



UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA
MESTRADO EM SAÚDE PÚBLICA

Kaio Keomma Aires Silva Medeiros

**Perfil do idoso atendido na atenção primária a saúde e
aspectos associados à satisfação com o atendimento**

Campina Grande
2017

Kaio Keomma Aires Silva Medeiros

Perfil do idoso atendido na atenção primária à saúde e aspectos associados à satisfação com o atendimento

Dissertação apresentada à Universidade Estadual da Paraíba – UEPB, em cumprimento dos requisitos necessários para a obtenção do título de Mestre em Saúde Pública, Área de Concentração Saúde Pública.

Orientador: Prof. Dr. Alexsandro Silva Coura

Campina Grande
2017

FICHA CATALOGRÁFICA

É expressamente proibida a comercialização deste documento, tanto na forma impressa como eletrônica. Sua reprodução total ou parcial é permitida exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, desde que na reprodução figure a identificação do autor, título, instituição e ano da dissertação.

M488p Medeiros, Kaio Keomma Aires Silva.
Perfil do idoso atendido na atenção primária à saúde e aspectos associados à satisfação com o atendimento [manuscrito] / Kaio Keomma Aires Silva Medeiros. - 2017.
93 p. : il.

Digitado.
Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Universidade Estadual da Paraíba, Pró-Reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa, 2017.

"Orientação: Prof. Dr. Alexsandro Silva Coura, Pró-Reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa".

1. Atenção Primária à Saúde. 2. Saúde do Idoso. 3. Envelhecimento. I. Título.

21. ed. CDD 613.043 8

KAIO KEOMMA AIRES SILVA MEDEIROS

PERFIL DO IDOSO ATENDIDO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE E ASPECTOS ASSOCIADOS À SATISFAÇÃO COM O ATENDIMENTO

Dissertação apresentada à Universidade Estadual da Paraíba – UEPB, em cumprimento dos requisitos necessários para a obtenção do título de Mestre em Saúde Pública, Área de Concentração Saúde Pública.

Aprovada em 31 de Março de 2017

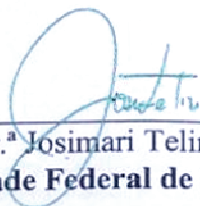
BANCA EXAMINADORA



Prof. Dr. Alexandre Silva Coura (Orientador)
Universidade Estadual da Paraíba



Prof.ª Dr.ª Inácia Satiro Xavier de França
Universidade Estadual da Paraíba



Prof.ª Dr.ª Josimari Telino de Lacerda
Universidade Federal de Santa Catarina

DEDICATÓRIA

Aos que estiveram comigo durante a minha formação, em especial a Romero Frazão, generoso e desprendido amigo, que me ajudou de todas as formas que alguém pode ser ajudado.

AGRADECIMENTOS

À minha mãe, Kátia Cilene, que a seu modo, desde a mais tenra infância nunca se esgotou de bem querer-me.

Aos meus irmãos, especialmente a Maria Eduarda, que com seu brilho tem iluminado a minha vida desde o seu nascimento.

As minhas avós, Maria José e Maria da Guia, e avôs, José Augusto e Francisco de Assis, aos quais recorri incontáveis vezes em busca de auxílio, tendo sido sempre atendido.

Às minhas tias, Célia, Darize, Isabelle, Joana D'ark, pelo apoio e ajuda de sempre, e, especialmente a Zuleide, pela fraterna acolhida, companhia e ajuda em Salvador, durante meu período de Mestrado Sanduíche.

Aos meus amigos, especialmente Romero, Douglas, Klebson, Cecília e Lúcia, com os quais pude sempre contar, tendo deles recebido apoio emocional, espiritual, financeiro; e com os quais pude compartilhar minhas alegrias e vitórias.

Ao meu orientador na UEPB, Alexsandro Coura, por seus valorosos ensinamentos, paciência, confiança, e, principalmente, o protagonismo que me incentivou a ter.

À minha orientadora na UFBA, Guadalupe Medina, pela generosa acolhida em seu programa de pesquisa e por todos os aprendizados.

Às professoras convidadas para a banca de defesa, Inacia Sátiro e Josimari Telino, cujas carreiras me inspiram, pelas valorosas contribuições ao meu trabalho.

Aos membros do Grupo de Estudos e Pesquisa em Tecnologias em Saúde e Enfermagem, da UEPB, e do Programa de Pesquisa e Cooperação Técnica em Atenção Primária a Saúde, da UFBA, valorosos colegas, pela companhia fraterna e apoio.

À UEPB, instituição de tradição e grande legado intelectual, pelo financiamento da pesquisa que ensejou esta dissertação.

Ao Instituto de Saúde Coletiva da UFBA, instituição que me recebeu para desenvolver parte da minha formação, por todo aprendizado e censo crítico que creditou a minha formação.

À CAPES, pela bolsa de mestrado, sem a qual não conseguiria dedicar-me integralmente as minhas atividades.

À Secretaria de Saúde de Campina Grande, pela autorização e apoio para a condução da pesquisa.

Às pessoas que, de um modo ou de outro, direta ou indiretamente, embora aqui não mencionadas, contribuíram com este trabalho.

EPÍGRAFE

“Nenhum direito a menos!”

Fórum da Reforma Sanitária

RESUMO

Objetivou-se descrever o perfil do idoso atendido na atenção primária à saúde e os aspectos associados à satisfação com o atendimento. Para tanto, desenvolveu-se um estudo epidemiológico, descritivo, de corte transversal e com abordagem quantitativa, realizado em Campina Grande, no estado da Paraíba, Brasil, entre os anos de 2016 e 2017. Amostra de 162 participantes, recrutados por conglomerados, considerando critérios de elegibilidade. Dados coletados a partir de instrumento próprio, analisados através da estatística descritiva. Os principais resultados apontam para uma predominância de mulheres, elevada faixa etária, com instrução e renda *per capita* reduzidos. Ainda, quantitativo relevante referiu adoecimento, sobretudo por doenças cardiovasculares. Nível de satisfação com a atenção primária a saúde elevado, associado a conseguir atendimento e espera de até uma hora no último contato, comunicação adequada com profissionais e receber visita domiciliar. A realidade que circunscreve o idoso adstrito a atenção primária a saúde é permeada, de um lado, por aspectos positivos, como elevada satisfação com o atendimento, reduzido número de internações e tempo de espera em fila, comunicação adequada; e do outro, negativos, como baixa participação em programas assistenciais e visitas domiciliares, que devem ser considerados para a sua expansão e consolidação a esta população.

Palavras-Chave: Atenção Primária à Saúde; Saúde do Idoso; Envelhecimento.

ABSTRACT

The aim of this study was to describe the profile about the elderly in primary health care and the aspects associated with satisfaction with health care. An epidemiological, descriptive, cross-sectional and quantitative study was carried out in Campina Grande, in the state of Paraíba, Brazil, between 2016 and 2017. The sample consisted of 162 participants who were recruited by conglomerates, considering eligibility criteria. The data were collected from our own instrument and analyzed through descriptive statistics. The main results point to a predominance of women, a high age group, with reduced education and a low *per capita* income. Still, the relevant quantity referred to illness, mainly due to cardiovascular diseases. The level of satisfaction with primary health care was high, associated with obtaining medical care; having waited until an hour in the last contact; having the adequate communication with professionals; and being able to receive home visit. The reality that circumscribes the elderly connected with primary health care is permeated, on the one hand, by positive aspects, such as the high satisfaction with the medical care, the reduction of the number of hospitalizations and the reduction of waiting time in queue, and the adequate communication; and on the other hand, negative aspects, such as low participation in care programs and home visits, which should be considered for its expansion and consolidation to this population.

Keywords: Primary Health Care; Health of the Elderly; Aging.

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1 - Rede de Estabelecimentos em Saúde de Campina Grande/PB	23
QUADRO 2 - Cálculo proporcional de UBSFs/ Conglômero	25
QUADRO 3 - UBSFs sorteadas por conglomeros.....	26
QUADRO 4 - População e amostra por Conglômero	27
QUADRO 5 - Esquema de capacitação dos colaboradores da pesquisa	29
QUADRO 6 - Variáveis a serem avaliadas durante a análise inferencial	31
QUADRO 7 - Sistema de codificação dos participantes de pesquisa	32

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1 – Representação gráfica da localização de Campina Grande/PB	21
FIGURA 2 – Divisão geográfica dos bairros de Campina Grande/PB	21
FIGURA 3 – Divisão por distritos sanitários de Campina Grande/PB	22

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

A	APS	Atenção Primária em Saúde
B	BIRD	Banco Interamericano de Reconstrução e Desenvolvimento
C	CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
	CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
	CNS	Conselho Nacional de Saúde
D	DANT	Doenças e Agravos Não-Transmissíveis
E	ESF	Estratégia Saúde da Família
I	IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
M	MS	Ministério da Saúde
N	NRS	Núcleo Regional de Saúde
O	OMS	Organização Mundial de Saúde
	OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
P	PMAQ	Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica
	PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
	PNSPI	Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa
	PROESF	Programa de Expansão e Consolidação da Saúde da Família
	PROVAB	Programa de Valorização dos Profissionais da Atenção Básica
S	SPSS	Statistical Package for Social Sciences
	SUS	Sistema Único de Saúde
T	TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
U	UBSF	Unidade Básica de Saúde da Família
	UEPB	Universidade Estadual da Paraíba

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	12
2	OBJETIVOS	19
	2.1 Objetivo geral	19
	2.2 Objetivos específicos	19
3	MATERIAL E MÉTODOS	20
	3.1 Tipo de pesquisa	20
	3.2 Cenário de pesquisa	20
	3.3 Participantes de pesquisa	24
	3.4 Critérios de elegibilidade dos participantes da pesquisa	28
	3.4.1 Da inclusão... ..	28
	3.4.2 Da exclusão.....	28
	3.5 Procedimento de coleta de dados.....	28
	3.6 Processamento e análise de dados	30
	3.7 Aspectos éticos	31
4	RESULTADOS	34
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS	56
6	REFERÊNCIAS	57
	APÊNDICES A, B, C, D, E, F e G.	
	ANEXOS A, B, C, D e E.	

1 INTRODUÇÃO

Se por um lado representa um dos principais legados do processo de modernização das sociedades, do outro, o aumento do contingente populacional de idosos, tem se destacado como uma fonte inequívoca de preocupações políticas, econômicas, e, sobretudo, sociais e de saúde; impelindo as sociedades, a discutir esta questão, na tentativa não apenas de compreender, em uma perspectiva histórica, seus fatores desencadeantes, mas, principalmente, o cenário presente, a fim de planejar-se para o futuro.

É certo, pois, que em virtude da melhoria nas condições sanitárias e dos novos e variados hábitos de vida, aliada à tendência de transição demográfica - caracterizada pela passagem de um regime com altas taxas de mortalidade, fecundidade e natalidade para um em que tais indicadores situam-se em níveis relativamente mais baixos - tem havido um incremento considerável no quantitativo populacional de idosos no cenário global, com perspectiva de crescimento em relação à realidade atual, sobretudo no Brasil, fazendo-o experimentar alterações na estrutura etária de sua população de forma acelerada e em curto período de tempo (BORGES, ACAMPOS, CASTRO & SILVA, 2015).

Nesse contexto, a análise temporal da demografia aponta que entre os anos de 1997 a 2007, um intervalo de apenas uma década, portanto, a população de um modo geral apresentou crescimento relativo da ordem de 21,6%, ao passo que a de idosos mais que dobrou, com aumento de aproximadamente 47,8%, alterando substancialmente a conformação da sua pirâmide etária. Se antes esta possuía uma base larga, em virtude do maior contingente populacional de crianças e jovens, hoje, entretanto, apresenta características próximas a de uma população envelhecida, com diminuição da participação relativa dos indivíduos nos extratos de idades inferiores e aumento proporcional entre os adultos com 60 anos ou mais, que já são mais de 17 milhões, com perspectiva de crescimento para as próximas décadas, devendo atingir 41,5 milhões, em 2030, e 73,5 milhões, em 2060 (BORGES, ACAMPOS, CASTRO & SILVA, 2015; BRASIL, 2008, 2010, 2015).

Embora não se possa crer que o aumento anunciado no quantitativo de idosos represente, necessariamente, um problema, ainda que repercuta, por vezes, de uma forma nem sempre satisfatória, sobretudo porque pode indicar, em última análise, o elevado nível de desenvolvimento de uma nação; em vista das suas implicações em vários setores da sociedade, como a previdência e assistência sociais, mas sobretudo em saúde pública, faz-se mister a

atenção para as formas de lidar adequadamente com esse fenômeno, a fim de que o mesmo possa adquirir relevância na agenda do Estado, da sociedade civil e centros de pesquisas e inovação, em uma espécie de pacto nacional, comprometido para que as pessoas ganhem não apenas do ponto de vista quantitativo, em anos de vida, mas também qualitativamente, para que as pessoas possam usufruir destes com plenitude (ROSSET et al, 2011).

No campo em questão, a saúde pública, o maior quantitativo de idosos repercute de modo especial, uma vez que para além das evidentes mudanças demográficas, tem influenciado diretamente alterações no quadro nosológico, notadamente com aumento substancial das Doenças e Agravos Não Transmissíveis (DANT), particularmente àquelas de natureza crônico-degenerativas, as quais são mais comuns em pessoas idosas, em virtude, principalmente, do longo período de vida, que lhes possibilitou uma maior exposição a muitos dos fatores que as desencadeiam; impactando sobremaneira a qualidade de vida e o próprio Sistema Único de Saúde (SUS), considerando a necessária perenidade no tratamento e controle de muitas entre este grupo de enfermidades (COSTA; THULER, 2012; DANTAS et al, 2017).

Além das DANT, e em não poucos casos, por conta delas, faz-se necessário mencionar a importante associação existente entre os idosos e a dependência física, pelo contributo indiscutível da idade e do adoecimento no processo de fragilização do corpo, que altera sobremaneira a autonomia dessas pessoas que, em geral, requerem cuidados permanentes (ARANGO et al, 2011; CARTAXO et al, 2012). Nesse sentido, crê-se que estes indivíduos demandam, naturalmente, maior atenção em saúde, quando comparados com aqueles de outros grupos populacionais de adultos, quer do ponto de vista preventivo, quer do terapêutico, constatação que se reflete no maior tempo de internação hospitalar e elevada frequência de reinternações, assim como da sua mais lenta recuperação e, sobretudo, da invalidez, verificada em muitos deles (ARAÚJO; PAÚL; MARTINS, 2011; MIYATA et al, 2005).

Importante considerar, ainda, que os idosos, não raras vezes, se deparam com uma multiplicidade e variedade de situações, decorrentes de sua condição de idade avançada e inserção específica na sociedade moderna, podendo-se citar, como exemplo, a exclusão ou dificuldade de acesso ao mercado de trabalho e da dinâmica familiar econômica, a solidão por ausência ou existência de poucas oportunidades de lazer e de vida social que contemple as suas particularidades, os conflitos intergeracionais, o convívio em instituições asilares sem vínculos com entes queridos, e a desvalorização social, as quais, apesar de não se constituírem propriamente em doenças, contribuem para tanto, e também diz respeito à saúde pública (MENDES et al, 2005; MINAYO, 2002; PESSOA, 2007).

Nesse contexto, a elevação do contingente populacional de idosos, e os fatores, conforme descritos, que os circunscrevem, quer relativos ao adoecimento comum à velhice, quer as condições específicas da inserção destes na sociedade, impelem, principalmente, o desafio de garantia do cuidado integral a àqueles. Faz-se necessário, pois, para além do desenvolvimento de uma rede de assistência adequadamente qualificada à promoção, prevenção e recuperação em saúde, que possa contemplar a construção e manutenção de unidades de saúde, também profissionais suficientemente preparados para trabalhar com as demandas destes indivíduos e, finalmente, o alcance de um impacto positivo na vida dos mesmos.

Para tanto, é certo que a assistência em saúde dos idosos não pode, ao contrário do que em outros tempos foi objetivo central do setor saúde, estar restrita única e tão somente ao diagnóstico e tratamento de doenças; mas antes, contemplar ações diferenciadas, amplas e intersetoriais, para que esses indivíduos possam usufruir integralmente da sua expectativa de vida - isto é, para que não apenas acrescentem-se anos à existência, mas que estes possam ser vividos, necessariamente, com qualidade. Considerando esta premissa, portanto, o setor saúde deve contemplar ações que abarquem as dimensões física e mental dos indivíduos, mas também a independência, a capacidade funcional, autonomia e o suporte social do idosos, o envelhecimento ativo, portanto (ARAÚJO, 2014; RAMOS 2002).

Não por acaso, a hermenêutica aqui proposta, para a contextualização da assistência em saúde do idoso, a qual requer, reitera-se, para além da disponibilização de diagnósticos e o consequente tratamento de enfermidades, tem ganhado força nos últimos anos no âmbito da Atenção Primária a Saúde (APS), comumente denominada de atenção básica -um conjunto de práticas integrais em saúde, direcionadas a responder necessidades individuais e coletivas, contemplando a promoção, prevenção e recuperação em saúde, e, inclusive, colocando-se como referência para rede de serviços especializados - dada a sua importância estratégica, no âmbito da consolidação dos sistemas de serviços de saúde e, particularmente, do SUS (BOERMA, 2007; BRASIL, 2011; COSTA; CIOSAK, 2010; GIOVANELLA; MENDONÇA, 2012).

Sobre a APS, registra-se que, apesar de movimentos ideológicos anteriores, ainda no século XX, como o Relatório Dawson, na Inglaterra, base da reforma do sistema de saúde inglês, ensaiar as bases do que viria a ser esse nível de atenção, a promulgação da Declaração de Alma Ata, texto produzido no decurso dos trabalhos realizados na Conferência Internacional sobre Cuidados Primários em Saúde, realizada em 1978, na República do Cazaquistão, dirigida a todos os governos e cujo escopo a coloca como parte integrante do sistema de saúde de um país, tem

sido lembrada como o mais importante marco no desenvolvimento deste nível de atenção em todo o mundo; tendo sido apontada, inclusive, pela OMS, como chave para o alcance da meta saúde para todos em 2000, estabelecida um ano antes, na Assembléia Mundial de Saúde, em 1977 (OAPS, 2017; OMS, 1978).

A partir daquela ocasião, desenhou-se uma APS que, sob uma perspectiva, contemplaria atributos ou características, reconhecidos internacionalmente, creditando-a um original formato, com a capacidade de ser o primeiro setor a ser buscado pelas populações diante da maioria das necessidades que levam uma pessoa a procurar um serviço de saúde (porta de entrada); continuidade temporal de acompanhamento de suas condições de saúde, de modo que, diante de uma necessidade, esta possa ser identificada com brevidade e se busque a solução com eficiência (longitudinalidade); abranger para além de questões meramente biológicas, como identificação e tratamento de doenças, mas também necessidades psicológicas e sociais (integralidade); e, finalmente, responsabilidade de organizar, coordenar e integrar cuidados que sejam, inclusive, prestados em outro nível de atenção (Coordenação) (STARFIELD, 2002).

Não obstante as deliberações ora mencionadas, e ainda que se possa falar em APS, de um modo geral, como os serviços de primeiro contato do usuário do sistema de serviços de saúde, de fácil acesso e formatado para doenças e agravos mais comuns no panorama epidemiológico de uma dada população, não há uma uniformidade na sua compreensão e, igualmente, na sua formatação. Pode-se, portanto, identificar ao menos quatro linhas principais de interpretação: como programa seletivo ou *selective primary care*, que disponibiliza um conjunto restrito de serviços, portanto, focalizados em demandas principais e grupos prioritários; como nível de atenção ou *primary care*, contemplando ações ambulatoriais médicas não especializadas, podendo ou não disponibilizar também aquelas orientadas à saúde pública para toda a população; como modelo assistencial abrangente ou integral, o chamado *comprehensive primary health care*, conforme disposto em Alma-Ata, para enfrentar necessidades individuais e coletivas; e, por fim, como filosofia, para orientar processos emancipatórios pelo direito universal à saúde (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2012).

A partir desse contexto, no Brasil, estruturada sobre a égide do trabalho multi e interdisciplinar, em territórios e populações adequadamente delimitados, bem como a partir de iniciativas, conforme anteriormente colocado, com forte caráter de promoção, prevenção e recuperação em saúde, a operacionalização da APS tem se estruturado com a Estratégia Saúde da Família (ESF), representando o que comumente se chama de porta de entrada de todo o sistema. Em outras palavras, o primeiro elemento de um processo contínuo de cuidado prestado a todas as

populações, incluindo, inclusive, a de idosos, tal como descrito na Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI) (BOERMA, 2007; BRASIL, 2006a, 2006b; COSTA; CIOSAK, 2010).

Refletindo a respeito da importância da APS na saúde da população de idosos, dada a sua potencialidade para responder as problemáticas deste grupamento populacional, a OMS propôs, para reflexão e aprimoramento das práticas dos gestores, profissionais e outros atores sociais envolvidos, neste nível específico de atenção, um projeto denominado *Towards Age-friendly Primary Health Care*, estruturado em três áreas básicas de atuação, contemplando desde a formação de recursos humanos, passando pela disponibilização de sistemas de gestão do cuidado e, finalmente, a adaptação do ambiente físico dos estabelecimentos, objetivando, assim, o adequado atendimento aos idosos (BRASIL, 2006c; OMS, 2004).

Nesse ínterim, e em resposta as recomendações internacionais ora mencionadas, bem como as demandas internas, o Estado brasileiro envidou esforços para instituir, entre outras iniciativas, o Pacto pela Saúde, contemplando, em linhas gerais, uma reestruturação das responsabilidades dos diferentes entes federados - União, Estados e Municípios - para com o componente saúde, o que deveria incluir, além de uma agenda compartilhada de metas prioritárias, entre as quais a redação dá especial enfoque a saúde do idoso e ao fortalecimento da APS. Além disso, foram ainda implementadas uma série de iniciativas para expandir e qualificá-la, como a Política Nacional da Atenção Básica (PNAB), o Programa de Expansão e Consolidação da Saúde da Família (PROESF), o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica (PMAQ-AB), o Programa de Valorização dos Profissionais da Atenção Básica (PROVAB) e o Projeto Mais Médicos, que tem revolucionado a assistência em cuidados primários em saúde, com provimento emergencial de médicos e fixação destes na atenção primária, reestruturação das unidades básicas de saúde e, ainda, ordenamento da formação médica, de modo a contemplar as necessidades do SUS, sobretudo na atenção primária (BRASIL, 2003, 2006c, 2011a, 2011b, 2011c, 2011d).

Não obstante, tem-se constatado, não raras vezes, por influencia de movimentos ideológicos difundidos por organismos internacionais, a APS com conformações variadas: de um lado, abrangentes, com importante caráter reorganizador dos sistemas de saúde, e, do outro, limitadas, sobretudo em países periféricos e outros em desenvolvimento, com arranjos organizacionais orientados pela contenção de gastos e racionalização da assistência individual, passando a designar um conjunto de ações simplórias, com limitados recursos, para poucos agravos e grupos populacionais específicos, sendo operacionalizada por pessoal com baixa qualificação (AQUINO et al, 2014; PELLEGRINI FILHO; BUSS; ESPERIDIÃO, 2014). Nesse

contexto, acredita-se que ela vem acumulando múltiplos e variados desafios, complexos de serem enfrentados, mas que, sem dúvida, precisam ser superados para a melhoria das condições de saúde das populações, inclusive, e talvez principalmente, a de idosos, dado o aumento exponencial que tem experimentado e, como já fora reiteradamente colocado, a crescente demanda por cuidados em saúde que estes tem apresentado e que, sobretudo, tende a aumentar nos próximos anos (LIMA-COSTA, 2011).

Com isso, foi editado em 2007, pela Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) e OMS, um documento de posicionamento que propôs lançar as bases de um movimento de Renovação da Atenção Primária à Saúde nas Américas, em resposta ao conjunto de desafios da atualidade, como os novos cenários demográficos, sociais e epidemiológicos, e a dificuldade na implementação de políticas de APS alinhadas com princípios e valores defendidos em Alma-Ata, bem como, a necessidade premente de promover reformas nos sistemas universais de saúde, de modo que estes possam ser orientados à este nível de atenção (MACINKO, 2007).

Assim, em que pese o fato de que há uma tendência de que a população de idosos continue aumentando nas próximas décadas e que as demandas por eles apresentadas serão cada vez mais crescentes e complexas, sobretudo em saúde, não apenas para os problemas atuais, mas também os novos que certamente continuarão a surgir, o que deveria ser efetivamente respondido pelo Estado, do qual a quase totalidade daqueles indivíduos dependem exclusivamente, em especial pela atenção primária em saúde, que, como já colocado, tem apresentado conformações limitadas, se desenha um cenário não favorável para a saúde desses indivíduos, que pode significar em um agravamento das suas condições de saúde (FERREIRA; RUIZ, 2012; FERNANDES, SOARES, 2012).

Entendendo que para qualificar a APS, demanda cada vez mais urgente do sistema de serviços de saúde, de modo que esta possa atender adequadamente a todos, mas principalmente o emergente grupo populacional de idosos, para a qual se crê não está totalmente preparada, é preciso, antes, conhecer a população adstrita a esta, em seu plano mais geral, questionou-se: qual a caracterização sociodemográfica dos idosos neste nível de atenção? Quais as suas condições de saúde e hábitos de vida? Como se inserem e usam os serviços de cuidados primários? Quais os fatores associados à satisfação com o atendimento nestes?

A pertinência deste estudo faz-se perceber pela sua aplicabilidade, na medida em que pode oferecer indicadores importantes sobre o idoso adstrito a APS – aspectos sociodemográficos, condição de saúde e hábitos de vida, inserção e uso dos serviços de cuidados primários e, ainda, aspectos relacionados a satisfação com o atendimento – os quais, em

conjunto, podem contribuir para o compartilhamento de informações entre instituições e sujeitos interessados na melhoria do SUS, quer públicas ou privadas, envolvidas em pesquisa e/ou prestação de cuidados; podendo, por isso, oferecer subsídios que possam ser base para formulação de programas e políticas locais mas também abrangentes para melhoria da atenção ofertada ao usuário idoso, de modo a impactar positivamente a sua saúde.

Outrossim, espera-se que o estudo, da forma como está apresentado, propicie informações sobre o idoso na APS, de maneira que possa contribuir com o preenchimento de uma lacuna já verificada na literatura científica, no que diz respeito a propostas de investigações científicas que se destinem, objetivamente, a analisar esta questão; atendendo, portanto, ao chamamento da Agenda Nacional de Prioridades de Pesquisa em Saúde, que tem feito uma indução seletiva de produção de conhecimento e bens materiais e processuais, e tem reiteradamente recomendado a inclusão de temáticas relativas ao envelhecimento humano e a saúde da pessoa idosa, no rol de investigações dos pesquisadores, nas mais diversas instituições comprometidas com a questão.

Por fim, quer-se, ainda, que este estudo possa resultar em benefícios no processo de formação de recursos humanos para a saúde pública, nas temáticas ora mencionadas, uma necessidade premente na atualidade; tendo em vista, como reiteradamente foi colocado, o panorama em que se insere a sociedade moderna, de aumento do contingente populacional de idosos e de suas demandas, as quais contemplam mas vão além do aspecto do adoecimento e dependência, uma necessidade premente na atualidade.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Descrever o perfil do idoso atendido na atenção primária à saúde e os aspectos associados à satisfação com o atendimento.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Traçar o perfil sociodemográficos de idosos adstritos a atenção primaria à saúde.
- Descrever aspectos sobre condições de saúde e hábitos de vida de idosos adstritos a atenção primaria à saúde.
- Compilar aspectos sobre inserção e uso de serviços de saúde por idosos adstritos a atenção primaria à saúde.
- Investigar aspectos associados com a satisfação no atendimento de idosos adstritos a atenção primaria à saúde.

3 MATERIAL E MÉTODOS

3.1 TIPO DE PESQUISA

De acordo com as características deste estudo, pode-se classificá-lo como descritivo, a partir de seus objetivos; transversal, tomando como critério a temporalidade de acompanhamento da amostra; e, ainda, quantitativo, levando-se em consideração o tipo de abordagem utilizada.

As pesquisas descritivas objetivam, prioritariamente, realizar uma descrição de características de um dado grupo ou de fenômenos que o circunscreve. Para tanto, pode-se dizer que uma de suas particularidades está na utilização de um conjunto de técnicas padronizadas para coleta de dados, o que pode incluir o uso de questionários, formulários ou mesmo um roteiro de observação sistemática (GIL, 2008).

Considerando-se que pesquisas, mesmo as descritivas, em geral, têm um elevado custo, estas são desenvolvidas, majoritariamente, de forma transversal, no que se refere à temporalidade de acompanhamento da amostra, de modo que fator e efeito são observados em um mesmo momento histórico, podendo eventualmente ser replicadas, temporal ou espacialmente, para efeito comparativo (ROUQUAYROL; ALMEIDA FILHO, 2013).

Quanto à abordagem quantitativa, proposta para a aproximação e a apreensão do objeto desta pesquisa, justifica-se pelo seu uso geral na literatura, para este tipo específico de pesquisa, a qual permite alcançar, a partir do isolamento de variáveis, uma análise mais direta e objetiva da realidade; diferente, portanto, do que ocorre com a qualitativa que tem como principal vantagem o aprofundamento das informações sobre relações complexas (GUNTHER, 2006).

3.2 O CENÁRIO DE PESQUISA

Para fins de delimitação do cenário desta pesquisa, isto é, seu local de realização, esclarece-se que a mesma foi desenvolvida na cidade de Campina Grande, no interior do estado da Paraíba, Brasil, a 112 km da capital João Pessoa (Figura 1).

Figura1 – Representação gráfica da localização de Campina Grande/PB



Fonte: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), 2017.

Ademais, a cidade em questão possui pouco mais de 407 mil habitantes, 593.026 km² de área total e densidade demográfica de 648, 31 hab/km², sendo, com isso, a segunda cidade mais populosa do Estado, estando estruturada em 49 bairros, conforme demonstra a Figura 2 (BRASIL, 2006).

Figura 2 - Divisão geográfica dos bairros de Campina Grande/PB



Fonte: Prefeitura municipal de Campina Grande

Em conformidade com dados fornecidos ao pesquisador pela Secretaria Municipal de Saúde da referida cidade, a rede de serviços está organizada em oito Distritos Sanitários, sendo seis deles na zona urbana, conforme demonstrado a seguir na Figura 3.

Figura 3- Divisão de Campina Grande/PB por distritos sanitários



Fonte: Prefeitura municipal de Campina Grande

Os dois outros Distritos Sanitários, não representados na figura retro mencionada, estão localizados na zona rural e não correspondem ao cenário deste estudo. Ainda assim, todos eles, em linhas gerais, representam recortes geográfico-populacionais, coordenado por uma instância administrativa local, e, no caso de Campina Grande, por um Gerente Distrital, vinculado ao gestor da APS, que permite a localização e enfrentamento de problemas relacionados ao processo saúde-doença, e, por extensão a promoção de saúde, de forma específica, para cada grupamento populacional, na localidade em que reside (FARIA; BERTOLOZZI, 2009).

É, portanto, a distritalização, ou a formulação de Distritos Sanitários, uma estratégia para descentralizar os serviços de saúde e tem como objetivo tornar as práticas sanitárias mais resolutivas. Constitui, entretanto, não apenas uma delimitação territorial, uma vez que contempla relações cotidianas e ocupacionais das pessoas; mas infelizmente, observa-se que a mesma é desenvolvida considerando apenas um caráter topográfico, isto é, a partir do critério da manutenção da continuidade territorial e do equilíbrio populacional entre os distritos, não

levando e conta, pois, caracteres epidemiológicos (FARIA; BERTOLOZZI, 2009; LEITE; VELOSO, 2009).

De todo modo, os Distritos Sanitários de que trata a figura retro mencionada contemplam 616 estabelecimentos de saúde (BRASIL, 2017), conforme demonstrado no Quadro 1.

Quadro 1: Rede de Estabelecimentos em Saúde de Campina Grande/PB

Tipo de estabelecimento	Quantidade
Central de gestão em saúde	1
Central de regulação médica das urgências	1
Centro de atenção hemoterapia ou hematologia	1
Centro de atenção psicossocial	8
Centro de Saúde/ Unidade Básica de Saúde da Família	80
Clínica/ Centro de especialidade	76
Consultório isolado	317
Cooperativa ou cessão de trabalhadores na saúde	2
Farmácia municipal	1
Hospital dia	8
Hospital especializado	5
Hospital geral	9
Laboratório central de saúde pública	1
Policlínica	21
Posto de saúde	2
Pronto atendimento	1
Serviço de atenção domiciliar isolado	1
Unidade de Apoio diagnóstico e terapêutico	76
Unidade de vigilância a saúde	3
Unidade Mista	1
Total	616*

*Não foram contabilizados Unidade Móvel Terrestre (1) e Unidade Móvel de Nível Pré-Hospitalar na Área de Urgência (18).

Fonte: BRASIL. Ministério da Saúde. Cadastro nacional de estabelecimentos de saúde. 2017.

Como se pode observar no quadro acima, no âmbito da APS o município possui 80 UBSF, a maioria delas contemplando uma ESF, embora algumas apresentem duas,

totalizando o que equivale a uma cobertura de 85.3% da população, como também três equipes do Programa de Agentes Comunitários de Saúde – PACS.

Ademais, Campina Grande sedia o terceiro Núcleo Regional de Saúde (NRS), unidade da divisão geopolítica administrativa do Estado da Paraíba, constituindo-se numa macrorregional de saúde que congrega 70 municípios, sendo referência para os serviços de saúde, inclusive para os estados vizinhos, como Pernambuco e Rio Grande do Norte.

3.3 PARTICIPANTES DA PESQUISA

Em conformidade com dados estimados pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), Campina Grande, cenário deste estudo, possui 42.740 pessoas com idade igual ou superior a 60 anos, considerados, portanto, idosos, para a legislação brasileira, das quais se estima que 36.329 estejam adstritas a APS da zona urbana, por meio das UBSF, representando, assim, a população total deste estudo (BRASIL, 2003b, 2010).

Para estimar o tamanho da amostra, de maneira tal que a mesma seja representativa para a população em questão, utilizou-se uma fórmula para cálculo amostral, como segue abaixo (SANTOS, 2015).

$$n = \frac{N \cdot Z^2 \cdot p \cdot (1 - p)}{Z^2 \cdot p \cdot (1 - p) + e^2 \cdot (N - 1)}$$

Onde:

n= amostra calculada

N = população

Z - variável associada ao intervalo de confiança desejado

e- erro amostral

p – Proporção que se espera encontrar

Considerando-se a população de idosos residentes na cidade até o último censo demográfico (N=36.329), a variável associada ao intervalo de confiança de 95% (Z= 1,96), o erro amostral (5%), e aceitando a proporção que se espera encontrar (p=12%), obteve-se um *n* de 162 participantes.

Para recrutamento dos participantes, a partir do método de amostragem retro mencionado, por conglomerado, inicialmente foram estabelecidos os conglomerados - subdivisões geográficas, como bairros, cidades, ou estados (MERRIL; FOX, 1977) – e que, neste estudo, serão representados pelos seis Distritos Sanitários, existentes na cidade.

Em um segundo momento, para viabilizar o acesso aos Distritos Sanitários ou conglomerados, foram sorteadas UBSFs, de modo que aquele com menor número de unidades seja contemplado com uma e, o quantitativo dos demais, calculados proporcionalmente, conforme disposto no Quadro 2 .

Quadro 2 - Cálculo proporcional de UBSFs /Conglomerado

Conglomerado (Distrito Sanitário)	Nº Total de UBSFs elegíveis	Cálculo proporcional deUBSFs
I	7	2
II*	4	1
III	9	2
IV	7	2
V	9	2
VI	8	2
Total	47	11

*Com menor quantitativo de UBSFs, contemplado com uma unidade, conforme regra estabelecida, este serviu de base para cálculo proporcional nos demais Distritos Sanitário

Importante mencionar que, para fins de evitar vieses que poderiam ser gerados ao escolher unidades mais bem estruturadas do que outras, padronizou-se a escolha apenas por

aquelas com uma única ESF e, portanto, embora existam 80 distribuídas entre os Distritos Sanitários, como já foi colocado, apenas 47 foram consideradas (APÊNDICE G) e 11 foram efetivamente escolhidas, em virtude do cálculo de proporcionalidade realizado, a partir de sorteio prévio (Quadro 3).

Quadro 3 - UBSFs sorteadas por conglomerados

Conglomerado (Distrito Sanitário)	Nº Total de UBSFS contempladas	UBSFs escolhidas por sorteio
I	2	Jardim Tavares
		Tota Agra
II*	1	Nely Maia
III	2	Jardim Continental
		Palmeira
IV	2	Estação Velha
		Tambor I
V	2	Liberdade III
		Ressurreição
VI	2	Antônio Aurélio Ventura
		Umburanas

*Com menor quantitativo de UBSFs, contemplado com uma unidade, conforme regra estabelecida, serviu de base para cálculo proporcional nos demais Distritos Sanitário

Como em cada um dos conglomerados está inserida uma versão em pequena escala da população inteira (ANDERSON; SWEENEY; WILLIAMS, 2007) foram levantados, através dos prontuários arquivados nas UBSFs todos os idosos, indivíduos, portanto, com potencial para fazer parte do presente estudo, atribuindo para cada um deles um número, entre 001 a x (leia-se x como o número total de idosos em cada conglomerado).

Em um terceiro e último momento, foram escolhidos, através de um sorteio simples, realizado com o auxílio do Programa *Microsoft Excel*, 162 números, correspondentes ao número total da amostra, mas também de forma proporcional ao quantitativo populacional de idosos identificado em cada conglomerado, de modo que aqueles com maior número tivessem, necessariamente, maior número de participantes e, contrariamente, naqueles que possuíam menor quantitativo, menos participantes foram recrutados, eliminando, com isso, o viés de

seleção, uma vez que as diferenças nos quantitativos populacionais naturalmente existentes entre os distritos foram equalizadas (Quadro 3).

Quadro 4 – População e amostra por conglomerado

Conglomerado (Distrito Sanitário)	Estimativa da população de idosos (absoluto)	Estimativa da população de idosos (relativo)	Quantitativo proporcional de idosos na amostra (absoluto)	Quantitativo proporcional de idosos na amostra (relativo)
I	5040	15%	24	15%
II	4320	13%	21	13%
III	5400	16%	26	16%
IV	3240	9%	15	9%
V	6840	20%	32	20%
VI	9000	27%	44	27%
Total	33840	100%	162	100%

Os motivos que levaram o pesquisador a considerar esse método de amostragem, podem ser resumidamente enumerados como:

- Grande extensão da população estudada, nesse caso, idosos residentes em zona urbana;
- Necessidade de aplicar questionários em uma grande área geográfica, tal como a cidade cenário deste estudo;
- Os custos de obtenção de dados que certamente crescerão com o aumento da distância entre os potenciais participantes, espalhados pela cidade;
- A falta de registros eletrônicos de todos os potenciais participantes deste estudo que impele ao pesquisador a obrigação de produzi-la in loco, o que se tornaria um trabalho excessivamente dispendioso, se fossem consideradas todas as UBSF da cidade.

Com isso, na seleção dos participantes de pesquisa, resguardaram-se dois critérios: garantir, tanto quanto possível, a aleatoriedade na seleção das unidades amostrais, isto é, tantos quantos forem os indivíduos da população têm igual chance de serem recrutados à

amostra e esta é diferente de zero; e contemplar todas as regiões urbanas da cidade, ou seja, os seis Distritos Sanitários (I, II, III, IV, V e VI).

3.4 CRITÉRIOS DE ELEGIBILIDADE DOS PARTICIPANTES DA PESQUISA

3.4.1 DA INCLUSÃO

Os potenciais participantes foram incluídos na amostra, quando atendidos os critérios abaixo elencados:

- Atestar pertença ao grupamento populacional de idosos através de um documento original com foto.
- Estar cadastrado na atenção primária a saúde há um período não inferior a 12 meses.
- Ter sido atendido em uma das unidades que compõe a rede de atenção primária a saúde nos últimos 12 meses.
- Residir em área urbana.

3.4.2 DA EXCLUSÃO

Os potenciais participantes da pesquisa deveriam ser excluídos quando, atendendo aos critérios supramencionados, mas que no entanto:

- Possuía alguma patologia autorreferida, aguda ou crônica, mental e/ou física, que comprometa a capacidade de cognição e/ou comunicação verbal dos participantes e/ou demonstre ser incapaz

3.5 PROCEDIMENTOS DE COLETA DADOS

Os procedimentos relativos à etapa de coleta de dados foram realizados por uma equipe de pesquisa, constituída por seis colaboradores, os quais, uma vez selecionados, foram

capacitados para a inserção no campo e para manusear os instrumentos de coleta, descritos mais adiante, seguindo a proposta apresentada no Quadro 5.

Quadro 5 -Esquema de capacitação dos colaboradores da pesquisa

Etapa	Descrição	Carga-horária
I	Seminário de apresentação geral da pesquisa, dos pesquisadores responsáveis	5 horas
II	Mini-curso sobre como se comportar em um campo de pesquisa	5 horas
III	Oficina sobre coleta de dados em pesquisas avaliativas	5 horas
IV	Inserção no campo para estudo piloto	5 horas

Os colaboradores receberam, além dos materiais utilizados na coleta de dados, um documento que norteará a mesma, denominado de Protocolo de Coleta de Dados (Apêndice A), em que se dispõe sobre o fluxo de coleta, prazos de relatórios, perguntas mais frequentes sobre a pesquisa além do período total da coleta.

Outrossim, também receberam, para fins de organização na imersão no cenário de pesquisa, camisas padronizadas para coleta de dados, um crachá com foto do colaborador e assinatura do pesquisador responsável, e uma cópia autenticada da autorização da pesquisa pelas instituições envolvidas.

Para que a coleta de dados não ultrapassasse o período máximo de três meses, recomendado para pesquisas de corte transversal³⁹, e considerando a existência de seis colaboradores, cada uma dos quais alocados em um conglomerado específico, estabeleceu-se como meta que a produção diária das mesmas fossem de, no mínimo, 2 coletas *per capita*, ou

12 no total, em virtude da extensão do instrumento e necessidade de digitação simultânea no banco de dados.

Assim, dividindo-se o número total de participantes a serem recrutados (162) pela produção diária estipulada (12), esperava-se que a coleta de dados fosse encerrada em 22 dias ($162 / 12 = 14$), pouco menos de um mês de trabalho de campo, considerando apenas dias úteis, entre segunda e sexta-feira, e que as equipes iniciarão a coleta simultaneamente, tendo sido cumprido este planejamento.

Para a coleta de dados propriamente dita, a qual ocorreu por meio de visitas domiciliares, foi utilizado um instrumento, o questionário padrão, produzido para esta pesquisa, contemplando 47 questões, sobre diferentes aspectos, desde características sociodemográficos, moradia, condição de saúde e hábitos de vida, inserção e uso dos serviços de APS (APÊNDICE B).

Ressalte-se que durante toda a coleta de dados, foi estabelecido um controle de qualidade, pelo pesquisador responsável, a partir do qual 10%, isto é, 16 dos 162 dos participantes que compõe a amostra, foram novamente contatados, por meio de ligações telefônicas, a fim de checar se os mesmos foram, de fato, visitados pelas equipes de pesquisa.

Por ocasião do controle de qualidade, os participantes sorteados foram questionados quanto a:

- Recepção de visita dos coletadores de pesquisa.
- Elucidação, por parte do coletador, sobre o objetivo da pesquisa e das prerrogativas éticas.
- Assinatura dos termos e documentos necessários.
- Resposta aos questionamentos do instrumento de coleta de dados.

3.6 PROCESSAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS

Os dados obtidos foram implantados em um banco de dados eletrônico e analisados por meio do programa *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) versão 15.0 para Windows, a luz da estatística descritiva, e, posteriormente, os resultados foram apresentados por meio de gráficos e tabelas.

Para tanto, os dados do instrumento de coleta de dados foram tabulados, calculando-se frequências absolutas e relativas, média e desvio padrão, quando possível, das variáveis sociodemográficas, epidemiológica e de uso dos serviços da APS.

A fim de identificar associações entre as variáveis sociodemográficas, epidemiológicas e de inserção e uso dos serviços da APS com a satisfação com o atendimento neste nível de atenção, foi realizada uma análise do tipo bivariada entre os três primeiros e este último, conforme disposto no Quadro 6.

Quadro 6 - Variáveis a serem avaliadas durante a análise inferencial

VARIÁVEIS INDEPENDENTES	VARIÁVEL DEPENDENTE
Sociodemográficas	Satisfação com o atendimento na APS
Sexo, Idade, Religião, Cor, Estado Civil, Anos de Estudo e Renda	
Relacionadas à moradia	
Energia elétrica, Esgotamento sanitário, Abastecimento de água encanada e Coleta de lixo semanal	
Relacionadas à condição de saúde e atenção na APS	
Doença atual, Medicação de uso contínuo, Hospitalização no último ano, Cadastro na UBS, Atendimento na UBS, Consulta domiciliar de profissionais da UBS e Participação em programas de saúde da UBS	
Comportamento relacionado à saúde	
Tabagismo, Alcoolismo, Atividades físicas e Atividades de lazer	

Para verificar a magnitude de associação entre as variáveis será utilizado o teste do Coeficiente de Contingência e os seguintes parâmetros: $r \geq 0,750$ = associação forte; 0,500 a 0,749 = associação moderada; $\leq 0,499$ = associação fraca).

3.7 ASPECTOS ÉTICOS

O presente estudo, desenvolvido sobre a liderança de um pesquisador responsável (Anexo A), com auxílio de um pesquisador associado (Anexo B), trata, em sua essência, com seres humanos. Por isso, os pesquisadores comprometem-se em seguir, rigorosamente, os preceitos éticos elencados na resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS).

Em momento anterior a inserção no campo de pesquisa, este projeto de pesquisa foi apresentado à Secretaria Municipal de Saúde de Campina Grande (Anexo B) e à Gerência de Atenção Básica da cidade, solicitando as devidas autorizações. Para tanto, em posse do original deste projeto, assim como sua versão compacta para rápida leitura (Apêndice C), o pesquisador se dirigiu aos respectivos órgãos e, disponibilizando-as aos responsáveis e após ter prestado qualquer tipo de informação que eventualmente não tenha sido totalmente compreendida, os informará sobre a necessidade de coletar as respectivas assinaturas, que atestará a aprovação para a condução desta pesquisa.

Os sujeitos participantes estiveram cientes da liberdade que os assistia para abandonar a pesquisa, no momento que lhes fosse conveniente, não carecendo de autorização dos pesquisadores e sem nenhum risco ou dano a sua vida. Estes apenas responderam ao instrumento após declararem estarem cientes acerca das informações contidas no escopo do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, TCLE, (Apêndice D).

Foi verificado durante o planejamento do presente estudo que o mesmo não oferece riscos à saúde, física e cognitiva, dos participantes. Apesar disso, há risco de que as informações dos sujeitos possam ser identificadas nos formulários. Por isso, com vistas a resguardar o sigilo dos sujeitos de pesquisa, preconizado, também, por aquela resolução, será adotado um sistema de identificação por codificação alfanumérica, de conhecimento restrito à equipe de pesquisa, conforme demonstrado no Quadro 8, abaixo.

Quadro 7 -Sistema de codificação dos participantes de pesquisa

CÓDIGOS	NÚMERO DA COLETA	REFERENCIA A FORMULÁRIO	HÍFEN	REFERÊNCIA DISTRITO SANITÁRIO	CODIFICAÇÃO
PARTICIPANTE	<i>1,2, 3... n</i>	<i>F</i>	-	<i>DI, DII, DIII, DIV, DV e DVI</i>	<i>Junção dos códigos</i>
EXEMPLO	1	F	-	DI	1F-DI
EXEMPLO	2	F	-	DII	2F-DII
EXEMPLO	3	F	-	DIII	3F-DIII
EXEMPLO	4	F	-	DIV	4F-DIV
EXEMPLO	5	F	-	DV	5F-DV
EXEMPLO	6	F	-	DVI	6F-DVI

Assim, nos formulários não constaram informações a respeito de nome, endereço e contato dos participantes. Pela necessidade dessas informações, para controle de qualidade e, ainda, para a eventualidade de reaplicar um instrumento com falhas de preenchimento, essas informações estarão dispostas em um arquivo à parte, a folha de identificação (APENDICE E), que agrupará todos os participantes.

4 RESULTADOS

PERFIL DO IDOSO ATENDIDO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA A SAÚDE E ASPECTOS ASSOCIADOS À SATISFAÇÃO COM O ATENDIMENTO*

PROFILE OF THE ELDERLY ATTENDED IN PRIMARY HEALTH CARE AND THE ASPECTS ASSOCIATED WITH SATISFACTION

KaioKeomma Aires Silva Medeiros.¹

Alexsandro Silva Coura.¹

¹Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da Universidade Estadual da Paraíba.

*Artigo resultante de dissertação, com mesmo título, apresentada à Universidade Estadual da Paraíba, no âmbito do Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública, em 2017.

Resumo

Objetivo: Descrever o perfil idoso atendido na atenção primária à saúde e os aspectos associados à satisfação. **Método:** Estudo epidemiológico, realizado em Campina Grande, no estado da Paraíba, Brasil, entre os anos de 2016 e 2017. Amostra de 162 participantes, recrutados por conglomerados, considerando critérios de elegibilidade. Dados coletados a partir de instrumento próprio, analisados através da estatística descritiva. **Resultados:** Predominância de mulheres, elevada faixa etária, com instrução e renda *per capita* reduzidos. Ademais, quantitativo relevante referiu adoecimento, sobretudo por doenças cardiovasculares. Nível de satisfação com a atenção primária a saúde elevado, associado a conseguir atendimento e espera de até uma hora no último contato, comunicação adequada com profissionais e receber visita domiciliar. **Conclusão:** A realidade que circunscreve o idoso adstrito a atenção primária a saúde é permeada, de um lado, por aspectos positivos, como elevada satisfação com o atendimento, reduzido número de internações e tempo de espera em fila, comunicação adequada; e do outro, negativos, como baixa participação em

programas assistenciais e visita domiciliares, que devem considerados para a sua expansão e consolidação a esta população.

Descritores: Idoso. Saúde do Idoso. Atenção Primária à Saúde. Satisfação.

Abstract

Objective: The aim of this study was to describe the profile about the elderly attended in primary health care and the aspects associated with satisfaction with health care. **Method:** An epidemiological, descriptive, cross-sectional and quantitative study was carried out in Campina Grande, in the state of Paraíba, Brazil, between 2016 and 2017. The sample consisted of 162 participants who were recruited by conglomerates, considering eligibility criteria. The data were collected from our own instrument and analyzed through descriptive statistics. **Results:** The main results point to a predominance of women, a high age group, with reduced education and a low *per capita* income. Still, the relevant quantity referred to illness, mainly due to cardiovascular diseases. The level of satisfaction with primary health care was high, associated with obtaining medical care; having waited until an hour in the last contact; having the adequate communication with professionals; and being able to receive home visit. **Conclusion:** The reality that circumscribes the elderly connected with primary health care is permeated, on the one hand, by positive aspects, such as the high satisfaction with the medical care, the reduction of the number of hospitalizations and the reduction of waiting time in queue, and the adequate communication; and on the other hand, negative aspects, such as low participation in care programs and home visits, which should be considered for its expansion and consolidation to this population.

Keywords: Primary Health Care; Health of the Elderly; Aging.

Introdução

O envelhecimento populacional e, por conseguinte, o aumento no contingente populacional de idosos é um legado à sociedade moderna; e tem se destacado no cenário global, quer em países desenvolvidos, quer em desenvolvimento, como uma fonte inequívoca de preocupações políticas, econômicas, e, sobretudo, sociais e de saúde.

Não obstante não se possa crer que o número cada vez maior de idosos represente um problema; considerando suas implicações em vários setores da sociedade, sobretudo em saúde pública, faz-se mister a atenção para as formas de lidar adequadamente com esse fenômeno, que traz consigo, além das evidentes alterações na estrutura etária, mudanças também no panorama epidemiológico.^{1, 2, 3}

As Doenças e Agravos Não Transmissíveis (DANT), como as cardiovasculares, cânceres e doenças respiratórias, têm um elevado impacto na morbimortalidade na população geral, sobretudo entre os idosos, e se refletem em maior tempo de internação hospitalar e elevada frequência de reinternações, assim como da sua mais lenta recuperação e, sobretudo, a invalidez; realidades não raras vezes verificadas naqueles indivíduos.^{2, 4, 5}

Além disso, importante considerar que os idosos, com frequência, se deparam com um conjunto de realidades decorrentes de sua condição e inserção específica na sociedade moderna - tais como a exclusão do mercado de trabalho e da dinâmica familiar econômica, a solidão por ausência ou existência de poucas oportunidades de lazer e de vida social, conflitos intergeracionais, o convívio em instituições asilares, a desvalorização social - as quais, apesar de não se constituírem propriamente adoecimento, contribuem para o sofrimento e também afetam a saúde pública.^{6, 7, 8}

Quer relativa ao adoecimento, quer às demais consequências decorrentes da condição de ser idoso, as questões postas requerem atenção integral, especialmente no âmbito da Atenção Primária a Saúde, principal porta de entrada dos usuários do Sistema Único de Saúde, sendo operacionalizada através da rede de Unidades Básicas de Saúde da Família, as quais, quando bem

estruturadas, podem responder pela maior parte dos motivos que levam alguém a procurar um serviço dessa natureza, através de ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde, individual e coletivamente.^{9, 10, 11, 12, 13}

Entretanto, apesar das inúmeras iniciativas para qualificar a Atenção Primária em Saúde, tem-se registrado, não raras vezes, sua conformação com arranjos organizacionais orientados pela contenção de gastos e racionalização da assistência individual, passando a designar um conjunto de ações simplórias, com limitados recursos, para poucos agravos e grupos populacionais específicos, sendo operacionalizada por pessoal com baixa qualificação.^{14, 15}

Assim, em que pese o fato de que há uma tendência de que a população de idosos continue aumentando nas próximas décadas e que as demandas por eles apresentadas serão cada vez mais crescentes e complexas, sobretudo em saúde, não apenas para os problemas atuais, mas também os novos que certamente continuarão a surgir, que deveria ser efetivamente respondido pelo Estado, do qual a quase totalidade daqueles indivíduos dependem exclusivamente, em especial pela atenção primária em saúde, que, como já colocado, tem apresentado conformações limitadas, se desenha um cenário não favorável para esses indivíduos, o que pode significar em um agravamento das suas condições de saúde.^{16, 17}

Entendendo que para qualificar a atenção primária em saúde, demanda cada vez mais urgente, de modo que esta possa atender adequadamente a todos, mas principalmente o emergente grupo populacional de idosos, para a qual se crê não está preparada, é preciso, antes, conhecer a população adstrita a esta, em seu plano mais geral, questionou-se: qual a caracterização sociodemográfica dos idosos neste nível de atenção? Quais as suas condições de saúde e hábitos de vida? Como se inserem e usam os serviços de cuidados primários? Quais os fatores associados à satisfação com o atendimento nestes?

Por tudo, objetivou-se estudar os achados sobre idosos adstritos a atenção primária a saúde bem como os aspectos associados à satisfação com o atendimento.

Método

Estudo epidemiológico, transversal e com abordagem quantitativa, realizado em Campina Grande, no estado da Paraíba, Brasil, entres os anos de 2016 e 2017.

A população compreendeu idosos adstritos à atenção primária em saúde naquela cidade, isto é, o quantitativo cadastrado na rede de Unidades Básicas em Saúde da Família, a partir da qual foi estimada uma amostra probabilística, considerando, para efeito de cálculo, a fórmula $n = N \cdot Z^2 \cdot p \cdot (1 - P) / Z^2 \cdot p \cdot (1 - p) + e^2 \cdot (N - 1)$, sendo: n = amostra calculada; N = população; Z = variável associada ao nível de confiança adotado; e = erro amostral; p = Proporção que se espera encontrar.

Considerando a população estimada de idosos adstritos a atenção primária em saúde ($Z = 36.720$); a variável associada a um intervalo de confiança de 95% ($Z = 1,96$); o erro amostral ou, a diferença entre o valor estimado pela pesquisa e o verdadeiro valor ($e = 5\%$), e aceitando a proporção de idosos na população ($p = 12\%$), obteve-se um n ou valor da amostra de 162 participantes, incluídos após a consideração dos critérios de elegibilidade: possuir idade igual ou superior a 60 anos; estar cadastrado e ter sido atendido em uma das Unidades Básicas de Saúde da Família há um período não inferior a 1 meses; residir na zona urbana.

O recrutamento dos participantes foi realizado a partir do método de amostragem por conglomerado e operacionalizado em três etapas. Inicialmente foram estabelecidos os conglomerados que, neste estudo, foram representados pelos seis Distritos Sanitários, existentes na zona urbana do município. Em um segundo momento, e para viabilizar o acesso a estes, foram sorteadas Unidades Básicas de Saúde da Família, de forma proporcional a quantidade existente em cada um daqueles; Por fim, como em cada um dos conglomerados está inserida uma versão em pequena escala da população inteira, foram levantados, através dos prontuários, o quantitativo de todos os idosos, atribuindo para eles um número, entre 0001 a x , sendo por fim escolhidos através de um sorteio simples, e também de forma proporcional, com o auxílio do Programa *Microsoft Excel*, 162 números, que corresponde a amostra calculada.

A coleta de dados foi realizada no domicílio dos participantes, sendo operacionalizada em três meses, com o apoio de colaboradores de pesquisa, previamente recrutados e treinados, a partir de um formulário padrão, com 47 questões, versando sobre variáveis sociodemográficas (sexo, idade, cor, estado civil, anos de estudo, renda familiar, moradia e saneamento); condição de saúde e hábitos de vida (doença atual, hospitalização, medicação de uso contínuo, tabagismo, etilismo, atividade física); e, finalmente, a respeito da satisfação com o atendimento.

Após a coleta, os dados foram implantados em um banco de dados e analisados por meio do programa Statistical Package for the Social Sciences (SPSS). Calculou-se frequências absolutas e relativas, média e desvio padrão. Além disso, a fim de identificar associações entre aspectos sociodemográfico e condições de saúde, com o indicador de satisfação com o atendimento da atenção primária em saúde, foi realizada uma análise do tipo bivariada, considerando os dois primeiros como variáveis independentes, e esta último dependente. Para verificar a magnitude de associação entre as variáveis será utilizado o teste do Coeficiente de Contingência e os seguintes parâmetros: $r \geq 0,750$ = associação forte; 0,500 a 0,749 = associação moderada; $\leq 0,499$ = associação fraca).

O presente estudo, desenvolvido através da liderança de um pesquisador responsável, trata em sua essência com e de seres humanos. Por isso, todos os preceitos éticos e protocolares, elencados na resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), foram rigorosamente observados, inclusive o encaminhamento ao Comitê de Ética em Pesquisa, neste caso, da Universidade Estadual da Paraíba, no qual foi avaliado e recebeu parecer favorável, de acordo com o Certificado de Apresentação para Apreciação Ética de número 62471316.4.0000.5187.

Resultados

Na tabela 1, a seguir, na qual estão compilados alguns achados acerca do perfil sociodemográfico do idoso adstrito a atenção primária à saúde, vê-se que há um predomínio de mulheres sobre os homens, com uma relação de 2:1; um significativo número de idosos com idade

avançada, acima de 70 anos ($x=70\pm 8$); com escolaridade reduzida, considerando que 31% possuíam menos de cinco anos de estudo ($x=5\pm 4$), com taxa de analfabetismo de 26%; e com renda *per capita* de até 1 salário mínimo ($n=115-71\%$).

Tabela 1 – Distribuição de idosos adstritos à atenção primária em saúde por variáveis sociodemográficas. Campina Grande/PB, Brasil, 2017.

Variáveis	n	%
Sexo		
Feminino	109	67
Masculino	53	33
Idade		
< 70 anos	82	51
≥ 70 anos	80	49
Estado Civil		
Casado	79	49
Viúvo	43	27
Solteiro	25	15
Divorciado	14	9
Cor		
Negros	98	63
Branco	58	37
Anos de Estudo		
<5 anos	51	31
≥ 5 anos	69	43
Analfabetismo	42	26
Renda per capita		
Até 1 Salário mínimo	115	71
De 1 a 2 salários mínimos	36	22
> 2 salários mínimos	11	7

Fonte: Os autores.

Abaixo, na tabela 2, na qual se demonstram achados sobre condição de saúde e hábitos de vida segundo as variáveis sociodemográficas acima enfatizadas, encontrou-se uma prevalência de adoecimento de 90% ($n=145$), destacando-se as doenças não transmissíveis, como as do aparelho circulatório ($n=119-74\%$), endócrinas ou metabólicas ($n=41-25\%$) e do aparelho respiratório ($n=29-18\%$); associadas a idade e ao sexo ($p<0,05$), que também estiveram associado ao uso de algum tipo de medicação continuada ($p<0,05$), referido por um quantitativo relevante ($n=135-83\%$); apesar de que apenas 16% ($n=26$) foram hospitalizados no último ano.

Ainda, um número pouco expressivo referiu ser tabagista ou etilista, e que realiza algum tipo de atividade física (n=63-39%), com média de quatro dias por semana ($x=4\pm 1$).

Tabela 2 -Distribuição de idosos adstritos à atenção primária a saúde a partir de variáveis sobre condição de saúde e hábitos de vida por sexo, idade, anos de estudo e renda. Campina Grande/PB, Brasil, 2017.

Variáveis	Sexo		Idade		Anos de estudo		Renda		Total
	M	F	<70	≥70	<5	≥5	<SM	≥SM	
	n %	n %	n %	n %	n %	n %	n %	n %	n %
Condição de saúde									
Doença diagnosticada	41 28	104 72	69 48	76 52	82 57	63 43	2 1	143 99	145 90
Uso de medicação	37 27	98 73	67 49	68 51	78 58	57 42	2 1	133 99	135 83
Hospitalização no último ano	8 31	18 69	11 42	15 58	16 62	10 38	1 4	25 96	26 16
Hábitos de vida									
Tabagismo	8 42	11 58	12 63	7 37	9 47	10 53	1 5	18 95	19 12
Etilismo	18 86	3 14	13 62	8 38	14 67	7 33	1 5	20 95	21 13
Atividade física	39 62	24 38	34 54	29 46	40 63	23 37	3 5	60 95	63 39

Fonte: Os autores.

No que se refere, especificamente, a inserção e uso pelo idoso dos serviços de atenção primária a saúde, diante de um problema de saúde, a Unidade Básica de Saúde da Família é o primeiro serviço procurado para 8 em cada 10 ou 80% deles, percentual menor, mas ainda assim elevado, quando a referência é encaminhamento para exames especializados (n=125-77%) ou aquisição de medicações de uso continuado (n=91-56%); muito embora 54% tenham referido que necessitaram de pagar por esses serviços pelo menos uma vez no ano que antecedeu esse estudo.

Não obstante a isso, conforme apresentado na tabela 3, abaixo, considerando o último contanto com a unidade, 81% dos participantes afirmaram que conseguiram atendimento. A quase

totalidade deles acredita que sua comunicação com os profissionais de saúde é adequada (n=149-91%) e apenas 34% (n=55) afirmam que enfrentaram fila superior a uma hora. Apesar disso, indicadores negativos foram encontrados para visita domiciliar e participação em programas na unidade, como grupos de apoio, tendo sido reportado por 23% e 13%, respectivamente.

Tabela 3 – Distribuição de idosos adstritos à atenção primária a saúde segundo variáveis de inserção e uso de serviços. Campina Grande/PB, 2017.

Variáveis	Sim		Não	
	n	%	n	%
Atendimento no último contato	132	81	30	19
Comunicação adequada profissionais/usuários	149	91	13	8
Fila de espera em até 1h	107	66	55	34
Visita domiciliar	38	23	124	77
Participação em programas	21	13	141	87

Fonte: Os autores.

Por fim, a seguir, na tabela 4, demonstra-se a associação entre as variáveis retro mencionadas com a satisfação no atendimento na atenção primária a saúde

Tabela 4 - Distribuição de idosos adstritos à atenção primária a saúde segundo variáveis de inserção e uso de serviços por satisfação com o atendimento. Campina Grande/PB, 2017.

Variáveis	Satisfação				RP	P	IC
	Sim		Não				
	n	%	n	%			
Atendimento no último contato	101	77	31	23	2,2	<0,05	1,38-3,77
Comunicação adequada profissionais/usuários	109	73	40	27	2,3	<0,05	1,38-3,80
Fila de espera até 1 h	83	78	24	22	2,0	<0,05	1,22-3,09
Visita domiciliar	33	87	5	13	2,6	<0,05	1,12-6,18
Participação em programas	16	76	5	24	-	>0,05	-

RP= Razão de prevalência; **P**= qui-quadrado; **IC**= intervalo de Confiança

Fonte: Os autores.

Para este estudo o nível de satisfação com o atendimento na rede de unidades de atenção primária a saúde foi de 70%, estando associada a atendimento no último contato, a comunicação adequada com profissionais, espera de até uma hora em fila e visita domiciliar ($p < 0,05$).

Discussão

O processo de envelhecimento populacional, que culmina, em última instância, com a elevação no quantitativo de idosos, tem sido considerado um fenômeno mundial, e em particular do Brasil, verificado entre homens e mulheres, embora estas últimas representem maioria, realidade não estranha à literatura, devendo estar relacionada, de um lado, a sobremortalidade e maior exposição a fatores de risco para importantes doenças, observadas entre os primeiros; e, do outro, ao fato de que as segundas possuem, comparativamente, além de uma menor influência dos fatores retro mencionados, maior acompanhamento e cuidado em saúde ao longo de suas vidas.^{18, 19, 20, 21}

Cabe ressaltar, entretanto, que a diferença entre homens e mulheres idosos adstritos à rede de unidades da atenção primária em saúde, verificada neste estudo, pode ter sido superestimada, em virtude de um dos critérios de inclusão estabelecido para recrutamento dos participantes. Ao optar por aqueles que foram atendidos nos 12 meses que precederam a pesquisa, é possível que se tenha contemplado um grupo maior de indivíduos do sexo feminino que devem acessar mais seus serviços, uma vez que, historicamente, a organização do setor tem se estruturado para priorizá-las; e um menor quantitativo masculino, em virtude também do fator cultural da invulnerabilidade, que faz com que este não se enxergue necessitado de cuidados e por isso, seu comparecimento para assistência não raras vezes é de fato menor.^{22, 23}

É bem verdade, entretanto, que a realidade em tela tende a mudar nas próximas décadas, sobretudo porque o estilo de vida das pessoas, independentemente do sexo, tem se equiparado em muitos aspectos, na contemporaneidade. Ainda que em proporções e ritmos diferenciados, a média de idade tem se elevado na população geral de idosos, conforme se faz perceber nesse estudo. Isso se deve, em parte, ao que se poderia chamar de complexo de desenvolvimento, que envolve um

conjunto de transformações pelas quais tem passado as sociedades em virtude da prosperidade econômica, como melhoria nas condições sanitárias e sociais, novos e variados hábitos, redução da fecundidade e natalidade e mortalidade, bem como o maior acesso a serviços de saúde.^{2, 24}

Entretanto, cabe assinalar que em sociedades notadamente desiguais, o complexo de desenvolvimento ora citado, e as realidades que o circunscreve, não é experienciado homogeneamente, entre todos os grupos populacionais, inclusive no contexto brasileiro, por exemplo, marcado por importantes diferenças em suas regiões - e mesmo dentro dessas, entre os diversos estados e suas numerosas cidades. Por isso, crê-se que o aumento da longevidade, constatado pela elevada média de idade do idoso, não acompanhou, conforme observado neste estudo, a melhoria em outros aspectos, tal como escolaridade e renda, que permanecem sobremaneira reduzidos.

No que se refere a escolaridade, dá-se especial atenção para o fato de os participantes possuírem uma média de anos de estudo ligeiramente superior ao do idoso brasileiro que é de 4,8 anos, conforme apontam estudos demográficos; mas ainda considerada reduzida, sobretudo quando avaliado o percentual daqueles que se autorreferem analfabetos. Em tese, este achado se caracteriza como uma grande perda a estes indivíduos, uma vez que, como se sabe, o aspecto educacional desempenha importante papel na determinação das condições de saúde, em decorrência de vários fatores, mas principalmente, pela melhor assimilação de informações sobre prevenção das doenças, compreensão de eventuais problemas e adesão a um dado tratamento, para citar alguns exemplos.^{25,}

26

Não obstante a média de anos de estudo observada entre os idosos, inclusive neste estudo, seja inferior em relação àquela apresentada pela população mais jovem, como a de 15 anos ou mais de idade, verifica-se uma elevação ao longo dos anos. Considerando o período de 2004 a 2014, uma década, portanto, houve um aumento nesse indicador de cerca 1,3 anos, cabendo ressaltar, ainda, que conforme também sugere os resultados aqui apresentados, o grupo daqueles com mais instrução

é mais representativo, quando comparados ao de menor instrução, que reduziram sua participação no total dessa população, o que parece indicar alguma forma de tendência, que ficará mais evidente nas próximas décadas.²⁵

Com relação a renda, aspecto igualmente considerado importante entre os fatores sociodemográficos, verificados neste estudo, uma vez que mostrou-se, tal como a média de anos de estudo, sobremaneira reduzida, ainda que se possa crer subestimada, dado que muitos dos participantes poderiam não conhecer ou omitiram o orçamento real da família, não levando em consideração a contribuição de outros membros do lar, mas tão somente a sua própria. Ainda assim, o achado faz-se importante, porque tal como instrução, possui uma relação particular quando se trata de condições de saúde e todas as situações que o circunscreve, como tempo de espera para buscar atendimento e dificuldade de contatar profissionais, além de serem importantes determinantes sociais da doença.^{27, 28}

Não por acaso, a prevalência de adoecimento entre os idosos, particularmente aquela verificada neste estudo, foi sobremaneira elevada, sobretudo pelo grupo de doenças não transmissíveis, as quais alcançaram a quase totalidade dos participantes, como se faz perceber a análise dos resultados. De um modo geral, os indicadores epidemiológicos dão conta de que este grupo de enfermidades de fato é comum em indivíduos com idades mais avançadas, se comparado a outros grupos de adultos jovens, principalmente em virtude do longo período de vida que lhes possibilitou uma exposição continuada a muitos dos fatores de risco que as desencadeiam, alguns dos quais somente nos últimos anos tem-se o pleno conhecimento dos males que podem causar.^{1, 2}

Nesse contexto, achados de pesquisa que objetivou caracterizar o perfil de morbimortalidade do idoso brasileiro, com dados coletados entre os anos de 2000 a 2013, pouco mais de uma década e tendo como base as estatísticas oficiais brasileiras, dão conta de que as doenças não transmissíveis predominaram em todos os recortes realizados, quer por hospitalizações, quer por adoecimento e morte; constatando, inclusive, para esta última, uma importante elevação de 50%, no intervalo de

tempo analisado.² Nesse ínterim, para todos esses indicadores, aquelas afetas ao aparelho cardiovascular se sobressaíram, conforme também faz saber os resultados de outros estudos, sobretudo deste, que dá conta de uma prevalência próxima aquela apresentada por todas as enfermidades em conjunto.^{29, 30, 31}

Não obstante ao que ora foi exposto, e analisando, de um lado, que a maior parte dos idosos aqui estudados não possuem, segundo afirmou, histórico de hospitalização no último ano – para realização de exames e procedimentos diagnósticos, atendimento por complicação da doença atual, cirurgia eletiva ou mesmo atendimento de urgência e emergência – e, do outro, ao fato de que há um elevado quantitativo de indivíduos que se diziam usuários de medicações de uso continuado, pode-se, presumivelmente, depreende-se que apesar de uma alta prevalência de enfermidades, conforme já colocado, estas, em grande medida, estão sob controle; indicador positivo, portanto.

Concebendo-se como verdadeira o enunciado em tela, poder-se-ia supor, ainda, que ter doença não transmissível controlada pode estar relacionado ao desempenho da atenção primária a saúde, sobretudo em dar respostas à maioria dos problemas que levam um indivíduo a procurar o sistema de serviços de saúde, como na prevenção, diagnóstico, tratamento e controle desse tipo de enfermidade e seus principais fatores de risco, de forma ampla e integrada, associação que não apenas possui plausibilidade, como tem sido explorada e defendida a sua eficácia em todas estas ações, por inúmeros autores, inclusive como imperativo de sua consolidação.^{32, 33, 34, 35, 36}

Não obstante a plausibilidade de se aventar, neste estudo, o contributo da atenção primária em saúde na hipótese de controle das doenças não transmissíveis referidas pelos idosos participantes, e considerando que as suas unidades são referência para a maioria deles e que, diante de alguma necessidade, conseguiram ser atendidos na última vez que procuraram, com fila de espera inferior a uma hora e comunicação adequada com os profissionais, aspectos que, pelo menos em tese, reforçaria a ideia em tela; ao mesmo tempo percebe-se, conforme demonstram os resultados, fragilidades em encaminhamento para exames e consultas especializadas, dispensação

de medicações, visita domiciliar e reduzida participação em programas; aspectos que, ao contrário, enfraquece-a.

De todo modo, quando analisado o nível de satisfação geral do idoso com a atenção primária a saúde, em seu último contato, ocorrido no máximo nos três meses que antecederam a pesquisa e sua associação com os aspectos retro mencionados, constatou-se, de um lado, que ela é elevada, quer comparada com abrangente estudo com mais de 40 mil usuários³⁷, quer com um mais modesto³⁸, e, de outro, que está associada com importantes aspectos, como conseguir ser atendido quando procurada, não esperar demasiadamente em fila, comunicar-se adequadamente com os profissionais e a visita domiciliar; na medida em que, quando esses foram respondidos positivamente, estar satisfeito foi duas vezes mais prevalente, em relação aqueles para os quais estes não foram considerados adequados.

A bem da verdade existe uma complexidade inerente a avaliação de satisfação, sobretudo em estudos transversais, uma vez que múltiplos e variados fatores, quer relacionados com os usuários, quer aos profissionais e serviços, e sobretudo mais amplos que contemplam mas vão além destes, não passíveis de serem previamente controlados, podem influenciá-la, para mais ou para menos, e, com isso, subestimar ou superestimar a medida, podendo levar a interpretações equivocadas, especialmente neste estudo, que não a avaliou a partir de uma ampla gama de variáveis sobre acesso, utilização e participação, mas tão somente a partir de um juízo de valor que o participante fez acerca do seu último atendimento.

Considerando a observação ora posta, e, adicionalmente, a constatação de que a satisfação, aferida por questões objetivas e fechadas, como fora realizado neste estudo, alcançam patamares normalmente elevados, quando comparados com pesquisas mais abrangentes, os resultados aqui apresentados, no entanto, se coadunam com aqueles apresentados em uma grande pesquisa cujos autores, ao analisarem-na, na perspectiva de usuários da atenção primária em saúde, de forma mais ampla do que a que aqui foi realizada, identificaram como fatores influenciadores, aqueles relativos

a qualificação do acesso, ao atendimento as necessidades dos usuários e aos aspectos do processo de trabalho.^{37, 39}

Por tudo, considerando que há argumentos em estudos clássicos, a partir dos quais se constata que, de fato, a organização de sistemas de serviços de saúde nos quais os cuidados primários figuram como eixo organizador de práticas sanitárias, além de elevar a satisfação do usuário, adicionalmente reduzem custos e melhoram indicadores¹³, é desejável que sejam cada vez mais ampliados e qualificados, com vistas a sua consolidação, sobretudo à população idosa, que certamente, pelo crescimento que tem experienciado nas últimas décadas, demandará cada vez mais atenção e cuidados.

Conclusão

A população idosa adstrita a atenção primária em saúde é predominantemente feminina, com idade avançada, com escolaridade reduzida e alto percentual de analfabetos, com renda *per capita* considerada baixa, tendo sua inserção e uso neste nível de atenção sendo permeada, de um lado, por aspectos positivos, como elevada satisfação com o atendimento, reduzido tempo de espera em fila, comunicação adequada com profissionais; e do outro, negativos, como alta prevalência de doenças não transmissíveis, sobretudo cardiovasculares, baixa participação em programas assistenciais e visitas domiciliares.

No que diz respeito, particularmente, a elevada satisfação dos usuários idosos acerca dos serviços prestados pela rede de unidades de atenção primária a saúde, verificada no presente estudo e ratificada por observações realizadas por outros pesquisadores, acaba por desmistificar a ideia geral, baseada no senso comum, de que há uma hegemonia de pensamento que concorda com a máxima de que os serviços públicos de saúde não são adequados e, portanto, não servem a população. Apesar disso, ao tempo que não se pode ter um olhar superficial como este, igualmente não é possível vê-lo de forma ingênua, pois apesar dos indicadores positivos, conforme se

demonstrou, existem aspectos, inclusive não considerados nessa investigação, que o compromete e que, portanto, precisam ser continuamente revistos e aperfeiçoados.

Acredita-se que o presente estudo pode ser útil para o aprofundamento das discussões sobre a questão do envelhecimento e, por conseguinte, o aumento do contingente populacional, no âmbito da atenção primária a saúde, que precisa ser foco de qualificação permanente para lidar com as demandas que naturalmente surgem desta realidade, como imperativo de sua consolidação, sobretudo no Brasil, um dos países mais envelhecidos do mundo.

Não obstante a valorosa contribuição que os autores podem oferecer a comunidade acadêmica, da área de saúde pública e afins, com a publicação do presente estudo, sobretudo pela urgência em discutir os aspectos aqui apresentados, assume-se como sua principal limitação o fato de avaliar a satisfação e aspectos correlatos apenas levando em consideração um juízo de valor dos participantes acerca do último atendimento recebido, aspecto que pode ter cumulado de vieses as observações feitas, levando os autores a interpretações equivocadas acerca do objeto estudado.

Fomento: Programa de Apoio a Pesquisa da Universidade Estadual da Paraíba e Comissão de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior, com financiamento da pesquisa e bolsa de mestrado, respectivamente.

Referências

1. Costa LC, Thuler CS. Fatores associados ao risco para doenças não transmissíveis em adultos brasileiros: estudo transversal de base populacional. Rev. bras. estud. popul. [periódicos na internet]. 2012[acesso em 8 mar 2017]; 29(1). Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbepop/v29n1/v29n1a09.pdf>
2. Dantas IC, Pinto Junior E P, Medeiros KKAS, Souza EA. Perfil de morbimortalidade e os desafios para a atenção domiciliar do idoso brasileiro. Revista Kairós Gerontologia [periódicos na internet]. 2017 [acesso em 8 mar 2017]; 20(1). Disponível em: <http://revistas.pucsp.br/index.php/kairos/article/view/32058/22192>

3. Rosset I, Roriz-Cruz M, Santos JLF, Haas VJ; Fabrício-Wehbe SCC, Rodrigues RAP. Socioeconomic and health differentials between two community-dwelling oldest-old groups. Rev. Saúde Públ. [periódicos na internet]. 2011 [acesso em 8 mar 2017]; 45(2). Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rsp/v45n2/en_1761.pdf
4. Silveira ES, Santos AS, Sousa MC, Monteiro TSAM. Expenses related to hospital admissions for the elderly in Brazil: perspectives of a decade. Einstein [periódicos na internet]. 2013; [acesso em 8 mar 2017]; 11(4). Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/eins/v11n4/en_19.pdf
5. Carvalho MHR, Carvalho SMR, Laurenti R, Payão SLM. Tendência de mortalidade de idosos por doenças crônicas no município de Marília-SP, Brasil: 1998 a 2000 e 2005 a 2007. Epidemiol. Serv. Saúde [periódicos na internet]. 2014; [acesso em 8 mar 2017]; 23(2). Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/eins/v11n4/en_19.pdf
6. Pessoa MP. Idoso e cidadania: notas sobre a contemporaneidade brasileira. In: Reis CN. O sopro minúano: Transformações societárias e políticas sociais – um debate acadêmico. Porto Alegre: EDPUCRS; 2007. p. 121-146
7. Mendes MRSSB, Gusmão JL, Mancussi e Faro AC, Leite RCBO. A situação social do idoso no Brasil: uma breve consideração. Acta Paul Enferm [periódicos na internet]. 2005 [acesso em 8 mar 2017]; 18(4). Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v18n4/a11v18n4.pdf>
8. Minayo MCS, Coimbra Junior CEA. Antropologia, saúde e envelhecimento. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ; 2002.
9. Ministério da Saúde (Brasil). Gabinete do Ministro. Portaria 2.488 de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Diário Oficial da União 27 dez 2011

[acesso em 8 mar 2017]; Seção 1(45). Disponível em:
http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html

10. Costa MFBNA, Ciosak SI. Comprehensive health care of the elderly in the Family Health Program: vision of health professionals Rev. esc. enferm. USP [periódicos na internet]. 2010 [acesso em 8 mar 2017]; 44(2). Disponível em:
http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v44n2/en_28.pdf
11. Kringos DS. The strength of primary care in Europe. Utrecht: Nivel; 2012 [acesso em 8 mar 2017]. Disponível em: <https://www.nivel.nl/sites/default/files/bestanden/Proefschrift-Dionne-Kringos-The-strength-of-primary-care.pdf>
12. Peckham S, Falconer J, Gillam S, Hann A, Kendall S, Nanchahal K, et al. The organization and delivery of health improvement in general practice and primary care: a scoping Study. Health Services and Delivery Research [periódicos na internet]. 2015 [acesso em 8 mar 2017]; 3(29). Disponível em:
<http://pubmedcentralcanada.ca/pmcc/articles/PMC3809427/pdf/bjgpnov2013-63-616-e742.pdf>
13. Starfield B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidade de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: Unesco, Ministério da Saúde; 2002. Disponível em:
<http://www.saudeidoso.iciet.fiocruz.br/pdf/PoliticaNacionaldeSaudeIdosa.pdf>
14. Aquino R, Medina MG, Nunes CA, Sousa MF. Estratégia de Saúde da Família e reordenamento do sistema de serviços de saúde. In: Paim JS, Almeida-Filho N. Saúde Coletiva: teoria e prática. Rio de Janeiro: MedBook, 2014. p. 353-71.
15. Pellegrini filho A, Buss PM, Esperidião M A. Promoção da Saúde e seus fundamentos: determinantes sociais da saúde, ação intersetorial e políticas saudáveis. In: Paim JS, Almeida Filho N. Saúde coletiva: teoria e prática. Rio de Janeiro: Med Book. 2014. p. 305-326.

16. Ferreira VM, Ruiz T. Community health workers' attitudes and beliefs toward the elderly. Rev. Saúde Pública [periódicos na internet]. 2012 [acesso em 8 mar 2017]; 45(5).Disponível em: <http://www.scielo.org/pdf/rpsp/v21n2-3/03.pdf>
17. Fernandes MTO, Soares SM. The development of public policies for elderly care in Brazil. Rev. esc. enferm. USP [periódicos na internet]. 2012 [acesso em 8 mar 2017]; 46(6). Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/reensp/v46n6/en_29.pdf
18. Borges MG, Campos MB, Castro e Silva, LG. Transição da estrutura etária no Brasil: oportunidades e desafios para as próximas décadas. In: Ervatti LG, Borges GM, Jardim AP. Mudança demográfica no Brasil no início do século XXI: Subsídios para as projeções das populações. Brasília: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística; 2015 [acesso em 8 mar 2017]. Disponível em: <http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv93322.pdf>
19. Küchemann BA. Envelhecimento populacional, cuidado e cidadania: velhos dilemas e novos desafios. Soc. estado. [periódicos na internet]. 2012 [acesso em 8 mar 2017]; 27(1). Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/se/v27n1/09.pdf>
20. Bandeira L, Melo HP, Pinheiro LS. Mulheres em dados: o que informa a PNAD/IBGE, 2008. In: Brasil. Observatório Brasil da Igualdade de Gênero. Brasília: Secretaria de Políticas para as Mulheres; 2010 [acesso em 8 mar 2017]. p. 107-19. Disponível em: <file:///C:/Users/st/Downloads/Revista%20-%20Português.pdf>
21. Chaimovicz F. Transição demográfica. Saúde do idoso. 2ª ed. Belo horizonte: NESCON UFMG; 2013 P. [acesso em 8 mar 2017]. p. 25. Disponível em: <http://sbgg.org.br/wp-content/uploads/2014/10/saude-do-idoso-2edicao-revisada.pdf>
22. Schraiber LB, Figueiredo WS, Gomes R, Couto MT, Pinheiro TF, Machin R, et al. Necessidades de saúde e masculinidades: atenção primária no cuidado aos homens. CadSaude Publica [periódicos na internet]. 2010 [acesso em 8 mar 2017]; 26(5). Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v26n5/18.pdf>.

23. Silva PAS, Furtado MS, Guilhon AB, Souza NVDO, David HMSL. A saúde do homem na visão dos enfermeiros de uma unidade básica de saúde. Esc. Anna Nery [periódicos na internet]. 2012 [acesso em 8 mar 2017];16(3). Disponível: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452012000300019
24. Vasconcelos AMN, Gomes MMF. Transição demográfica: a experiência brasileira. Epidemiol. Serv. Saúde. [periódicos na internet]. 2012 [acesso em 8 mar 2017]. Disponível: <http://scielo.iec.pa.gov.br/pdf/ess/v21n4/v21n4a03.pdf>
25. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Síntese de indicadores sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística; 2015 [acesso em 8 mar 2017]. Disponível em: <http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv95011.pdf>
26. Esperandio EM, Espinosa MM, Martins MAS, Guimarães LV, Lopes MAL, Scala LCN. Prevalência e fatores associados à hipertensão arterial em idosos de municípios da Amazônia Legal, MT. Rev. bras. geriatr. gerontol. [periódicos na internet]. 2013 [acesso em 8 mar 2017]; 16(3). Disponível: <http://www.scielo.br/pdf/rbgg/v16n3/v16n3a07.pdf>
27. Ferreira J, Santo WE. Os percursos da cura: abordagem antropológica sobre os itinerários terapêuticos dos moradores do complexo de favelas de Manguinhos, Rio de Janeiro. Physis [periódicos na internet]. 2012 [acesso em 8 mar 2017]; 22(1). Disponível em: http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312012000100010
28. Geibe LTC. Determinantes sociais da saúde do idoso. Ciênc. saúde coletiva [periódicos na internet]. 2012 [acesso em 8 mar 2017]; 17(1). Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v17n1/a15v17n1.pdf>
29. YazdanyarA, Newman AB. The Burden of Cardiovascular Disease in the Elderly: Morbidity, Mortality, and Costs. ClinGeriatr Med. [periodicos na internet]. 2009 [acesso em

- 8 mar 2017]; Disponível em: [http://www.geriatric.theclinics.com/article/S0749-0690\(09\)00051-2/abstract](http://www.geriatric.theclinics.com/article/S0749-0690(09)00051-2/abstract)
30. Piuvezam G, Medeiros WR, Costa AV, Emerenciano FF, Santos RC, Seabra DS. Mortalidade em Idosos por Doenças Cardiovasculares: Análise Comparativa de Dois Quinquênios. *ArqBrasCardiol*. [periodicos na internet]. 2015[acesso em 8 mar 2017]; Disponível em:http://www.scielo.br/pdf/abc/2015nahead/pt_0066-782X-abc-20150096.pdf
31. Ortolani FPB, Goulart RMM. Doenças cardiovasculares e estado nutricional no envelhecimento: produção científica sobre o tema. *Revista Kairós Gerontologia* [periodicos na internet]. 2015[acesso em 8 mar 2017]; Disponível em:[file:///C:/Users/st/Downloads/26063-68029-1-SM%20\(3\).pdf](file:///C:/Users/st/Downloads/26063-68029-1-SM%20(3).pdf)
32. Onocko Campos RT, Ferrer AL, Gama CAP, Campos GWS, Trapé TL, Dantas DV. Avaliação da qualidade do acesso na atenção primária de uma grande cidade brasileira na perspectiva dos usuários. *Saúde em Debate* [periódicos na internet]. 2014 [acesso em 8 mar 2017]; 38(número especial). Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v38nspe/0103-1104-sdeb-38-spe-0252.pdf>
33. Macinko J, Dourado I, Guanais FC. Doenças Crônicas, Atenção Primária e Desempenho dos Sistemas de Saúde. Washington: Banco Interamericano de Desenvolvimento; 2011 [acesso em 8 mar 2017]. Disponível em: https://publications.iadb.org/bitstream/handle/11319/5759/Concept%20Note_Seminario%20Doencas%20Cronicas_SSA_PORT.pdf?sequence=2
34. Malta DC, Moraes Neto OLM, Silva Junior JB. Apresentação do plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis no Brasil, 2011 a 2022. *Epidemiol. Serv. Saúde*. [periódicos na internet]. 2011 [acesso em 8 mar 2017]; 20(4). Disponível em: <http://scielo.iec.pa.gov.br/pdf/ess/v20n4/v20n4a02.pdf>

35. Macinko J, Oliveira VB, Turci MA, Guanais FC, BonoloPF, Lima-Costa MF. The influence of primary care and hospital supply on ambulatory care-sensitive hospitalizations among adults in Brazil, 1999- 2007. *Am J Public Health* [periódicos na internet]. 2011 [acesso em 8 mar 2017]; 101(10).Disponível em: <http://ajph.aphapublications.org/doi/full/10.2105/AJPH.2010.198887>
36. Mendonça CS, Harzheim E, Duncan BB, Nunes LN, Leyh W. Trends in hospitalizations for primary care sensitive conditions following the implementation of Family Health Teams in Belo Horizonte, Brazil. *Health PolicyPlan*[periódicos na internet]. 2012 [acesso em 8 mar 2017]; 27(4). Disponível em:<https://academic.oup.com/heapol/article-lookup/doi/10.1093/heapol/czr043>
37. Protasio APL, Gomes LB, Machado LS, Valença AMG. Satisfação do usuário da atenção básica em saúde por regiões do Brasil: 1º ciclo de avaliação externa do PMAQ-AB. *Ciênc& Saúde Coletiva* [periódicos na internet]. 2016 [acesso em 8 mar 2017]; Disponível em: http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/ingles/artigos/artigo_int.php?id_artigo=15638
38. Oliveira LPBA, Medeiros LMF, Meirelles BHS, Santos SMA. Satisfação da população idosa atendida na estratégia de saúde da família de santa cruz, rio grande do norte. *Texto Contexto Enferm* [periódicos na internet]. 2014 [acesso em 8 mar 2017]; 23(4). Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/tce/v23n4/pt_0104-0707-tce-23-04-00871.pdf
39. Trad LAB, Bastos ACS, Santana EM, Nunes MO. Estudo etnográfico da satisfação do usuário do Programa de Saúde da Família (PSF) na Bahia. *Ciênc& Saúde Coletiva* [periódicos na internet]. 2002[acesso em 8 mar 2017]; 7(3):581-9. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v7n3/13034.pdf>

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A população idosa adstrita a atenção primária em saúde é predominantemente feminina, com idade avançada, com escolaridade reduzida e alto percentual de analfabetos, com renda *per capita* considerada baixa, tendo sua inserção e uso neste nível de atenção sendo permeada, de um lado, por aspectos positivos, como elevada satisfação com o atendimento, reduzido tempo de espera em fila, comunicação adequada com profissionais; e do outro, negativos, como alta prevalência de doenças não transmissíveis, sobretudo cardiovasculares, baixa participação em programas assistenciais e visitas domiciliares.

No que diz respeito, particularmente, a elevada satisfação dos usuários idosos acerca dos serviços prestados pela rede de unidades de atenção primária a saúde, verificada no presente estudo e ratificada por observações realizadas por outros pesquisadores, acaba por desmistificar a ideia geral, baseada no senso comum, de que há uma hegemonia de pensamento que concorda com a máxima de que os serviços públicos de saúde não são adequados e, portanto, não servem a população. Apesar disso, ao tempo que não se pode ter um olhar superficial como este, igualmente não pode ser ingênuo, pois apesar dos indicadores positivos, conforme se demonstrou, existem aspectos, inclusive não considerados nessa investigação, que o compromete e que, portanto, precisam ser continuamente revistos e aperfeiçoados.

Acredita-se que o presente estudo pode ser útil para o aprofundamento das discussões sobre a questão do envelhecimento e, por conseguinte, o aumento do contingente populacional, no âmbito da atenção primária a saúde, que precisa ser foco de qualificação permanente para lidar com as demandas que naturalmente surgem desta realidade, como imperativo de sua consolidação, sobretudo no Brasil, um dos países mais envelhecidos do mundo.

Não obstante a valorosa contribuição que os autores podem oferecer a comunidade acadêmica, da área de saúde pública e afins, com a publicação do presente estudo, sobretudo pela urgência em discutir os aspectos aqui apresentados, assume-se como sua principal limitação o fato de avaliar a satisfação e aspectos correlatos apenas levando em consideração um juízo de valor dos participantes acerca do último atendimento recebido, aspecto que pode ter cumulado de vieses as observações feitas, levando os autores a interpretações equivocadas acerca do objeto estudado.

6 REFERÊNCIAS

BORGES, M.G.; CAMPOS, M.B.; CASTRO & SILVA, L.G. Transição da estrutura etária no Brasil: oportunidades e desafios para as próximas décadas. In: ERVATTI, L.G.; BORGES, G.M.; JARDIM, A.P. Mudança demográfica no Brasil no início do século XXI: Subsídios para as projeções das populações. Brasília: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2015. Disponível em: <<http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv93322.pdf>>. Acesso em: 8 mar 2017

BRASIL. Síntese de indicadores sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2008 Disponível em: <file:///C:/Users/st/Downloads/indic_sociais2008.pdf>. Acesso em: 8 mar 2017

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Sinopse do senso demográfico 2010. Disponível em: <<http://censo2010.ibge.gov.br>>. Acesso em: 8 mar 2017

BRASIL. Síntese de indicadores sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2015. Disponível em: <<http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv95011.pdf>> Acesso em: 8 mar 2017

ROSSET, I. et al. Socioeconomic and health differentials between two community-dwelling oldest-old groups. *Rev. Saúde Públ.*, São Paulo, v. 45, n. 2, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v45n2/en_1761.pdf>. Acesso em: 8 mar 2017

COSTA, L.C.; THULER, C.S. Fatores associados ao risco para doenças não transmissíveis em adultos brasileiros: estudo transversal de base populacional. *Rev. bras. estud. popul.*, Belo Horizonte, v. 29, n. 1, 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbepop/v29n1/v29n1a09.pdf>>. Acesso em: 8 mar 2017

DANTAS, I.C. et. al. Perfil de morbimortalidade e os desafios para a atenção domiciliar do idoso brasileiro. *Revista Kairós Gerontologia*, São Paulo, v. 20, n. 1, 2017. Disponível em: <<http://revistas.pucsp.br/index.php/kairos/article/view/32058/22192>>. Acesso em: 8 mar 2017

ARANGO, D.C. et al. Características demográficas y sociales del cuidador en adultos mayores. *Investig. andina*, Bogotá, v.13, n. 2, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.org.co/pdf/inan/v13n22/v13n22a07.pdf>>. Acesso em: 8 mar 2017

CARTAXO, H.G.O. et al. Quando o cuidar dói: desvelando sentimentos de um ser que cuida. *Rev enferm UFPE*, Recife, v.6, n.1, 2012. Disponível em: <<file:///C:/Users/st/Downloads/2084-18460-1-PB.pdf>>. Acesso em: 8 mar 2017

ARAÚJO, I.; PAÚL, C.; MARTINS, M. Viver com mais idade em contexto familiar: dependência no auto cuidado. *Rev. esc. Enf. USP*, São Paulo, v. 45, n. 4, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reecusp/v45n4/v45n4a11.pdf>>. Acesso em: 8 mar 2017

MIYATA, D.F. et al. Políticas e programas na atenção à saúde do idoso: Um panorama nacional. *Arq Cienc Saude Unipar*, Umuarama, v. 9, n.2, 2005. Disponível em: <<file:///C:/Users/st/Downloads/209-764-1-PB.pdf>>. Acesso em: 8 mar 2017

PESSOA, M.P. Idoso e cidadania: notas sobre a contemporaneidade brasileira. In: Reis CN. O sopro minuano: Transformações societárias e políticas sociais – um debate acadêmico. Porto Alegre: EDPUCRS; 2007. p. 121-146

MENDES, M.R.S.S.B. et al. A situação social do idoso no Brasil: uma breve consideração. *Acta Paul Enferm*, São Paulo, v.18, n.4, 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ape/v18n4/a11v18n4.pdf>>. Acesso em: 8 mar 2017

MINAYO, M.C.S.; COIMBRA JUNIOR, C.E.A. Antropologia, saúde e envelhecimento. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ; 2002.

ARAÚJO, L.U.A. Avaliação da qualidade da atenção primária à saúde sob a perspectiva do idoso. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 19, n. 8, 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v19n8/1413-8123-csc-19-08-03521.pdf>>. Acesso em: 8 mar 2017

RAMOS, L.R. Epidemiologia do envelhecimento. In: FREITAS, E.V. et al. Tratado de Geriatria e Gerontologia. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2002. p. 72-78

BOERMA, W.G.W. Coordination and integration in European primary care. In: SALTMAN, R.S.; RICO, A.; BOERMA, W.G.W. Primary care in the driver's seat? Organizational reform in European primary care. Berkshire: Open University Press, 2007. p. 3-21.

BRASIL. Portaria 2.488 de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica,

para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Diário Oficial da União 27 dez 2011; Seção 1(45). Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html>. Acesso em: 8 mar 2017.

COSTA, M.F.B.N.A.; CIOSAK, S.I. Comprehensive health care of the elderly in the Family Health Program: vision of health professionals. *Rev. esc. enferm. USP*, São Paulo, v. 44, n. 2, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reensp/v44n2/en_28.pdf>. Acesso em: 8 mar 2017

GIOVANELLA, L.; MENDONÇA, M.H.M. Atenção Primária à Saúde: seletiva ou coordenadores cuidados? Brasília: CEBES; 2012. Disponível em: <<http://cebes.org.br/site/wp-content/uploads/2015/02/9ATENÇÃO-PRIMÁRIA-À-SAÚDE.pdf>>. Acesso em: 8 mar 2017

OAPS. Observatório de Análise Política em Saúde. Estudos e pesquisas em atenção primária e promoção da saúde. 2017. Disponível em: <<http://www.analisepoliticaemsaude.org/oaps/matriz/analises/1/>>. Acesso em: 8 mar 2017

OMS. Organização Mundial da Saúde. Report of the International Conference on Primary Health Care, jointly sponsored by the World Health Organization and the United Nations Children's Fund. Alma-Ata: Organização Mundial da Saúde, 1978. Disponível em: <<http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/39228/1/9241800011.pdf>>. Acesso em: 8 mar 2017

STARFIELD, B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidade de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: Unesco, Ministério da Saúde, 2002. Disponível em: <<http://www.saudeidoso.iciet.fiocruz.br/pdf/PoliticaNacionaldeSaudeDaPessoaIdosa.pdf>>. Acesso em: 8 mar 2017

BRASIL. Portaria nº 2.528 de 19 de outubro de 2006. Aprova a Política nacional de saúde da pessoa idosa. Diário Oficial da União 20 out 2006; Seção 1(142). Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html>

BRASIL. Envelhecimento e saúde da pessoa idosa. Brasília: Ministério da Saúde; Brasília: Ministério da Saúde, 2006. Disponível em: <<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/abcad19.pdf>>. Acesso em: 8 mar 2017

BRASIL. Diretrizes operacionais dos pactos pela vida, em defesa do sistema único de saúde e de gestão. Brasília: Ministério da Saúde, 2006c. Disponível em: <<http://www.saude.mppr.mp.br/arquivos/File/volume1.pdf>>. Acesso em: 8 mar 2017

OMS. Organização Mundial da Saúde. Towards age-friendly primary health care. Genebra: Organização Mundial da Saúde, 2004. Disponível em: <<http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/43030/1/9241592184.pdf>>. Acesso em: 8 mar 2017

BRASIL. Ministério da Saúde. Projeto de Expansão e Consolidação do Saúde da Família – Proesf. Brasília: Ministério da Saúde, 2003b. Disponível em: <<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/PROESF.pdf>>. Acesso em: 8 mar 2017

BRASIL. Portaria 1.654 de 19 de julho de 2011. Dispõe sobre o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade. Diário Oficial da União 19 jul 2011b, Seção 1(36). Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1654_19_07_2011.html>. Acesso em: 8 mar 2017

BRASIL. Portaria 2.087 de 1 de setembro de 2011. Dispõe sobre o Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica. Diário Oficial da União 19 jul 2011, Seção 1(111). Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/pri2087_01_09_2011.html>. Acesso em: 8 mar 2017

BRASIL. Portaria 1.369 de 8 de julho de 2013. Dispõe sobre a implementação do Projeto Mais Médicos para o Brasil. Diário Oficial da União 19 jul 2011d, Seção 1(14). Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/pri1369_08_07_2013.html>. Acesso em: 8 mar 2017

AQUINO R et al. Estratégia de Saúde da Família e reordenamento do sistema de serviços de saúde. In: PAIM, J.S.; ALMEIDA-FILHO, N. Saúde Coletiva: teoria e prática. Rio de Janeiro: MedBook, 2014. p. 353-71.

PELLEGRINI FILHO, A.; BUSS, P.M.; ESPERIDIÃO, M.A. Promoção da Saúde e seus fundamentos: determinantes sociais da saúde, ação intersetorial e políticas saudáveis. In: PAIM, J.S.; ALMEIDA-FILHO, N. Saúde Coletiva: teoria e prática. Rio de Janeiro: MedBook, 2014. p. 305-326.

LIMA-COSTA, M.F. et al. Tendências em dez anos das condições de saúde de idosos brasileiros: evidências da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (1998, 2003, 2008). *Cienc. Saude Colet.*, Rio de Janeiro, v. 16, n. 9, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v16n9/a06v16n9.pdf>>. Acesso em: 8 mar 2017

MACINKO, J. et al. La renovación de La atención primaria de salud em lasAmericas. *Rev Panam Salud Pública*, cidade, v. 21, 2007. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v21n2-3/03.pdf>>. Acesso em: 8 mar 2017

FERREIRA, V.M.; RUIZ, T. Community health workers' attitudes and beliefs toward the elderly. *Rev. Saúde Pública*, Washington, v. 45, n. 5, 2012. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v21n2-3/03.pdf>>. Acesso em: 8 mar 2017

FERNANDES, M.T.O.; SOARES, S.M. The development of public policies for elderly care in Brazil. *Rev. esc. enferm. USP*, São Paulo, v. 46, n. 6, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reensp/v46n6/en_29.pdf>. Acesso em: 8 mar 2017

GIL, A.C. Como elaborar projetos de pesquisa. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2008.

ROUQUAYROL, M.Z.; ALMEIDA FILHO, N. Epidemiologia e saúde. 7. ed. Rio de Janeiro: Medsi, 2013.

GUNTHER, H. Pesquisa Qualitativa Versus Pesquisa Quantitativa: Esta é a Questão? *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, Brasília, v. 22, n. 2, 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ptp/v22n2/a10v22n2.pdf>>. Acesso em: 8 mar 2017

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística [homepage na internet]. Cidades. 2017 [acesso em 8 mar 2017]. Disponível em: <http://cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?codmun=250400>

FARIA, L.S.; BERTOLOZZI, M.R. Theoretical assumptions regarding health surveillance: a prospect for its integration. *Acta Paulista de Enfermagem*, São Paulo, v. 22, n. 4, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v22n4/en_a12v22n4.pdf>. Acesso em: 8 mar 2017

LEITE, R.F.B.; VELOSO, T.M.G. Limites e avanços do programa saúde da família em campina grande: um estudo a partir de representações sociais. *Revista saúde e sociedade*, São Paulo, v. 18, n. 1, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v18n1/06.pdf>>. Acesso em: 8 mar 2017

BRASIL. Ministério da Saúde. CENESNet. Cadastro nacional de estabelecimentos de saúde. 2017. Disponível em: <http://cnes2.datasus.gov.br/Mod_Ind_Unidade.asp?VEstado=25&VMun=250400&VComp=201701>. Acesso em: 8 mar 2017

BRASIL. Lei nº 10.741 de 1 de outubro de 2003. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. Diário Oficial da União 3 out 2003, Seção 1(1). Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/L10.741.htm>. Acesso em: 8 mar 2017

SANTOS, G.E.O. Cálculo amostral: calculadora on-line [homepage da internet]. 2015 [acesso em 8 mar 2017]. Disponível em: <http://www.calculoamostral.vai.la>

MERRILL, W.C.; FOX, K.A. Estatística Econômica: Uma Introdução. São Paulo: Atlas, 1977.

ANDERSON, D.R.; SWEENEY, D.J.; WILLIAMS, T.A. Estatística aplicada à administração e economia. 2. ed. São Paulo: Editora Cengage Learning, 2007.

APÊNDICES

APÊNDICE A



UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PESQUISA
MESTRADO EM SAÚDE PÚBLICA

PERFIL DO IDOSO ATENDIDO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE E ASPECTOS ASSOCIADOS A SATISFAÇÃO COM O ATENDIMENTO

PROTOCOLO DE COLETA DE DADOS

BLOCO 1 – Considerações gerais

- 1.1. Em virtude da magnitude da pesquisa e por deliberação do pesquisador responsável, todos os envolvidos na coleta de dados, deverão ler atentamente este protocolo
- 1.2. O pesquisador responsável e o pesquisador auxiliar liderarão, em conjunto, todo o trabalho de coleta de dados.
- 1.3. Cabe, entretanto, ao pesquisador responsável, o contato direto com os colaboradores e, quando preciso for, solicitação de auxílio ao pesquisador auxiliar, para resolução de problemas, mediação de conflitos metodológicos, deliberações éticas e tudo o mais que se fizer necessário.
- 1.4. Os colaboradores deverão apoiar os pesquisadores no que for possível para o bom andamento da pesquisa.
- 1.5. O desrespeito as normas deste protocolo certamente prejudicarão o andamento da pesquisa e, salvo justificativas, acarretarão a exclusão do colaborador.

BLOCO 2 – Inserção no campo

- 2.1 A inserção no campo será feita a partir da(s) UBSF correspondente(s) a cada um dos Distritos Sanitários, os conglomerados.
- 2.2 Nesse ponto, os colaboradores deverão fazer um levantamento de todos os idosos residentes na área da UBSF, através do preenchimento da ficha de cadastro de potenciais participantes
- 2.3 Cada um dos seis conglomerados será identificado com cores distintas assim como as fichas de cadastramento de participantes correspondentes.

- 2.4 Cada participante em potencial identificado conforme item anterior deverá receber um número (0001 a x), que auxiliará no sorteio dos participantes propriamente ditos.
- 2.5 Após o cadastro de todos os potenciais participantes, por todas as equipes e, portanto, em todos os conglomerados, o pesquisador responsável deverá ser contatado, para realização dos sorteios.

BLOCO 3 – Coleta de dados

- 3.1 Após o sorteio, os colaboradores deverão planejar as visitas domiciliares, para a coleta de dados, atentando para organizar, sempre que possível, as coletas com participantes de domicílios próximos no mesmo dia.
- 3.2 Cada colaborador deverá fazer, no mínimo, duas coletas por dia, de segunda a sexta-feira, nos turnos manhã ou tarde ou ambos cuidando-se para, se possível, não ultrapassar quatro, nos dois turnos.
- 3.3 A coleta deve ser encerrada em, no mínimo, 14 dias e, no máximo, 60 dias.
- 3.4 Os instrumentos de dados, depois de preenchidos, representam documentos e, por isso, deve-se evitar tanto quanto possível as rasuras, de qualquer natureza.
- 3.5 A coleta com um mesmo participante deverá ser realizada, sempre que possível, em um só momento. Se for necessário mais de um momento para coleta com apenas um participante, recomenda-se que o intervalo entre o momento 1 e o momento 2, não seja superior a 24 horas.
- 3.6 No momento da coleta de dados é importante explicar ao participante de pesquisa, de forma clara e objetiva, de que se trata a pesquisa. Pode-se, inclusive, se for necessário, ler o projeto em sua versão compacta.
- 3.7 Após o esclarecimento quanto a pesquisa, é mandatório solicitar assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Evitar realizar esta etapa após a coleta.
- 3.8 Finalizar a coleta apenas após verificar o completo preenchimento do instrumento, evitando que alguma questão permaneça em branco.
- 3.9 Concluída a coleta de dados em cada conglomerado o pesquisador responsável deverá ser notificado.

Bloco 4 - Envio de instrumentos e TCLE

- 4.1 Os instrumentos de coleta de dados e os Termos de Consentimento deverão ser arquivados pelos colaboradores de forma organizada. Recomenda-se grampear o Formulário + Termo de Consentimento Livre e Esclarecido de cada participante, individualmente; empilha-los, fazendo referencia a UBSF, ao conglomerado e ao Distrito Sanitário de origem. Ao final da coleta, esses arquivos deverão ser enviados ao Pesquisador responsável para arquivamento.

BLOCO 5 – Prazos e relatórios

- 5.1 Todas as semanas, prioritariamente na sexta-feira, durante o período de coleta, os colaboradores principais deverão enviar um relatório simples para o pesquisador responsável, para acompanhamento das atividades, informando, no mínimo: dias de coleta e turnos, número de coletas realizadas e intercorrências.

BLOCO 6 – Dúvidas frequentes

- 6.1 Em caso de não poder finalizar uma coleta no dia em que a mesma foi iniciada, pode-se agendar um novo encontro?

Sim. Mas, cuide-se para que o intervalo entre o início da coleta e a sua finalização, com um mesmo participante, não ultrapasse 24 horas.

- 6.2 Podemos ultrapassar o limite de duas coletas por turno ou duas coletas diárias?

Não. O período de coleta foi dimensionado para permitir uma adequada inserção dos colaboradores no campo de pesquisa. Desconsiderar essa recomendação, com mais ou menos coletas, pode comprometer a qualidade do trabalho ou os prazos estabelecidos.

- 6.3 Estamos no campo de coleta, mas nos demos conta que não estamos com os TCLE, podemos prosseguir?

Não. Agendar outro dia ou turno. Coletar dados sem a assinatura do TCLE é uma falta ética grave e pode levar a exclusão do colaborador da pesquisa, em caso de se verificar prática frequente.

- 6.4 O participante solicita ficar com os instrumentos de coleta de dados e pede que passemos depois para recolhê-los, é possível?

É possível. Porém, peça que ele reconsidere, afirmando que responder na sua presença facilitará todo o processo de coleta de dados, além de ter uma fonte segura para dúvidas e esclarecimentos.

6.5 Estamos tendo problemas para acessar o domicilio sorteado em virtude de problemas de segurança e/ou dificuldade de acesso e/ou distancia, podemos excluir?

Não. Os colaboradores não estão autorizados a tomar esse tipo de decisão. Interromper a coleta e informar ao pesquisador responsável.

6.6 O participante deseja participar da pesquisa mas se recusa a assinar o TCLE. Como proceder?

Explique ao participante que coletar dados sem a assinatura do TCLE é uma falta ética grave e pode levar ao comprometimento da pesquisa bem como a sanções éticas e disciplinares aos pesquisadores. Se não houver acordo, não é possível prosseguir com a coleta de dados. Informar ao pesquisador responsável.

6.7 O participante está com dificuldades para compreender uma questão do instrumento de pesquisa. É possível explicar?

As questões do instrumento foram elaboradas de forma clara e com linguagem acessível a uma pessoa comum. Repita a pergunta de forma mais lenta e audível para uma melhor compreensão. Eventualmente é possível explicar um ou outro termo, mas cuide-se para evitar interferir na resposta do participante.


6.8 Aconteceu uma intercorrência e o colaborador não poderá coletar em um dado dia. Isso é uma falta?

O período máximo de 60 dias úteis é suficiente para planejar adequadamente a coleta de dados pelos colaboradores. Não há problema em faltar um ou alguns dias, desde que não ultrapasse o prazo estabelecido.

BLOCO 7 – Considerações finais

7.1 Os casos omissos deverão ser esclarecidos com o Pesquisador responsável

APÊNDICE B

 <p>UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PESQUISA MESTRADO EM SAÚDE PÚBLICA</p>		
PERFIL DO IDOSO ATENDIDO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE E ASPECTOS ASSOCIADOS A SATISFAÇÃO COM O ATENDIMENTO		
<i>Formulário de coleta de dados</i>		
Conglômero __ Distrito __		
Nome:	Endereço:	Tel.:
DATA: __/__/__	COLABORADOR: _____	
NÃO COLETADO <input type="checkbox"/> - 1	COLETADO <input type="checkbox"/> - 2	
EM CASO DE NÃO COLETADO REFERIR O MOTIVO		
<input type="checkbox"/> Não se encontra em casa -1 <input type="checkbox"/> Mudou-se -2 <input type="checkbox"/> Falecido -3 <input type="checkbox"/> Não deseja participar do estudo -4 <input type="checkbox"/> Não foi atendido na UBSF até um ano antes da coleta - 5 <input type="checkbox"/> Não idoso-6 <input type="checkbox"/> Capacidade de cognição prejudicada- 7 <input type="checkbox"/> Comunicação ineficiente -8 <input type="checkbox"/> Problemas de segurança - 9 <input type="checkbox"/> Problemas com o endereço- 10		
BLOCO I – Aspectos sociodemográficos		
1. SEXO:		
<input type="checkbox"/> Feminino - 1 <input type="checkbox"/> Masculino - 2		
2. IDADE: ____ (anos)		
3. RELIGIÃO		
<input type="checkbox"/> Possui -1 <input type="checkbox"/> Não Possui – 2		
4. COR/RAÇA		
<input type="checkbox"/> Branca -1 <input type="checkbox"/> Preta - 2 <input type="checkbox"/> Parda -3 <input type="checkbox"/> Amarela - 4 <input type="checkbox"/> Indígena -5		

5. ESTADO CIVIL

- Solteiro -1
 Casado - 2
 Divorciado -3
 União estável - 4
 Viúvo -5

6. FREQUENTOU ESCOLA

- Não -1
 Sim - 2

7. ANOS DE ESTUDO:

_____ (anos)

- Não se aplica - 0

Referência:

Fundamental I – 1º ao 5º ano = 5 anos acumulados

Fundamental II – 6º ao 9º anos = 9 anos acumulados

Médio = 12 anos acumulados

Ensino superior = >12 anos acumulados

8. ALFABETIZAÇÃO

- Não-1
 Sim-2
 Não se aplica - 0

9. RENDA FAMILIAR

_____ (em reais)

10. NÚMEROS DE MEMBROS NA RESIDÊNCIA

11. RENDA PER CAPTA

_____ (em reais)

12. MEMBROS NA RESIDÊNCIA

- Filhos-1
 Cônjuges/companheiros-2
 Parentes-3
 Amigos-4
 Não se aplica-5

BLOCO II – Situação de moradia e saneamento**13. MORADIA PRÓPRIA?**

- Não -1
 Sim-2

14. RUA ASFALTADA/CALÇADA

- Não-1
 Sim-2

15. ENERGIA ELETRICA

- Não-1
 Sim-2

16. ESGOTAMENTO SANITÁRIO PELA REDE GERAL

- Não-1
 Sim-2

17. ABASTECIMENTO DE ÁGUA PELA REDE PÚBLICA

- Não-1
 Sim-2

18. COLETA DE LIXO SEMANALMENTE

- Não-1
 Sim-2

BLOCO III –Atenção a saúde**19. É USUÁRIO EXCLUSIVO DO SUS?**

- Não-1
 Sim-2

20. POSSUI PLANO DE SAÚDE?

- Não-1
 Sim-2

21. PAGOU POR CONSULTA OU EXAMES NOS ÚLTIMOS 12 MESES?

- Não-1
 Sim-2

22. O POSTO DE SAÚDE É O PRIMEIRO SERVIÇO QUE VOCÊ PROCURA QUANDO PRECISA DE CONSULTAS?

- Não-1
 Sim-2

23. O POSTO DE SAÚDE É O PRIMEIRO SERVIÇO QUE VOCÊ PROCURA QUANDO PRECISA DE EXAMES OU CONSULTAS COM ESPECIALISTAS?

- Não-1
 Sim-2

24. O POSTO DE SAÚDE É O PRIMEIRO SERVIÇO QUE VOCÊ PROCURA QUANDO PRECISA DE MEDICAÇÃO?

- Não-1
 Sim-2

25. CONSEGUIU ENCAMINHAMENTO PARA EXAMES OU CONSULTAS COM ESPECIALISTA ENCAMINHADOS PELO POSTO DE SAÚDE NA ÚLTIMA VEZ QUE PRECISOU?

- Não-1
 Sim-2

26. CONSEGUIU LIBERAÇÃO DE MEDICAÇÃO NO POSTO DE SAÚDE NA ÚLTIMA VEZ QUE PRECISOU?

- Não-1
 Sim-2

27. CONSIDERA-SE SATISFEITO COM O ÚLTIMO ATENDIMENTO QUE RECEBEU NO POSTO DE SAÚDE?

- Não-1
 Sim-2

28. EM GERAL, APÓS AGENDAMENTO NO POSTO DE SAÚDE, QUANDO TEMPO COSTUMA ESPERAR PARA CONSULTA COM PROFISSIONAIS?

- _____ (dias)
 Não se aplica-99

29. EM GERAL, APÓS ENCAMINHAMENTO NO POSTO DE SAÚDE, QUANDO TEMPO COSTUMA ESPERAR PARA CONSULTA COM ESPECIALISTA?

- _____ (dias)
 Não se aplica-99

30. EM GERAL, APÓS ENCAMINHAMENTO NO POSTO DE SAÚDE, QUANDO TEMPO COSTUMA ESPERAR PARA EXAMES?

- _____ (dias)
 Não se aplica-99

31. EM GERAL, COM A RECEITA PARA MEDICAMENTOS EM MÃOS, QUANDO TEMPO COSTUMA ESPERAR PARA QUE SEJAM DISPENSADOS NO POSTO DE SAÚDE?

- _____ (dias)
 Não se aplica-99

32. EM GERAL, QUANDO CONSEGUE MARCAR ATENDIMENTO NO POSTO DE SAÚDE ENFRENTA FILA?

- Não-1
 Sim-2

33. EM GERAL, EM CASO DE ENFRENTAR FILA NO POSTO DE SAÚDE, QUANTO TEMPO PASSA ATÉ QUE SEJA ATENDIDO?

_____ (horas)

Não se aplica - 0

34. EM GERAL OS PROFISSIONAIS DO POSTO DE SAÚDE CONSEGUEM ENTENDER O QUE VOCÊ FALA NA CONSULTA?

Não-1

Sim-2

35. EM GERAL, ENTENDE O QUE OS PROFISSIONAIS DO POSTO DE SAÚDE LHE FALAM NA CONSULTA?

Não-1

Sim-2

36. SENTE-SE A VONTADE COM OS PROFISSIONAIS DO POSTO DE SAÚDE PARA FALAR DE SEUS PROBLEMAS DE SAÚDE?

Não-1

Sim-2

37. NO SEU POSTO DE SAÚDE, TEM ACESSO A:

1. Informações sobre Nutrição ou dieta.

Não-1

Sim-2

Não sei informar -3

2. Informações sobre Programa de assistência social ou benefícios sociais.

Não-1

Sim-2

Não sei informar -3

3. Vacinas

Não-1

Sim-2

Não sei informar -3

4. Exame bucal

Não-1

Sim-2

Não sei informar -3

5. Aconselhamento ou tratamento para o uso prejudicial de drogas (lícitas ou ilícitas, ex: álcool, cocaína, remédios para dormir).

- Não-1
- Sim-2
- Não sei informar -3

6. Aconselhamento para problemas de saúde mental

- Não-1
- Sim-2
- Não sei informar -3

7. Sutura de um corte que necessite de pontos.

- Não-1
- Sim-2
- Não sei informar -3

8. Aconselhamento e solicitação de teste anti-HIV.

- Não-1
- Sim-2
- Não sei informar -3

9. Identificação (Algum tipo de avaliação) de problemas auditivos (para escutar).

- Não-1
- Sim-2
- Não sei informar -3

10. Identificação (Algum tipo de avaliação) de problemas visuais (para enxergar).

- Não-1
- Sim-2
- Não sei informar -3

11. Exame preventivo para câncer de colo de útero (Teste Papanicolau).

- Não-1
- Sim-2
- Não sei informar -3

12. Aconselhamento sobre as mudanças que acontecem com o envelhecimento (ex.: diminuição da memória, risco de cair).

- Não-1
- Sim-2
- Não sei informar -3

13. Orientações sobre cuidados no domicílio para alguém da sua família como: curativos, troca de sondas, banho na cama...

- Não-1
 Sim-2
 Não sei informar -3

38. RECEBE ACOMPANHAMENTO DOMICILIAR DOS PROFISSIONAIS DO POSTO DE SAÚDE?

- Não-1
 Sim-2

39. QUANTAS VISITAS DOMICILIARES RECEBEU DOS PROFISSIONAIS DO POSTO DE SAÚDE NOS ÚLTIMOS TRÊS MESES?

- Não se aplica-99

40. PARTICIPA DE ALGUM PROGRAMA DE SAÚDE NO POSTO DE SAÚDE? (HiperDia, por exemplo):

- Não-1
 Sim-2

Situação de Saúde

41. DOENÇA ATUAL

- Não-1
 Sim-2

42. CLASSIFICAÇÃO DA DOENÇA ATUAL:

- Não se aplica-99

a. **Doença do aparelho circulatório**(Ex.: Hipertensão, Isquemia, cerebrovasculares, insuficiência cardíaca, doenças das veias, artérias, arteríolas, capilares)

- Não-1
 Sim-2

b. **Doença do aparelho respiratório**(Ex.: Pneumopatias, Broncopatias, Transtornos respiratórios, doenças torácicas, doenças nasais, da traquéia, da pleura e da laringe)

- Não-1
 Sim-2

c. **Doença do aparelho digestivo**(Gastrite, íleo paralítico, Megaesôfago, Prolapso retal, Doença de Crohn, Úlcera péptica, Cirrose hepática, doença celíaca)

- Não-1
 Sim-2

d. Doenças infecciosas e parasitárias(Ex.: Dengue, Chikungunya, Zika, Doenças diarreicas, HIV/AIDS, sífilis, Hepatites virais, Gripe, resfriado,

- Não-1
 Sim-2

e. Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas(Obesidade, Diabetes, Hiper e Hipotireoidismo, transtorno de glândulas endócrinas, Anemia e outras deficiências nutricionais,

- Não-1
 Sim-2

f. Doenças do sistema osteomuscular e tecido conjuntivo(Artropatias, Bursite, Escoliose, Cifose, Lordose, doenças da coluna vertebral, doenças musculares e dos ossos)

- Não-1
 Sim-2

g. Doenças do aparelho geniturinário(Incontinência urinária, Glomerulonefrite, Insuficiência renal, Rim policístico, Proteinúria, lesões genitais)

- Não-1
 Sim-2

h. Cânceres

- Não-1
 Sim-2

i. Outras

- Não-1
 Sim-2

43. MEDICAÇÃO DE USO CONTÍNUO:

- Não-1
 Sim-2

44. QUANTAS MEDICAÇÕES DE USO CONTINUO?

- _____
- Não se aplica-0

45. PRECISOU PAGAR POR MEDICAÇÕES DE USO CONTINUO NO ÚLTIMO ANO?

- Não-1
 Sim, uma vez-2
 Sim, mais de uma vez-3
 Não se aplica-99

46. HOSPITALIZAÇÃO NO ÚLTIMO ANO?

- Não-1
 Sim-2

47. HOSPITALIZAÇÃO NO ÚLTIMO ANO PELO SUS?

- Não-1
 Sim-2
 Não se aplica-99

48. MOTIVO DA HOSPITALIZAÇÃO

- Exames e procedimentos diagnósticos-1
 Complicação da doença atual-2
 Atendimento de emergência ou urgência-3
 Cirurgia-4
 Não se aplica-99

BLOCO IV – Comportamento relacionado à saúde**49. FUMANTE**

- Não-1
 Sim-2

50. QUANTIDADE DE CIGARROS QUE FUMA

_____ (dia)

- Não se aplica-99

51. ETILISTA

- Não-1
 Sim-2

52. FREQUENCIA DE INGESTÃO DE BEBIDAS ALCOOLICAS

- Todos os dias-1
 Finais de semana-2
 Ocasionalmente-3
 Não se aplica-99

53. ATIVIDADE FÍSICA

- Não-1
 Sim-2

54. QUANTIDADE DE DIAS QUE REALIZA ATIVIDADE FÍSICA

_____ (por semana)

- Não se aplica-99

55. ATIVIDADES DE LAZER

- Não-1
 Sim-2

56. QUANTIDADE DE DIAS QUE REALIZA ATIVIDADES DE LAZER

_____ (por semana)

- Não se aplica-99

APÊNDICE C



UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PESQUISA
MESTRADO EM SAÚDE PÚBLICA

PERFIL DO IDOSO ATENDIDO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE E ASPECTOS ASSOCIADOS A SATISFAÇÃO COM O ATENDIMENTO

*Projeto de Pesquisa
(Versão Compacta)*

1 INTRODUÇÃO

Ao tempo que se presencia um aumento substancial no quantitativo de pessoas idosas no mundo, sobretudo no Brasil, cujo processo de envelhecimento populacional cresce gradual e aceleradamente, vê-se, igualmente, impacto nos indicadores epidemiológicos das Doenças e Agravos Não-Transmissíveis, em virtude de um sinergismo de fatores que, além do aumento da população mais envelhecida, inclui melhorias nas condições sanitárias, bem como novos e variados hábitos de vida.

Não obstante, crê-se que a atenção a população idosa, isto é, o conjunto de serviços e profissionais qualificados para o atendimento a essa demanda que, como dito, cresce de forma considerável, impactando sobremaneira a dinâmica de saúde pública no país, em especial a Atenção Primária a Saúde, porta de entrada do Sistema Único de Saúde e responsável pela reorientação do modelo assistencial em saúde, ainda é um desafio a ser superado.

Portanto, propostas que, a exemplo do que pretende este estudo, proponham estudá-la, em seu aspecto mais amplo, são cada vez mais necessárias, uma vez que apresentam a capacidade de apontar suas lacunas, desafios e potencialidades, tendo em vista a evolução e atualização das políticas públicas de saúde na área.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Descrever o perfil do idoso atendido a atenção primária à saúde e os aspectos associados à satisfação com o atendimento.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Traçar o perfil sociodemográficos de idosos adstritos a atenção primaria a saúde.
- Descrever aspectos sobre condições de saúde e hábitos de vida de idosos adstritos a atenção primaria à saúde
- Compilar aspectos sobre inserção e uso de serviços de saúde por idosos adstritos a

atenção primária à saúde.

- Investigar aspectos associados com a satisfação no atendimento de idosos adstritos a atenção primária à saúde.

3. MÉTODO

3.1 Tipo de Estudo: Pesquisa descritiva, de corte transversal, com abordagem do tipo quantitativa.

3.2 Cenário: Campina Grande, Paraíba, Brasil.

3.3 Período da pesquisa: Dezembro de 2016 a março de 2017.

3.4 Participantes: Idosos com 60 anos ou mais.

3.5 Procedimentos de coleta de dados: Para aproximação com os sujeitos serão realizadas visitas domiciliares. Os dados serão coletados por equipes de colaboradores, a partir de dois instrumentos.

3.6 Análises dos dados: Os dados serão analisados a partir de um Software estatístico apropriado

3.7 Aspectos éticos: Todos os preceitos éticos preconizados para estudos com seres humanos serão respeitados, incluindo: sigilo dos participantes e de suas informações; liberdade para os participantes retirarem a intenção de participação a qualquer tempo e circunstância; publicação dos resultados em veículos científicos; e execução deste projeto de pesquisa, após aprovação do mesmo por um comitê de ética em pesquisa.

4. RESULTADOS ESPERADOS

- Contribuição com a produção do saber na área da saúde pública voltado para assistência a pessoas idosas no âmbito da atenção primária a saúde.
- Geração de conhecimento que possa ser base para formulação de programas e políticas públicas para melhoria da atenção primária a saúde.

- Disponibilização de informações sobre o perfil do idoso adstrito a atenção primária a saúde bem como os aspectos associados a satisfação com o atendimento.
- Benefícios no processo de formação de recursos humanos para a saúde, na área de envelhecimento, saúde da pessoa idosa e atenção primária a saúde, uma necessidade premente na atualidade.

APÊNDICE D

PROCESSO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, KAIO KEOMMA AIRES SILVA MEDEIROS, aluno do Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública, da Universidade Estadual da Paraíba, em nível de mestrado, estou desenvolvendo um projeto de pesquisa intitulado **“PERFIL DO IDOSO ATENDIDO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE E ASPECTOS ASSOCIADOS A SATISFAÇÃO COM O ATENDIMENTO”**, na condição de pesquisador responsável, sob orientação do Professor Doutor Aleksandro Silva Coura, pesquisador associado, e necessito do seu consentimento para que eu possa realizar o estudo. Para tanto, esclareço:

- A você – o(a) voluntário(a)- só caberá à autorização para a utilização das informações coletadas durante a pesquisa;
- A mim -o pesquisador- caberá o desenvolvimento da pesquisa de forma confidencial, respeitando o sigilo das suas informações, e, posteriormente, a publicação dos resultados à comunidade científica;
- Não haverá utilização de nenhum indivíduo como placebo, haja vista não haver procedimento terapêutico neste trabalho científico;
- O(A) voluntário(a) poderá se recusar a participar, ou retirar seu consentimento, a qualquer momento não havendo penalização ou prejuízo para o mesmo;
- Não haverá qualquer ônus financeiro aos participantes e qualquer procedimento que possa incorrer em danos físicos.
- Ao final da pesquisa, se for do seu interesse, você terá livre acesso as informações coletadas durante sua entrevista;
- Qualquer dúvida ou solicitação de esclarecimentos, você poderá me contatar no número (83) 9656-4484. Poderá, também, entrar em contato, com o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual da Paraíba através do telefone (83) 3315-3373.

Uma vez lido e entendido tais esclarecimentos e por estar de pleno acordo com o teor do mesmo, solicito seu consentimento.

Participante de Pesquisa

Assinatura Datiloscópica
(polegar direito)



Pesquisador responsável:

Kaio Keomma Aires Silva Medeiros

Pesquisador associado:

Prof. Dr. Aleksandro Silva Coura

Campina Grande, ____ de _____ de 2016.

APÊNDICE E



UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PESQUISA
MESTRADO EM SAÚDE PÚBLICA

**PERFIL DO IDOSO ATENDIDO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE E ASPECTOS ASSOCIADOS A
SATISFAÇÃO COM O ATENDIMENTO**

Ficha de cadastro de participantes – Conglômero

Nome: _____ NÚMERO
 Data de nascimento: ___/___/___ Rua: _____
 Número: _____ Bairro: _____ Referência: _____
 Contatos: _____

Nome: _____ NÚMERO
 Data de nascimento: ___/___/___ Rua: _____
 Número: _____ Bairro: _____ Referência: _____
 Contatos: _____

Nome: _____ NÚMERO
 Data de nascimento: ___/___/___ Rua: _____
 Número: _____ Bairro: _____ Referência: _____
 Contatos: _____

Nome: _____ NÚMERO
 Data de nascimento: ___/___/___ Rua: _____
 Número: _____ Bairro: _____ Referência: _____
 Contatos: _____

Nome: _____ NÚMERO
 Data de nascimento: ___/___/___ Rua: _____
 Número: _____ Bairro: _____ Referência: _____
 Contatos: _____

Nome: _____ NÚMERO
 Data de nascimento: ___/___/___ Rua: _____
 Número: _____ Bairro: _____ Referência: _____
 Contatos: _____

APÊNDICE F



UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PESQUISA
MESTRADO EM SAÚDE PÚBLICA

PERFIL DO IDOSO ATENDIDO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE E ASPECTOS ASSOCIADOS A SATISFAÇÃO COM O ATENDIMENTO

Relatório Semanal de Atividades de Campo

<i>Data</i> ___/___/___	<i>Semana de trabalho</i>	<i>Conglômero</i> ___	<i>Colaboradores</i>
	—		

Número de dias trabalhados:

Número de coletas realizadas:

Intercorrências:

APÊNDICE G

**RELAÇÃO DAS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE DA FAMÍLIA POR DISTRITO SANITÁRIO
EM CAMPINA GRANDE-PB**

Distritos Sanitários	UBSF com uma equipe*	Identificação
Distrito Sanitário I	7	Antônio Arruda Antônio Mesquita Campos Sales Jardim América I Jardim América II Jardim Tavares Tota Agra
Distrito Sanitário II	3	Bodocongó I Eduardo Ramos Nely Maia
Distrito Sanitário III	9	Araxá Conceição Jardim Continental JocelFechine Monte Santo Nações Novo Araxá Palmeira Rosa Mística
Distrito Sanitário IV	7	Ancora Itararé Estação Velha Nossa Senhora Aparecida Porteira de Pedra Tambor I Tambor II Wilson Furtado
Distrito Sanitário V	11	Acácio de Figueredo Argemiro de Figueiredo Bairro das Cidades I Bairro das Cidades II Catolé de Zé Ferreira Liberdade III Maria de Lourdes Leoncio Novo Horizonte Ressurreição Ronaldo Cunha Lima Serra da Borborema

Distrito Sanitário VI	10	Antônio Aurélio Ventura Djalma Barbosa Dinamérica Estreito Jardim Quarenta Jardim Verdejante Malvinas IV Paus Brancos Ramadinha I Umburanas
-----------------------	----	--

*Apesar de existirem 80 UBSF, apenas aquelas que contém uma ESF foi considerada neste estudo, totalizando 47, portanto.

ANEXO A**TERMO DE COMPROMISSO DO PESQUISADOR RESPONSÁVEL**

Projeto de Pesquisa: PERFIL DO IDOSO ATENDIDO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE E ASPECTOS ASSOCIADOS A SATISFAÇÃO COM O ATENDIMENTO

Eu, KAIO KEOMMA AIRES SILVA MEDEIROS, aluno do Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública, da Universidade Estadual da Paraíba, em nível de mestrado, comprometo-me em cumprir integralmente as normas da Resolução 466/12 do CNS, que dispõe sobre Ética em Pesquisa que Envolve Seres Humanos.

Estou ciente das penalidades que poderei sofrer caso infrinja qualquer um dos itens da referida resolução.

Por ser verdade, assino o presente compromisso.

Kaio Keomma Aires Silva Medeiros

Campina Grande, ____ de _____ de 2016.

ANEXO B**TERMO DE COMPROMISSO DO PESQUISADOR ASSOCIADO**

Projeto de Pesquisa: PERFIL DO IDOSO ATENDIDO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE E ASPECTOS ASSOCIADOS A SATISFAÇÃO COM O ATENDIMENTO

Eu, ALEXSANDRO SILVA COURA, docente do curso de Graduação em Enfermagem e do Programa de Pós-graduação em Saúde Pública, da Universidade Estadual da Paraíba, comprometo-me em cumprir integralmente as normas da Resolução 466/12 do CNS, que dispõe sobre Ética em Pesquisa que Envolve Seres Humanos.

Estou ciente das penalidades que poderei sofrer caso infrinja qualquer um dos itens da referida resolução.

Por ser verdade, assino o presente compromisso.

Dr. Alexsandro Silva Coura

Campina Grande, ____ de _____ de 2016.

ANEXO C**TERMO DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL I**

Estamos cientes da intenção da realização do projeto intitulado “**PERFIL DO IDOSO ATENDIDO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE E ASPECTOS ASSOCIADOS A SATISFAÇÃO COM O ATENDIMENTO**” desenvolvido pelo aluno Kaio Keomma Aires Silva Medeiros (Pesquisador Responsável), do Curso de Mestrado em Saúde Pública, da Universidade Estadual da Paraíba, sob a orientação do professor Dr.Alexsandro Silva Coura (Pesquisador Auxiliar).

Secretaria de saúde de Campina Grande

Campina Grande, ____ de _____ de 2016.

ANEXO D**TERMO DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL II**

Estamos cientes da intenção da realização do projeto intitulado “**PERFIL DO IDOSO ATENDIDO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE E ASPECTOS ASSOCIADOS A SATISFAÇÃO COM O ATENDIMENTO**” desenvolvido pelo aluno Kaio Keomma Aires Silva Medeiros, do Curso Mestrado em Saúde Pública, da Universidade Estadual da Paraíba, sob a orientação do professor Dr. Alexsandro Silva Coura.

Gerencia de Atenção Básica de Campina Grande

Campina Grande, ____ de _____ de 2016

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: A atenção primária a saúde sob a ótica do idoso

Pesquisador: KAIO KEOMMA AIRES SILVA MEDEIROS

Área

Temática:

Versão: 2

CAAE: 62471316.4.0000.5187

Instituição Proponente: Universidade Estadual da Paraíba - UEPB

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.907.972

Apresentação do Projeto:

Projeto com o novo título: “A atenção primária a saúde sob a ótica do idoso”, encaminhado, em sua segunda versão física para análise, ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual da Paraíba, com fins à obtenção de parecer conclusivo para o consequente início das atividades propostas, as quais resultarão na Dissertação do Curso de Pós-Graduação em Saúde Pública, em nível de mestrado, da Universidade Estadual da Paraíba.

Objetivo da Pesquisa:

Caracterizar o idoso adstrito a Atenção Primária à Saúde e aspectos da assistência ofertada por este nível de atenção; ressaltando que os objetivos específicos foram contemplados por estarem diretamente relacionados com o objetivo geral.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Em conformidade com o parecer inicial, os riscos e benefícios estão claramente apresentados, sendo considerados como mínimos, podendo ser nitidamente observados na descrição do protocolo em análise

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de uma temática relevante, envolvendo a atenção primária à saúde no contexto do idoso, incluindo as práticas dos profissionais de saúde envolvidos, com ênfase as suas habilidades e competências. Contudo, o autor, após as recomendações do parecerista inicial, entendeu em

Endereço: Av. das Baraúnas, 351- Campus Universitário

Bairro: Bodocongó

CEP: 58.109-753

UF: PB

Município: CAMPINA GRANDE

Telefone: (83)3315-3373

Fax: (83)3315-3373

E-mail: cep@uepb.edu.br

UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA - PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO



Continuação do Parecer: 1.907.972

redesenhar o método de estudo, a partir da tipologia descritiva, sem mais considerar o campo teórico da avaliação propriamente dita. Ademais, o instrumento de coleta de informações foi revisado com os devidos ajustes sendo atendidos pelo autor. Quanto a nomenclatura “Atenção a saúde do idoso”, esta foi mantida pelo autor; com relação ao cronograma, houve uma reformulação do mesmo; já no que diz respeito a rede de Atenção a Saúde, esta foi atualizada.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Em atendimento a solicitação feita pelo parecerista inicial, foi elaborada uma nova Folha de Rosto, sendo esta assinada pelo Representante Institucional do programa em que o aluno está vinculado, com a consequente submissão no sistema. Outrossim, todos os termos necessários estão em harmonia com as exigências preconizadas pela Resolução 466/12/CNS/MS

Recomendações:

O projeto encontra-se em sua segunda apreciação ética e observa as recomendações formais e principais sugestões suscitadas pelo parecerista inicial.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O projeto atende as exigências protocolares. Diante do exposto, somos pela aprovação. Salvo, melhor juízo.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BASICAS_DO_PROJETO_822387.pdf	26/12/2016 11:20:28		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETOFINAL_.docx	26/12/2016 11:20:07	KAIO KEOMMA AIRES SILVA MEDEIROS	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMAKEOMMA_.docx	26/12/2016 11:19:46	KAIO KEOMMA AIRES SILVA MEDEIROS	Aceito
Folha de Rosto	folh.pdf	20/12/2016 12:04:42	KAIO KEOMMA AIRES SILVA MEDEIROS	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	tcle.docx	09/11/2016 09:36:16	KAIO KEOMMA AIRES SILVA MEDEIROS	Aceito
Orçamento	orcamento.docx	09/11/2016	KAIO KEOMMA	Aceito

Endereço: Av. das Baraúnas, 351- Campus Universitário

Bairro: Bodocongó

CEP: 58.109-753

UF: PB

Município: CAMPINA GRANDE

Telefone: (83)3315-3373

Fax: (83)3315-3373

E-mail: cep@uepb.edu.br

UNIVERSIDADE ESTADUAL DA
PARAÍBA - PRÓ-REITORIA DE
PÓS-GRADUAÇÃO E



Continuação do Parecer: 1.907.972

Orçamento	orcamento.docx	09:27:29	AIRES SILVA MEDEIROS	Aceito
-----------	----------------	----------	-------------------------	--------

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

CAMPINA GRANDE, 06 de Fevereiro de 2017

Assinado por:
Marconi do Ó Catão
(Coordenador)

Endereço: Av. das Baraúnas, 351- Campus Universitário

Bairro: Bodocongó

CEP: 58.109-753

UF: PB

Município: CAMPINA GRANDE

Telefone: (83)3315-3373

Fax: (83)3315-3373

E-mail: cep@uepb.edu.br

MEMORIAL

Kaio Keomma Aires Silva Medeiros foi graduado em Enfermagem pela Universidade Estadual da Paraíba, em 2014, tendo ingressado em seu Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública, em nível de Mestrado, no ano seguinte, do qual foi bolsista, pela Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior; e, ainda, contemplado com financiamento para desenvolvimento do Projeto de Pesquisa que ensejou esta dissertação. Parte de sua formação acadêmica foi realizada no Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia, onde participou de período sanduíche, no âmbito do Programa de Pesquisa e Cooperação Técnica em Atenção Primária a Saúde. Em dois anos de formação, foi representante discente no Colegiado do curso e na Câmara de Pós-Graduação; publicou cinco artigos, três dos quais em prestigiosas revistas e auxiliou no desenvolvimento de três monografias de graduandos, vinculados ao seu orientador; foi admitido como parecerista em três periódicos científicos; interagindo diretamente com mais de 20 colaboradores em atividades relacionados a pesquisa. Com este trabalho, encerra momentaneamente seu vínculo com a instituição, dando seguimento no Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo.