78-1,13)
Número de vezes que utilizou serviço saúde**		
3 serviços	1,00(0,84-1,19)	0,97(0,81-1,16)
4 ou 5 serviços	1,05(0,87-1,27)	1,06(0,88-1,29)

Legenda: Categoria de referência = Não; **categoria de referência = 1 ou 2 serviços, *** na contagem final não foram considerados os itens 11 e 12 por serem aplicáveis somente para mulheres.

Fonte: do autor

A Figura 2 apresenta através do gráfico Box Plot, os resultados do questionário PCATool, blocos G e H referentes à integralidade. As questões foram separadas em blocos representados pelo eixo X do gráfico e foram consideradas somente as avaliações positivas (usuários que responderam “com certeza” e “provavelmente sim” nas questões do instrumento). Observa-se que a mediana (linha em negrito ao centro de cada Box Plot) apresentou-se de forma semelhante. Tal resultado indica que na amostra utilizada, o conhecimento acerca da integralidade do atendimento na APS não apresentou grandes diferenças em relação a cada serviço utilizado, independente do nível de atenção utilizado.

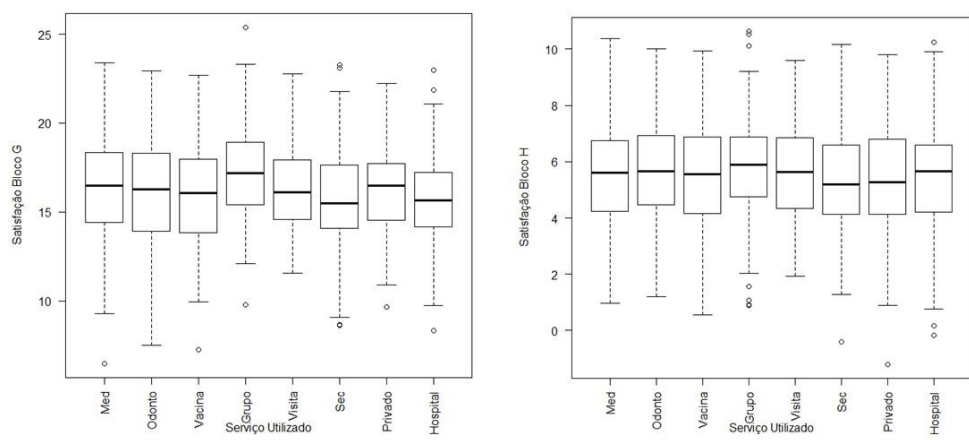


Figura 2 - Gráfico Box Plot referente às respostas do questionário PCATool blocos G e H.

Fonte: do autor

5 DISCUSSÃO

A amostra do presente estudo foi composta por idosos adscritos à ESF, onde 63,5% eram mulheres, 64,5% casados e 62,1% brancos. Outros estudos avaliaram o uso do serviço de saúde na APS por idosos e a composição das amostras foi semelhante, com predomínio de mulheres, casadas e brancas (ARAÚJO, et al.,2014; RODRIGUES, et al.,2009)

Em relação à análise de concordância, o maior valor de Kappa ($k = 0,271$) foi observado para consultas odontológicas, o que pode ser devido ao fato do prontuário ser separado, o que facilita o controle de atendimento pelo dentista. Para os demais profissionais como médico, enfermeiro e técnico em enfermagem, que compõe a ESF, e também o fisioterapeuta, nutricionista e demais profissionais que podem compor o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), o prontuário é único e na maioria dos locais ainda não é informatizado, o que predispõe a subnotificação. Esta questão foi observada na baixa concordância em relação às consultas médicas ($k = 0,089$), indicando a falta de relação entre o registrado e o relatado. Assim como neste estudo, a qualidade e padronização dos registros em prontuário verificados em cinco ESF de municípios do Rio Grande do Sul apresentaram-se comprometidos. Os atributos considerados foram: identificação completa do indivíduo, dados referentes ao prestador de serviço, atributos mínimos para identificação do atendimento, registro da consulta médica e de enfermagem, presença de registros de outros profissionais; legibilidade, presença de lista de problemas; registro de alergias a medicamentos; e registros de visita domiciliar. A falta de padrão das informações e registros incompletos dificultou o acesso à informação do usuário (BRASIL; MEDEIROS; SALDANHA, 2015). Uma possível alternativa para minimizar o problema seria a implementação do prontuário eletrônico, que faz com que este deixe de ser um documento passivo, difícil de entender, afastado do usuário, e se torne ativo, centralizando serviços e informações confiáveis, evitando o cuidado fragmentado e incentivando a integralidade (MORAES, et al.,2012; MORAIS, et al.,2015; WILLIAMS, et al.,2015).

Em relação aos registros de consultas médicas e visitas domiciliares, houve alta sensibilidade, onde há maior possibilidade da existência de “falsos positivos”, ou seja, probabilidade desses registros não retratarem a realidade relatada pelo idoso. O coeficiente de Kappa não significativo para estes pontos reforça o resultado, mostrando que não há correspondência entre os dados. O prontuário é instrumento importante no cuidado e acompanhamento do paciente, como demonstrado em revisão da literatura acerca da função e importância dada a este documento nas leis vigentes, concluindo que o mesmo representa uma

ferramenta simples, útil, e se preenchida de maneira correta, reflete uma imagem precisa acerca da situação de saúde dos usuários (DOLAN; FARMER, 2016). No presente estudo, quando o prontuário encontrava-se preenchido de maneira correta, foi capaz de indicar o trânsito do paciente na rede e sua situação de saúde. Em estudo, onde foi realizada uma avaliação de prontuários de uma instituição pública do município de Paraibuna (SP), onde os principais problemas encontrados foram a ilegibilidade das informações e o preenchimento incorreto/incompleto, o que é um problema grave, uma vez que se configura um documento de suma importância para o acompanhamento integral (MORAES, et al.2012).

Em relação ao uso de outros níveis da RAS, observou-se uma baixa concordância entre hospitalização ($k=0,099$) e encaminhamentos para consultas no setor secundário ($k=0,120$). Tal resultado pode ser remetido a uma falha no sistema e referência e contrarreferência e a procura por atendimento em níveis de maior complexidade através de vias paralelas (pelo serviço de urgência e emergência). Corroborando com o achado do presente estudo, Oliveski e colaboradores (2017), buscaram caracterizar os indivíduos que procuraram atendimento em um hospital de médio porte do norte do Rio Grande do Sul no período de maio a julho de 2016. Foram registrados dados referentes à classificação de risco, queixas, procedimentos realizados, dados sociodemográficos, ocupação e desfecho. Foram registrados 8.400 atendimentos, 52,36% do sexo feminino, 17,77% na faixa etária acima de 60 anos. Dentre as queixas, 21,3% se referem ao sistema respiratório. A análise classificação de risco revelou que somente 0,35% foram classificados como cor vermelha (emergência) e 15% como cor amarela, indicando atendimento de urgência. Os demais, (81,65%) foram classificados como verde e azul (urgências menores ou eletivas). Dentre os procedimentos realizados com maior frequência estão a aplicação de medicação em pacientes com prescrição médica que não realizaram consulta no hospital (55,48%) e realização de curativos (21,15%) Tal resultado reforça a ideia de busca por atendimento especializado na atenção terciária, utilizando-o como porta de entrada quando a APS deveria desempenhar tal papel. Destaca-se também a persistência do pensamento hospitalocêntrico na população ainda hoje.

Se tratando do registro de contrarreferência, este representa um importante instrumento para organização do fluxo nas RAS. A percepção dos profissionais acerca da referência e contrarreferência em um município de Minas Gerais revelou que 59,1% dos usuários não retornam ao atendimento na APS com contrarreferência (COSTA, et al.,2013). Tal ideia reforça os resultados do presente estudo onde os registros de contra fluxo do usuário apresentaram-se deficitários, prejudicando o fornecimento do cuidado integral. No mesmo estudo, 98,9% dos profissionais relataram encaminhar os usuários para níveis mais

complexos, quando, na APS, 85% dos casos deveriam ser resolvidos, sem referência para outros pontos (ALMEIDA; GIOVANELLA; NUNAN, 2011). Tal fato corrobora com o presente estudo, onde 55,5% dos idosos relatam possuir encaminhamentos para atenção secundária. Este resultado pode indicar uma falha na resolutividade das ações da APS. A falta de resolutividade das ações pode estar na deficiência da “alfabetização em saúde”. Trata-se da capacidade de obter, processar e compreender informações e serviços básicos necessários para gerenciar a saúde e tomar decisões. Para avaliar a satisfação de usuários de um seguro saúde e seu nível de “alfabetização em saúde”, foram enviados inquéritos a 31000 usuários de 10 diferentes estados nos Estados Unidos e, ao final, conclui que com intervenções educacionais eficazes, investimento em serviços preventivos, seria possível alcançar melhor satisfação e atendimento dos usuários, reduzindo assim os gastos com saúde (MACLEOD, et al.,2017). Embora tenha sido observado em um cenário diferente, composto por segurados de serviço privado, também é possível observar a importância de cuidados preventivos e da resolutividade trazida através da prevenção e responsabilização. A análise dos registros em prontuário de hospitalização mostrou uma especificidade alta (83%), indicando que a ausência de registro no prontuário não significa que ele realmente não ocorreu, podendo ser um falso-negativo. Este achado pode ser remetido mais uma vez a falha na contrarreferência. Muitas vezes o usuário procura outros níveis de atenção, recebe atendimento e não é contrarreferenciado à APS para continuidade do cuidado (BRITO, et al. 2013). A comparação do registro com o autorrelato em relação à hospitalização apresentou também um baixo valor preditivo positivo, indicando que baseado na presença de seu registro em prontuário, não é possível saber se o idoso foi realmente hospitalizado. Um estudo observacional longitudinal buscou avaliar a qualidade da APS sob a perspectiva de 100 idosos selecionados aleatoriamente em um município do Norte do país. Após aplicação do instrumento PCA Tool observou-se que a integralidade é um ponto frágil na atenção, fato que também se repetiu no presente estudo, onde a ausência de registro de hospitalização no prontuário do usuário representa uma quebra na integralidade do cuidado (ARAUJO, et al., 2014).

O registro dos encaminhamentos para consultas no setor secundário apresentaram boa sensibilidade (74%), podendo ser considerado medida de rastreio para o uso deste nível. Por outro lado, tal resultado pode apresentar “falsos positivos”, indicando que o encaminhamento foi registrado, mas o idoso não utilizou o serviço, por isso pode não ter relatado somente o encaminhamento. A longa espera por atendimento na atenção secundária pode explicar a incoerência entre o número de encaminhamentos registrados e relatados (VIEIRA; LIMA; GAZZINELLI, 2015). Em grande parte das vezes, quando o atendimento é agendado, o

usuário não se interessa mais pela consulta. Entre os problemas de acesso relatados pelos usuários estão as filas para realização de exames, consultas especializadas e uso do serviço de urgência (LIMA; SOUZA; SILVA, 2014). O tempo de espera por consulta no setor secundário em município de pequeno porte revelou-se prolongado, em média de 244 dias (VIEIRA; LIMA; GAZZINELLI, 2015). No Brasil, o longo tempo de espera para consultas especializadas está entre as principais barreiras ao acesso a cuidados integrais à saúde no SUS (PADOVANI; SCHOR; LARANJA, 2012). Ainda em relação aos encaminhamentos para o setor secundário, 69,2% dos idosos relataram encaminhamentos para consultas no setor secundário, indicando que a resolutividade desejada (85%) não tem sido alcançada pela APS, reforçando a persistência do modelo assistencialista focado no atendimento especializado (FERTONANI, et al,2015).

Um estudo multicêntrico analisou as possíveis relações entre a coordenação dos cuidados pela APS e a satisfação dos usuários de diferentes municípios do país e destacou-se que a insuficiente oferta de atenção especializada é barreira quase intransponível para a coordenação entre níveis (ALMEIDA; GIOVANELLA; NUNAN, 2011). No presente estudo, a explicação para a incoerência entre encaminhamentos registrados e relatados e provavelmente consultas não realizadas, pode estar justamente no longo tempo de espera que leva o usuário a desistir da consulta, ou realiza-la no setor privado.

A baixa especificidade das visitas domiciliares está associada a grande número de falsos negativos. Recebem cuidados domiciliares somente idosos restritos ao leito e com dificuldades importantes de locomoção (BARBOSA, et al.,2016) grupo que foi excluído deste estudo. Por outro lado, os idosos podem ter entendido a questão como à ida ao domicílio por qualquer profissional na ESF. O Agente Comunitário de Saúde (ACS) é o profissional ponte entre usuários e ESF e deve realizar pelo menos uma visita por mês a todos os usuários adscritos no território (BRASIL,2009). A evolução e registro de tais visitas são feitas em um formulário a parte, o que dificultou a contabilização das mesmas durante a análise de prontuário. Como compõe equipe mínima da ESF e participam do cuidado, o registro em conjunto poderia garantir a integralidade na assistência e facilitar a contabilização de atendimentos de toda a equipe, além de auxiliar na construção do Projeto Terapêutico Singular (PTS) (CARVALHO, et al.,2012).

O uso do serviço representa todo o contato com o Sistema, determinado pela necessidade percebida pelo usuário, refletindo sua situação de saúde, seu conhecimento acerca da importância do cuidado. (STOPA, 2017). A participação social (princípio do SUS) coloca a população em uma posição importante nas decisões relacionadas à gestão (ROLIN; CRUZ;

JESUS, 2013). Neste sentido, a satisfação e percepção do usuário em relação aos serviços oferecidos apresenta-se como forma de conhecer seus pontos de vista, identificando condições críticas, falhas no funcionamento, atuando como meio de aperfeiçoamento do Sistema (FORERO; GÓMES, 2017).

A avaliação da percepção do idoso em relação à Integralidade do atendimento da Atenção Primária, avaliada pelo domínio da integralidade do instrumento PCATool, revelou valores das medianas de respostas positivas (Blocos G e H) para o uso de cada serviço de saúde variando entre 16 e 18 em todos os itens analisados, evidenciando um bom conhecimento acerca dos serviços oferecidos.

A integralidade é um eixo prioritário das políticas de saúde, um meio de concretizar a saúde como uma questão de cidadania, compreendendo sua operacionalização a partir de dois movimentos: a superação de obstáculos e a implantação de inovações no cotidiano dos serviços de saúde (PINHEIRO, 2009). No presente estudo, grande parte dos usuários referiu ter ciência dos serviços existentes na ESF quando foram avaliadas questões relacionadas à integralidade. Em contrapartida quando avaliado o uso, observou-se a procura substancialmente maior por consultas médicas, reforçando a ideia de um pensamento medicocêntrico. Faz-se necessário salientar que a abordagem dos usuários deve ser ampla e integral considerando o conceito ampliado de saúde (SORANZ et. al., 2016).

Baseado no estudo das medianas, a participação em grupos de atividades apresentou-se ligeiramente superiores aos demais, indicando que embora uma pequena parcela tenha relatado a participação, estes acabam conhecendo e percebendo melhor os serviços oferecidos. Tal resultado indica a necessidade da conscientização da população acerca dos cuidados preventivos salientados pelo Governo Federal através da Política Nacional de Promoção de Saúde (BRASIL, 2006), assim como a manutenção da qualidade dos serviços oferecidos. Em estudo, Nogueira e colaboradores (2016), buscaram analisar os aspectos que potencializam os grupos na Atenção Primária através de questionamentos acerca do impacto do trabalho em grupo na vida de seus participantes. Foi utilizado para análise, um grupo de promoção de saúde existente há 15 anos cujas ações abrangiam atividades educativas, físicas, recreativas e de socialização. Os resultados apontaram a criação de vínculo e uma importante união entre os envolvidos garantindo o convívio social, contribuindo para o bem estar biopsicossocial. A organização e planejamento das ações foram apontados como pontos a serem revistos para alcance de melhores resultados. Tal resultado salienta os pontos frágeis que devem ser revistos também nos grupos de atividades das Unidades consideradas no presente estudo,

visando maior adesão da população as propostas preventivas, aumentando assim a resolutividade da APS.

Os resultados da análise de Regressão de Poisson apontam para uma não associação entre cada uso dos serviços de saúde investigados e a percepção do idoso em relação à Integralidade no Atendimento da APS. Tanto os usuários assíduos, quanto os que pouco utilizaram o serviço, apresentaram igual ciência acerca dos serviços disponíveis.

Utilizando o instrumento PCATool, Sala e colaboradores (2011), buscaram avaliar os processos de integralidade na APS sob o ponto de vista dos usuários em uma região do município de São Paulo levando em consideração os critérios: porta de entrada, vínculo, elenco de serviços, coordenação, enfoque familiar e orientação comunitária. Os resultados revelaram que 90,1% dos usuários utilizam a ESF como porta de entrada e 85,2% possuem ciência da importância da consulta como o médico de família antes de uma consulta com especialista. Nas questões relacionadas ao vínculo, 65,8% relatam ser atendidos sempre pelo mesmo profissional facilitando os laços entre usuário-profissional e 66,8% relatam um atendimento humanizado na APS.

O presente estudo levou em conta somente os blocos G e H do questionário onde abordadas questões relacionadas à Integralidade. Os resultados mostraram o reconhecimento do profissional não médico no cuidado com a saúde (55% relatam ter sido questionado acerca de cuidados com a nutrição e 60% relatam possuir ciência sobre questões de assistência social). Em contrapartida, as questões que se relacionam indiretamente com a saúde, obtiveram baixo escore (todos com percentual abaixo de 20%) apontando um ponto falho na busca da integralidade do cuidado pelos profissionais.

Os métodos de avaliação dos usuários com o Sistema foram analisados em revisão de literatura por Esperidião e Trad (2005). Foram confrontados os métodos quantitativos e qualitativos. Análises quantitativas foram consideradas reducionistas por não trabalharem os dados subjetivos da percepção e as qualitativas realizadas através de entrevista face a face costumam inibir opiniões negativas por medo de represálias. Pode-se observar através dos dados do estudo de Esperidião e Trad (2005), que trabalhar com a percepção do serviço seja de forma qualitativa ou quantitativa é um desafio e são encontradas diversas barreiras. No presente estudo, não houve diferença significativa em relação à percepção da integralidade dos usuários assíduos e não assíduos, as análises feitas na revisão podem auxiliar na explicação dos resultados. Embora feito de maneira qualitativa, utilizando instrumento validado, as percepções negativas podem ter sido mascaradas por medo de represálias e

podem também ter sido mascaradas nas questões abordadas no instrumento tanto nos usuários assíduo quanto em não usuários.

Em revisão, Fracoli e colaboradores (2014), buscaram verificar nas bases nacionais e internacionais os instrumentos mais utilizados para avaliar a APS. O PCATool apresenta-se como o mais utilizado para avaliação no Brasil. Em contrapartida, os achados revelaram um número limitado de estudos que se destinam a avaliação da APS, fato se repetiu no presente estudo.

Para colocar em prática o conceito ampliado em saúde, é necessária a formação ampliada de seus profissionais para que compreendam a complexidade do trabalho em Redes. A atenção ideal não se restringe ao acesso à rede formal de serviços, é necessário acompanhar todo o percurso do usuário para garantir a ele o acesso integral (KEMPER, et al.,2015) .

A integralidade é princípio doutrinário do SUS, e APS é responsável por garantir tal princípio, já que atua como coordenadora da Rede. Isso implica que ela assuma papel central e estratégico de reordenamento do sistema de saúde, orientando o cuidado ao longo de todos os pontos de atenção e de toda a vida de uma comunidade. A questão que norteia grande parte dos estudos de avaliação do Sistema giram em torno da capacidade da APS se apresentar como responsável por garantir a integralidade (FERTONANI, et al., 2015). Em revisão, Rodrigues e colaboradores (2014), questionaram a efetividade da APS na coordenação da Rede, assim como suas potencialidades e desafios. Seus resultados apontam para uma dificuldade de coordenação entre os níveis, precário funcionamento do Sistema de referência e contrarreferência, dificuldade de cooperação entre profissionais dos diferentes níveis de atenção, dificuldade de acesso à atenção secundária, fato que também ocorreu no presente estudo. O conhecimento do usuário em relação à integralidade no atendimento da APS não diferiu entre usuários assíduos e não assíduos e a dificuldade da APS em coordenar os níveis e oferecer um atendimento integral, como os apontados no estudo de Rodrigues e colaboradores podem ser colocados como possível justificativa para os resultados atuais. Aqueles que usaram pouco o serviço apresentaram bom conhecimento com os serviços oferecidos na RAS mostrando que talvez falte a real compreensão da integralidade para garantir melhor percepção entre os mais assíduos.

Foram identificadas como limitações do estudo questões relacionadas aos prontuários existentes nas UBSF, a ilegibilidade dos registros, a baixa qualidade na conservação dos mesmos, que dificultaram a coleta das informações. Na etapa de avaliação da percepção da integralidade na APS através da aplicação do questionário, foram limitações: a correta compreensão das questões pelos usuários, mesmo com a leitura no entrevistador, fato que

pode ser remetido ao baixo nível de escolaridade da amostra. São pontos fortes: o fato de ele ser um estudo com características inéditas, pois não foram encontrados outros estudos que realizaram comparação entre dados registrados em prontuários na APS e autorrelato do uso de serviços de saúde por idosos adscritos à ESF. Os resultados são capazes de incentivar a melhora da qualidade dos registros, sendo estes documentos capazes de ajudar a viabilizar o real atendimento integral e a coordenação do cuidado pela APS. As análises da percepção do idoso em relação à integralidade são capazes de revelar pontos fortes e falhos do Sistema, auxiliando assim na melhoria do serviço oferecido, garantindo um serviço de qualidade à população idosa adscrita à ESF.

6 CONCLUSÃO

Podemos concluir que a falta de concordância entre o uso do serviço de saúde autorrelatado e os registros em prontuário apontam uma das possíveis causas da quebra da continuidade do cuidado de pacientes na RAS, bem como a ausência da referência e contrarreferência. Através de registros padronizados que podem ser feitos com auxílio da implantação do prontuário eletrônico, o acompanhamento longitudinal, a coordenação do cuidado e a integralidade poderão ser beneficiados e permitir o melhor cumprimento de atributos básicos da APS. A análise do questionário PCATool mostrou que tanto os usuários assíduos, quanto os não assíduos apresentam igual percepção acerca da integralidade do cuidado dentro dos serviços oferecidos na APS e na RAS. Fato que pode ser remetido à dificuldade da APS em exercer seu papel de coordenadora do Sistema, ofertando um cuidado integral, e que, se estas condições fossem contempladas, a percepção deveria ser maior e mais positiva entre aqueles que usam mais os serviços oferecidos.

7 APOIO FINANCEIRO

Este trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – Brasil (CAPES) – Código de Financiamento 001 e da Universidade Federal de Alfenas.

A pesquisa foi financiada pela Fundação de Amparo à Pesquisa de Minas Gerais/FAPEMIG (EDITAL 01/2016 – DEMANDA UNIVERSAL: CDS – APQ-03665-16) e Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico Tecnológico/CNPq (MCTI/CNPQ/Universal 14/2014/ Processo: 447382/2014-4) pelo apoio financeiro para a realização deste estudo.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, P. F; GIOVANELLA, L; NUNAN, B.A. Atenção Primária Integral à Saúde: indicadores para avaliação. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2011.

ALVES, J. E. D. Transição demográfica, transição da estrutura etária e envelhecimento. **Revista Portal de Divulgação**,[S.l.:s.n.] , n. 40, Ano IV, p. 8-15. Mar/Abr/Maio, 2014.

AMARAL, F. L. J. S, et al. Fatores associados com a dificuldade no acesso de idosos com deficiência aos serviços de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 11, p. 2991-3001, 2012.

ARAÚJO, L. U. A, et al. Avaliação da qualidade da atenção primária à saúde sob a perspectiva do idoso. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 8, p. 3521-32, 2014.

BARBOSA, D. C. M, et al. Visita domiciliar sob a percepção dos usuários da estratégia saúde da família. **Medicina**, Ribeirão Preto, v. 49, n. 4, p. 360-6, 2016.

BERTOLUCCI, P. H. F. et al. O mini-exame do estado mental em uma população geral: impacto da escolaridade. **Arquivos de Neuro-psiquiatria**, São Paulo, v. 52, p. 1-7, 1994.

BORDIN, D, et al. Estudo comparativo da satisfação de usuários e profissionais da saúde com o serviço público odontológico. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 1, p. 151-60, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde** / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **O trabalho do agente comunitário de saúde** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 84 p: il. – (Série F.). Comunicação e Educação em Saúde, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde** / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. – 3. ed. – Brasília : Ministério da Saúde, 2010 (a).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção em Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Manual do instrumento de avaliação da atenção primária à saúde: primary care assessment tool PCA TOOL - Brasil** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção em Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2010 (b). 80 p.: il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica** / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

- BRASIL, A. M. F. E; MEDEIROS, C. R. G; SALDANHA, O. M. F. L. Estratégia saúde da família: análise dos Registros em prontuários. **Revista Caderno Pedagógico**, Lajeado, v. 12, e. 1, p. 265-275, 2015.
- BRITO, M. C. C, et al. Atenção à saúde do idoso: o sistema de referência e contrarreferência nos serviços de saúde. **Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online**, Rio de Janeiro, v.6, n.3, p.1128-38, 2016.
- CARVALHO, L. G. P, et al. A construção de um Projeto Terapêutico Singular com usuário e família: potencialidades e limitações. **O Mundo da Saúde**, São Paulo, v. 36, n. 3, p. 521-525,2012.
- COSTA, S. M, et al. Referência e contrarreferência na saúde da família: percepção dos profissionais de saúde. **Revista APS**, Juiz de Fora, v.16, e. 3, p.287-93, 2013.
- CHAKRAVARTHY, M. V; JOYNER, M. J; BOOTH, F. W. An obligation for primary care physicians to prescribe physical activity to sedentary patients to reduce the risk of chronic health conditions. **Mayo Clinic Proceedings**,[S.l.:s.n.], v. 77, p. 165-73, 2002.
- CHOMATAS, E, et al. Avaliação da presença e extensão dos atributos da atenção primária em Curitiba. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 29, p. 294-303, Out-Dez, 2013.
- DELLAROZA, M. S. G, et al. Associação de dor crônica com uso de serviços de saúde em idosos residentes em São Paulo. **Revista Saúde Pública**, v. 47, n.5, p. 914-22, 2013.
- DOLAN, C. M; FARMER, L. J. Let the Record Speak ...”The Power of the Medical Record.” **The Journal of Nurse Practitioners**, [S.l.:s.n.], v. 12, n. 2, p. 88-94, 2016.
- DONABEDIAN A. An introduction to quality assurance in health care. Nova Iorque: Oxford University Press; 2003.
- ESPEREDIÃO, M; TRAD, L. A. B. Avaliação de satisfação dos usuários. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10 (sup1), p. 303-12, 2005.
- FERTONANI, H. P, et al. Modelo assistencial em saúde: conceitos e desafios para atenção básica brasileira. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 6, p.1869-78, 2015.
- FORERO, D; GÓMEZ, A. Comparison of measurement models base on expectations and perceived performance for the satisfaction study in health services. **Suma Psicológica**, Bogotá, Colômbia, (2017), <http://dx.doi.org/10.1016/j.sumpsi.2017.06.002>.
- FRACOLLI, L. A, et al. Instrumentos de avaliação da Atenção Primária à saúde: revisão de literatura e metassíntese. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, e. 2, p. 4851-60, 2014.
- HARZHEIM, E. et al. Consistência interna e confiabilidade da versão em português do Instrumento de Avaliação da Atenção Primária (PCATool-Brasil) para serviços de saúde infantil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 8, p. 1649-59,2006.

JONES, D. A, et al. Characteristics of personal health records: findings of the Medical Library Association/National Library of Medicine Joint Electronic Personal Health Record Task Force. **Journal of the Medical Library Association**, [S.l.:s.n.], v. 98, n. 3, p. 243-49, 2010.

KALICHMAN, A.O, et al. Integralidade e tecnologias de atenção à saúde: uma narrativa sobre contribuições conceituais à construção do princípio da integralidade no SUS, **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 32, e. 8, p. 1-13, 2016.

KEMPER, M. L. C, et al. Integralidade e redes de cuidado: uma experiência do PET-Saúde/Rede de Atenção Psicossocial. **Interface- comunicação, saúde e educação**, São Paulo, v. 19, sup1, p. 995-1003, 2015.

KREVE, S; ANZOLIN, D. Impacto da saúde bucal na qualidade de vida do idoso. **Revista Kairós Gerontologia**, São Paulo, v. 19, n. 22, p. 45-59, 2016.

KÜCHEMANN, B. A. Envelhecimento populacional, cuidado e cidadania: velhos dilemas e novos desafios. **Revista Sociedade e Estado**, Brasília, v. 27, n. 1 - Jan/Abr, 2012.

LANDIS, J. R; KOCH G. G. The measurement of observer agreement for categorical data. 33ed. Biometrics, 1977.

LIMA, E. F. A, et al. Avaliação da atenção primária na percepção dos usuários e profissionais de saúde: uma revisão integrativa. **Revista de enfermagem UFPE on line**, João Pessoa, v. 8, n. 2, p. 3758-66, 2014.

LOPES, F. A. M., et al. Perfil epidemiológico em idosos assistidos pela estratégia saúde da família. **Revista de Enfermagem e Atenção à Saúde- REAS [Internet]**, Uberaba, v. 13, n. 1, p. 84-94, 2014.

MACLEOD, S, et al. The impact of inadequate health literacy on patient satisfaction, healthcare utilization and expenditures among older adults. **Geriatric Nursing**, [S.l.:s.n.], v. 38, p. 334-341, 2017.

MENDES, E. V. **As Redes de Atenção à Saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011. 549 p.

MORAES, D. R, et al. Avaliação dos prontuários dos pacientes de uma instituição pública do município de Paraibuna do estado de São Paulo. **Vita et Sanitas**, Trindade, v. 1, e. 6, p. 2-16, 2012.

MORAIS, C. G. X; BATISTA, E. M. S; CASTRO, J. F. Registros de enfermagem em prontuário e suas implicações na qualidade assistencial segundo os padrões de acreditação hospitalar: um novo olhar da auditoria. **Revista ACRED**, Rio de Janeiro, v. 5, e. 9, p. 64-84, 2015.

NOGUEIRA, A. L. G, et al. Pistas para potencializar grupos na Atenção Primária à Saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem [Internet]**, Brasília, v. 69, n. 5, p. 965-71, 2016.

OLIVEIRA, M. R; et al. Mudança de modelo assistencial de cuidado ao idoso na Saúde Suplementar: identificação de seus pontos-chave e obstáculos para implementação. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.26, n.4, p. 1383-94, 2016.

OLIVESKI, C. C, et al. Perfil clínico de usuários de um serviço de emergência. **Revista espaço ciência & saúde**, Cruz Alta, v. 5, n. 2, p. 45-56,2017.

ONOCKO-CAMPOS R. T, et al. Avaliação de estratégias inovadoras na organização da Atenção Primária à Saúde. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 46, n. 1, p. 43-50,2012.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Relatório Mundial de Saúde: atenção primária em saúde**. Brasília: OMS, 2008.

PADOVANI, C. S. S; SCHOR, N; LARANJA, S. M. R. Avaliação do perfil epidemiológico e das dificuldades encontradas pelos pacientes para o atendimento de primeira consulta no ambulatório de triagem da nefrologia da UNIFESP. **Jornal Brasileiro de Nefrologia**, São Paulo, v. 34, n. 4, p. 317-22, 2012.

PORTES, L. H, et al. Atuação do fisioterapeuta na Atenção Básica à Saúde: uma revisão da literatura brasileira. **Revista APS**, Juiz de Fora, v. 14, n. 1, p. 111-19, 2011.

RODRIGUES, M. A. P, et al. Use of primary care services by elderly people with chronic conditions. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 43, n. 4, p.604-12, 2009.

RODRIGUES, L. B. B, et al. A atenção primária à saúde na coordenação das redes de atenção: uma revisão integrativa. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 2, p. 345-52,2014.

ROEHRS, A, et al. Personal Health Records: A Systematic Literature Review. **Journal of Medical Internet Research**, [S.l.:s.n.], v. 19, e. 13, n. 1, p. 1-21,2017.

ROLIM, L. B; CRUZ, L. S. B. L. C; SAMPAIO, K. J. A. J. Participação popular e o controle social como diretriz do SUS: uma revisão narrativa. **Saúde em debate**, Rio de Janeiro, v. 37, n. 96, p. 139-47, 2013.

SALA, A, et al. Integralidade e Atenção Primária à Saúde: avaliação na perspectiva dos usuários de unidades de saúde do município de São Paulo. **Revista Saúde e sociedade**, São Paulo, v. 20, n. 4, p. 948-60, 2011.

SANTOS, A. F. M; ASSIS, M. Vulnerabilidade das idosas ao HIV/AIDS: despertar das políticas públicas e profissionais de saúde no contexto da atenção integral: revisão de literatura. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 147-57, 2011.

SANTOS, M. L. M. F, et al. Satisfação dos usuários adultos com a atenção em saúde bucal na estratégia de saúde da família. **Cadernos de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, p. 163-171, 2015.

SILVA, A. M. M, et al. Uso de serviços de saúde por idosos brasileiros com e sem limitação funcional. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 51, n. 1, p. 1-10, 2017.

SORANZ, D, et al. Eixos e a reforma de Cuidados em Atenção Primária em Saúde (RCAPS) na cidade do Rio de Janeiro, Brasil. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 5, p. 1327-1338, 2016.

STOPA R. S, et al. Acesso e uso de serviços de saúde pela população brasileira, Pesquisa Nacional de Saúde 2013. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 51, supl 1:3s, p. 1-11, 2017.

SZWARCWALD, C. A, et al. Pesquisa Nacional de Saúde no Brasil: concepção e metodologia de aplicação. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 2, p. 333-42, 2014.

TEIXEIRA, M. R, et al. Avaliação das práticas de promoção da saúde: um olhar das equipes participantes do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica. **Saúde em debate**, Rio de Janeiro, v. 38, N. ESPECIAL, p. 52-68, out, 2014.

TRAVASSO, C; VIACAVAL, F. Acesso e uso de serviços de saúde em idosos residentes em áreas rurais, Brasil, 1998 e 2003. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 10, p. 2490-502, out, 2007.

VASCONCELLOS, M. M; GRIBEL, E. B; MORAES, I. H. S. Registros em saúde: avaliação da qualidade do prontuário do paciente na atenção básica, Rio de Janeiro, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 24, n. 1, p. 173-82, 2008.

VERAS, R. P; CALDAS, C. P; CORDEIRO, H. A. Modelos de atenção à saúde do idoso: repensando o sentido da prevenção. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 4, out-dez, 2013.

VIANA, L. A. C; VALER, D. B; PASKULIN, L. M. G. Utilização e acesso de idosos a serviços de atenção básica em Porto Alegre (RS, Brasil). **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 6, p. 2935-44, 2011.

VIEIRA, E. W. R; LIMA, T. M. N; GAZZINELLI, A. Tempo de espera por consulta médica especializada em um município de pequeno porte de Minas Gerais, Brasil. **Revista Mineira de Enfermagem**, Belo Horizonte, v. 19, e. 1, p. 65-71, 2015.

WILLIAMS, H; SPENCER, K; SANDERS, C, et al. Dynamic Consent: A Possible Solution to Improve Patient Confidence and Trust in How Electronic Patient Records Are Used in Medical Research. **JMIR- Journal of Medical Internet Research**, [S.l.:s.n.], .v. 3, n. 1, p. 1-7, 2015.

ZANON, L. R; ZANIN, L; FLORIO, F. M. Evaluation of the use of services provided by emergency care units in a Brazilian municipality. **RGO, Revista Gaúcha de Odontologia**, Porto Alegre, v. 64, n. 4, p. 411-16, 2016.

ZHANG, X. et al. Urban-Rural Differences in the association between access to healthcare and health outcomes among older adults in China. **BMC Geriatrics**, Londres, United Kingdom, v. 17, n. 151, p. 1-11, 2017.

ANEXOS

ANEXO A- PCA TOOL

INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA PCATool - Brasil versão Adulto G - INTEGRALIDADE - SERVIÇOS DISPONÍVEIS <i>Entrevistador - para todas as próximas perguntas use o Cartão Resposta.</i>					
<p>A seguir, apresentamos uma lista de serviços/orientações que você e sua família ou as pessoas que utilizam esse serviço podem necessitar em algum momento.</p> <p>Indique, por favor, se no "nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro" esses serviços ou orientações estão disponíveis:</p> <p>(Repetir a cada 3-4 itens: "Está disponível no "nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro")</p>					
Por favor, indique a melhor opção	Com certeza, sim	Provavelmente, sim	Provavelmente, não	Com certeza, não	Não sei / não lembro
G1 - Respostas a perguntas sobre nutrição ou dieta.	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
G2 - Verificar se sua família pode participar de algum programa de assistência social ou benefícios sociais.	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
G3 - Programa de suplementação nutricional (ex: leite, alimentos).	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
G4 - Vacinas (imunizações).	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
G5 - Avaliação da saúde bucal (Exame dentário).	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
G6 - Tratamento dentário.	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
G7 - Planejamento familiar ou métodos anticoncepcionais.	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
G8 - Aconselhamento ou tratamento para o uso prejudicial de drogas (lícitas ou ilícitas, ex: álcool, cocaína, remédios para dormir).	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
G9 - Aconselhamento para problemas de saúde mental.	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
G10 - Sutura de um corte que necessite de pontos.	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
G11 - Aconselhamento e solicitação de teste anti-HIV.	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
G12 - Identificação (Algum tipo de avaliação) de problemas auditivos (para escutar).	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
G13 - Identificação (Algum tipo de avaliação) de problemas visuais (para enxergar).	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>

G - INTEGRALIDADE - SERVIÇOS DISPONÍVEIS

Entrevistador - para todas as próximas perguntas use o Cartão Resposta.

A seguir, apresentamos uma lista de serviços/orientações que você e sua família ou as pessoas que utilizam esse serviço podem necessitar em algum momento.

Indique, por favor, se no "nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro" esses serviços ou orientações estão disponíveis:

(Repetir a cada 3-4 itens: "Está disponível no "nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro")

Por favor, indique a melhor opção	Com certeza, sim	Provavelmente, sim	Provavelmente, não	Com certeza, não	Não sei / não lembro
G14 - Colocação de tala (ex: para tornozelo torcido).	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
G15 - Remoção de verrugas.	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
G16 - Exame preventivo para câncer de colo de útero (Teste Papanicolau).	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
G17 - Aconselhamento sobre como parar de fumar.	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
G18 - Cuidados pré-natais.	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
G19 - Remoção de unha encravada.	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
G20 - Aconselhamento sobre as mudanças que acontecem com o envelhecimento (ex.: diminuição da memória, risco de cair).	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
G21 - Orientações sobre cuidados no domicílio para alguém da sua família como: curativos, troca de sondas, banho na cama...	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
G22 - Orientações sobre o que fazer caso alguém de sua família fique incapacitado e não possa tomar decisões sobre sua saúde (ex.: doação de órgãos caso alguém de sua família fique incapacitado para decidir, por exemplo, em estado de coma).	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>

**INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA
PCATool - Brasil versão Adulto**

H - INTEGRALIDADE - SERVIÇOS PRESTADOS

Entrevistador - para todas as próximas perguntas use o Cartão Resposta.

A seguir, apresentamos uma lista de serviços que você pode ter recebido em consulta no "nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro".

Em consultas ao "nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro", algum dos seguintes assuntos já foram ou são discutidos (conversados) com você? (repetir essa frase a cada 3-4 itens).

Por favor, indique a melhor opção	Com certeza, sim	Provavelmente, sim	Provavelmente, não	Com certeza, não	Não sei/não lembro
H1- Conselhos sobre alimentação saudável ou sobre dormir suficientemente.	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
H2 - Segurança no lar, como guardar medicamentos em segurança.	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
H3 - Aconselhamento sobre o uso de cinto de segurança ou assentos seguros para crianças ao andar de carro.	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
H4 - Maneiras de lidar com conflitos de família que podem surgir de vez em quando.	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
H5 - Conselhos a respeito de exercícios físicos apropriados para você.	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
H6 - Testes de sangue para verificar os níveis de colesterol.	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
H7 - Verificar e discutir os medicamentos que você está tomando.	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
H8 - Possíveis exposições a substâncias perigosas (ex: veneno para formiga/para rato, água sanitária), no seu lar, no trabalho, ou na sua vizinhança.	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
H9 - Perguntar se você tem uma arma de fogo e orientar como guardá-la com segurança.	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
H10 - Como prevenir queimaduras (ex: causadas por água quente, óleo quente, outras substâncias).	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
H11 - Como prevenir quedas.	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
H12 - Só para mulheres: como prevenir osteoporose ou ossos frágeis.	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
H13 - Só para mulheres: o cuidado de problemas comuns da menstruação ou menopausa.	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>

ANEXO B - AUTORIZAÇÃO SECRETARIA MUNICIPAL PARA COLETA DE DADOS NAS UNIDADES

SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO AO COMITÊ DE PROJETOS DA COMISSÃO DE INTEGRAÇÃO ENSINO E SERVIÇO DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE ALFENAS/MG

Assunto: solicitação de autorização para aplicação de questionários e acesso a informações de prontuários para pesquisa intitulada "Avaliação da utilização e qualidade dos Serviços da Rede de Atenção à Saúde acessados pela população idosa adscrita à Estratégia de Saúde da Família"

Vimos, por meio desta, solicitar autorização para aplicação de questionário para a pesquisa intitulada "Avaliação da utilização e qualidade dos Serviços da Rede de Atenção à Saúde acessados pela população idosa adscrita à Estratégia de Saúde da Família" a ser desenvolvido pela Fisioterapeuta Venessa Carvalho Leite Gama Rocha, mestranda do Programa de Pós-Graduação em Ciência da Reabilitação sob a orientação da Prof. Dr^a Sílvia Lanzotti Azevedo da Silva, docente do referido programa de pós-graduação *strictu sensu*.

Esclarecemos que este trabalho resultará em um trabalho de dissertação de mestrado, que tem como objetivo geral avaliar o uso e avaliação dos serviços da Rede de Atenção à Saúde por idosos, sendo que a pesquisa será realizada nas ESF selecionadas por localização e concentração de idosos: Primavera I e II, Itaparica, Pinheirinho, Caensa, Vila Betânia e Unissaúde, em busca de potencialidades.

Para tanto, as informações serão obtidas por meio da aplicação de um questionário no domicílio do idoso, após contato e concordância do mesmo, e consulta aos prontuários. A aplicação do questionário e o seu acompanhamento não oferece risco aos participantes.

Atenciosamente,

Venessa Carvalho Leite Gama Rocha
Universidade Federal de Alfenas - UNIFAL
Programa de Pós-Graduação em Ciência da Reabilitação
Tel.: (35)99127-3388
nessacigr@hotmail.com

Prof^a Dr^a Sílvia Lanzotti Azevedo da Silva
Universidade Federal de Alfenas - UNIFAL
Orientador
Tel.: (35) 99177 6155
silviafiof@yahoo.com.br

Autorizado por: _____



Joice de Souza Augusto
Coordenadora da Atenção Primária
Secretaria Municipal de Saúde

Data: ____/____/____

ANEXO C - PARECER CEP UNIFAL-MG

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
ALFENAS



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Avaliação da utilização e qualidade dos Serviços da Rede de Atenção à Saúde acessados pela população idosa adscrita à Estratégia de Saúde da Família

Pesquisador: Silvia Lanziotti

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 60260916.9.0000.5142

Instituição Proponente: UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALFENAS - UNIFAL-MG

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.775.338

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um Projeto de Pesquisa de Mestrado do Programa de Pós-Graduação em Ciência da Reabilitação da Unifal-MG, submetido por docente orientadora, de financiamento próprio, em que não foram identificados conflitos de interesse.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivos claros e bem definidos; coerentes com a propositura do projeto; exequíveis (considerando tempo, recursos e metodologia). À saber:

Objetivo Primário:

Avaliar o uso do Serviço de Saúde por idosos adscritos à Estratégia de Saúde da Família.

Objetivo Secundário:

1) Comparar o relato do uso dos serviços de saúde pelos idosos e as informações registradas no prontuário

Continuação do Parecer: 1.775.338

campanhas de vacinação;

4) Verificar o grau de satisfação do idoso com os oferecidos pela Rede de Atenção à Saúde por instrumentos validados.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

a. o risco de execução do projeto foi bem avaliado, é necessário e está bem descrito no projeto: constrangimento durante aplicação de questionário;

b. os benefícios oriundos da execução do projeto justificam os riscos corridos: melhor atenção aos usuários (idosos), melhoria dos serviços, e contribuição para as políticas públicas de saúde;

c. a pesquisadora apresentou uma correta ação minimizadora/corretiva do risco.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Estudo observacional de base populacional com 193 idosos do município de Alfenas – MG, selecionados a partir de cálculo amostral e utilizando dados secundários de estudo anterior (disponíveis nos prontuários e em banco de dados eletrônico), já aprovado pelo CEP da Unifal-MG. Na proposta atual, os idosos adstritos de 6 UBS serão convidados a participar da pesquisa durante visita domiciliar, e a partir de então responderão questionários que permitirão acompanhar e comparar dados sociodemográficos, da condição de saúde autorreferida, medicações utilizadas, histórico de quedas e fraturas entre os anos de 2015, 2016 e 2017.

a. Metodologia da pesquisa: adequada aos objetivos do projeto;

b. Referencial teórico da pesquisa: atualizado e suficiente para aquilo que se propõe;

c. Cronograma de execução da pesquisa: coerente com os objetivos propostos e adequado ao tempo de tramitação do projeto.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

a. Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE): presente e adequado;

b. Termo de Assentimento (TA): Não se aplica.

c. Termo de Assentimento Esclarecido (TAE): Não se aplica.

d. Termo de Compromisso para Utilização de Dados e Prontuários (TCUD): presente e adequado;

e. Termo de Anuência Institucional (TAI): presente e adequado;

Continuação do Parecer: 1.775.338

Recomendações:

Não há.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Recomenda-se a aprovação pelo colegiado.

Considerações Finais a critério do CEP:

O colegiado do CEP acata o parecer do relator.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_797902.pdf	22/09/2016 11:31:42		Aceito
Outros	Autorizacao_SMSA.pdf	22/09/2016 11:31:12	Silvia Lanziotti	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCUD.pdf	22/09/2016 11:28:04	Silvia Lanziotti	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	22/09/2016 11:27:42	Silvia Lanziotti	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto.pdf	22/09/2016 11:27:24	Silvia Lanziotti	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_rosto.pdf	22/09/2016 11:26:07	Silvia Lanziotti	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

ALFENAS, 13 de Outubro de 2016

Assinado por:
Marcela Filié Haddad
(Coordenador)

APÊNDICES

APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado (a) a participar, como voluntário (a), da pesquisa: Avaliação da utilização e qualidade dos Serviços da Rede de Atenção à Saúde acessados pela população idosa adscrita à Estratégia de Saúde da Família de uma cidade de Minas Gerais, no caso de você concordar em participar, favor assinar ao final do documento. Sua participação não é obrigatória, e, a qualquer momento, você poderá desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador (a) ou com a instituição. Você receberá uma cópia deste termo onde consta o telefone e endereço do pesquisador (a) principal, podendo tirar dúvidas do projeto e de sua participação. TÍTULO DA PESQUISA: Avaliação da utilização e qualidade dos Serviços da Rede de Atenção à Saúde acessados pela população idosa adscrita à Estratégia de Saúde da Família de uma cidade de Minas Gerais PESQUISADOR (A) RESPONSÁVEL: Prof^ª Dr^ª Silvia Lanzotti Azevedo da Silva TEL: (35) 3701-1921 ENDEREÇO: UNIFAL - Campus II - Av. Jovino Fernandes Sales, 2600, Santa Clara, Alfenas/MG, CEP 37130-000 TEL: (35) 3292 - 2377 PESQUISADORA PARTICIPANTE: Fisioterapeuta Vanessa Carvalho Leite Gama Rocha OBJETIVO: Avaliar o uso do Serviço de Saúde por idosos da cidade de Alfenas-MG, adscritos à Estratégia de Saúde da Família. PROCEDIMENTOS DO ESTUDO: Em visita domiciliar será aplicado um questionário acerca de sua satisfação com o serviço de Saúde no Município de Alfenas-MG. O horário das visitas será acordado entre o pesquisador e o participante. RISCOS E DESCONFORTOS: Os riscos da pesquisa são constrangimentos que podem ser causados pelas perguntas durante a aplicação do questionário. Tais riscos serão minimizados pelo adequado treinamento dos pesquisadores e, caso o participante sinta-se constrangido poderá interromper a aplicação do questionário, sem qualquer prejuízo. BENEFÍCIOS: A coleta dos dados será utilizada para facilitar criar propostas para a melhoria do serviço oferecido à população. CUSTO/REEMBOLSO PARA O PARTICIPANTE: Não haverá nenhum gasto com a sua participação. A avaliação será totalmente gratuita, não recebendo nenhuma cobrança com o que será realizado. Você também não receberá nenhum pagamento com a sua participação. A qualquer momento você apresenta a garantia expressa de liberdade de retirar o consentimento, sem qualquer prejuízo da continuidade do acompanhamento usual. CONFIDENCIALIDADE DA PESQUISA: os pesquisadores garantem o sigilo e asseguram a privacidade quanto aos dados confidenciais envolvidos na pesquisa, os dados não serão divulgados. Assinatura do Pesquisador Responsável: _____

Eu,

_____, declaro que li as informações contidas nesse documento, fui devidamente informado (a) pela pesquisadora – Vanessa Carvalho Leite Gama Rocha – dos procedimentos que serão utilizados, riscos e desconfortos, benefícios, custo/reembolso dos participantes, confidencialidade da pesquisa, concordando ainda em participar da pesquisa. Foi-me garantido que posso retirar o consentimento a qualquer momento, sem qualquer penalidade ou interrupção de meu acompanhamento/assistência/tratamento. Declaro ainda que recebi uma cópia desse Termo de

Consentimento. Poderei consultar o pesquisador responsável (acima identificado) ou o CEP/UNIFAL-MG, com endereço na Universidade Federal de Alfenas, Rua Gabriel Monteiro da Silva, 700, Centro, Cep - 37130- 000, Fone: (35) 3299-1318, no e-mail: comite.etica@unifal-mg.edu.br sempre que entender necessário obter informações ou esclarecimentos sobre o projeto de pesquisa e minha participação no mesmo. Os resultados obtidos durante este estudo serão mantidos em sigilo, mas concordo que sejam divulgados em publicações científicas, desde que meus dados pessoais não sejam mencionados.

Alfenas, ____ de _____, 20__

(Assinatura do participante)

APÊNDICE B - TERMO DE COMPROMISSO PARA UTILIZAÇÃO DE DADOS E PRONTUÁRIOS (TCUD)

Título do projeto: Avaliação da utilização e qualidade dos Serviços da Rede de Atenção à Saúde acessados pela população idosa adscrita à Estratégia de Saúde da Família de uma cidade de Minas Gerais

Pesquisadoras responsáveis:

Profª Drª Silvia Lanziotti Azevedo da Silva

Fisioterapeuta Vanessa Carvalho Leite Gama Rocha

Setor/departamento: Escola de Enfermagem

Instituição: Universidade Federal de Alfenas (Unifal – MG)

Telefone para contato: 3292 – 2377/ 3299 - 1381

Os autores do projeto de pesquisa comprometem-se a manter o sigilo dos dados coletados em prontuários e banco de dados referentes à pacientes atendidos nas Unidades de Saúde da Família Primavera I e II, Itaparica, Caensa, Unissaúde, Vila Betânia e Pinheirinho.

Concordam, igualmente, que estas informações serão utilizadas única e exclusivamente com finalidade científica, preservando-se integralmente o anonimato dos pacientes.

Declararam que irão cumprir todos os termos das Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa envolvendo Seres Humanos previstas na Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde.

_____, _____ de _____ de 20____.

Assinatura do pesquisador responsável CPF

Assinatura do participante da equipe CPF

Assinatura do responsável pelo Banco de Dados/Prontuários CPF

APÊNDICE C- ROTEIRO PARA ANÁLISE DE PRONTUÁRIOS

Roteiro de Análise dos Prontuários

Nome: _____

Código: _____

Endereço: _____

Telefone: _____

ESF: _____

Atendimentos por profissionais registrados em prontuários nos últimos 2 anos (2015/2016)

Tipo de atendimento	Sim/Não	Número	Total
Consulta Médica			
Consulta Odontológica			
Consulta de Enfermagem			
Consulta de Fisioterapia			
Consulta de Nutrição			
Consulta do Psicólogo			
Consulta Fonoaudiólogo			
Consulta Terapeuta Ocupacional			
Consulta Compartilhada (NASF) – Na unidade			
Visita Domiciliar (ESF)			
Visita Domiciliar (NASF)			
Visita Domiciliar Médica			
Visita Domiciliar Enfermagem			
Visita Domiciliar Fisioterapeuta			

Registro de Encaminhamento para Serviço Especializado

Registro de Encaminhamento	Sim/Não	Quem encaminhou (profissional)	Número	Total
Médico Especialista:				
Serviço Secundário de Fisioterapia:				
Acupuntura:				
Serviço Especializado de Odontologia:				
Serviço Especializado de Fonoaudiologia:				
Clínica de Psicologia:				
CAPS:				
CER:				

Exames Complementares:				
Encaminhamento dentro da UBS:				
CADOC:				

Registro de Hospitalização

	SIM /NÃO	QUANTAS VEZES?	TOTAL
Foi hospitalizado?			
Foi ao Pronto-Socorro?			
Realizou cirurgia?			
Registro de contrarreferência			

Registro de Óbito

Registro de Óbito	Sim/Não
-------------------	---------