



Universidade Federal de São Carlos

Centro de Ciências Biológicas e da Saúde – CCBS

Programa de Pós-Graduação em Gerontologia – PPGGero

Laboratório do Estudo da Dor e Funcionalidade no  
Envelhecimento - LADORFE



**Os Impactos do uso da Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa e  
matriciamento nos Indicadores de Satisfação da Equipe e dos Idosos na  
Atenção Primária em Saúde.**

Otávio Augusto Fernandes Marques Bianco

Orientador: Prof<sup>ª</sup>.Dr<sup>ª</sup>. Karina Gramani-Say

São Carlos / 2023



**PPGGero**  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO  
EM GERONTOLOGIA

Universidade Federal de São Carlos

Centro de Ciências Biológicas e da Saúde – CCBS

Programa de Pós-Graduação em Gerontologia – PPGGero

Laboratório do Estudo da Dor e Funcionalidade no  
Envelhecimento – LADORFE



**Os Impactos do uso da Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa e  
matriciamento nos Indicadores de Satisfação da Equipe e dos Idosos na  
Atenção Primária em Saúde.**

Otávio Augusto Fernandes Marques Bianco

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Gerontologia do Centro de Ciências Biológicas e da Saúde da Universidade Federal de São Carlos,, como parte dos requisitos para obtenção do título de Mestre em Gerontologia. (Linha de pesquisa: Saúde, biologia e envelhecimento).

Orientadora: Prof<sup>ª</sup>.Dr<sup>ª</sup>. Karina Gramani Say

São Carlos / 2023

Bianco, Otávio Augusto Fernandes Marques

Os Impactos do uso da Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa e matriciamento nos Indicadores de Satisfação da Equipe e dos Idosos na Atenção Primária em Saúde. / Otávio Augusto Fernandes Marques Bianco -- 2023. 130f.

Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal de São Carlos, campus São Carlos, São Carlos  
Orientador (a): Karina Gramani-Say  
Banca Examinadora: Grace Angélica de Oliveira Gomes, Ana Silvia Moccellin  
Bibliografia

1. Gerontologia. 2. Gestão da Saúde. 3. Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa. I. Bianco, Otávio Augusto Fernandes Marques. II. Título.

Ficha catalográfica desenvolvida pela Secretaria Geral de Informática (SIn)

DADOS FORNECIDOS PELO AUTOR

Bibliotecário responsável: Ronildo Santos Prado - CRB/8 7325

## **Dedicatória**

Dedico esse trabalho a todos os idosos que já convivi ao longo de toda minha vida, sempre me passando a sabedoria dos ancestrais e me estimulando a seguir sempre no caminho correto.

## **Agradecimentos**

Em primeiro lugar, agradeço a Olórun, nosso pai criador e as nossas mães ancestrais Iya Mi Oşorongá. Agradeço aos Orixás, principalmente meu Pai Omolú e minha Mãe Iansã, que são os donos do meu Orí, me protegem e guardam diariamente. Agradeço ao meu Guardião Exú do Fogo, que me livra de cada uma e me sustenta nos momentos de maior dificuldade! Laroye, salve meu ancestral! Agradeço a todos os guias da Casa de Umbanda Pai Jerônimo e Caboclo Arruda, que estão sempre me protegendo e prontos para uma palavra de apoio. Salve Exú Pimenta, Exú Tiriri, Dona Sete Rosas Vermelhas, Pai Jerônimo, Caboclo Arruda, Exú Porteira, Caboclo da Lua, Pai Mané, e todos os outros guias que fazem parte da nossa corrente tão linda! Axé!

Agradeço o apoio incondicional da minha família, minha mãe Neusiane que vibrou e chorou comigo em diversos momentos. Meu pai Alessandro, que me apoiou durante esse tempo todo de estudos. Meus irmãos Victor, Maria Rita, Franciele, Emanuely e Emanuel que são o alento ao voltar para casa. O maior presente que alguém pode ter é uma família que o apoie, e sou afortunado por tê-los ao meu lado. Meu tio e padrinho Nelson, minha tia Ana Mara e meu primo Rafael, que mesmo longe estão na torcida e no apoio. Por fim, não poderia deixar de citar meus avós, Nelson, Neusa, Taddeo e Glauce, que acompanharam todo o processo e são inspiração e fonte de aprendizado para grande parte do que sei e me tornei como Gerontólogo.

Agradeço imensamente a todos da corrente do nosso terreiro. Especialmente ao meu Pai de Santo Paulo César (do Exú Pimenta hahaha) que está sempre ao meu lado, seja para escutar um choro, dar conselhos ou fazer alguma piada zoeira. De verdade, não sei o que seria da minha vida sem a Casa do Jerônimo. Não posso deixar de citar meus padrinhos tio Fernando e mainha Fernanda, a ekedji Isabella e todos meus irmãos de corrente, Valéria, Dani, Letícia, Alessandro, Henrique, João Paulo, os pequenos Pedro e Luisa, pai Lucas e Carol. Muito Axé, vocês são minha família!

Agradeço meus amigos, os novos e antigos, presentes de uma forma ou de outra ao longo de toda essa caminhada (no mestrado, na medicina), Euclides, Andréa, Ana Carolina, Fábio, Denis, Larissa, Aline e Régis (meus afilhados), Raquel, Gabriel, Janara, Guilherme, Wendel, Léo, Renata, Dener, Lucas, Victor, Felipe, Luan, Flávio (Japa, tá feliz?), Otávio (Giuzão), Daniele, Adriano, Stephan, Evel, Barbára, Mariana, Alexandre (alguém que lê

Sanderson comigo) e muitos outros. Os pequenos detalhes e apoio fazem a total diferença e permitem que consigamos alcançar o inimaginável. Se quer ir longe, vá em grupo.

Agradeço a toda equipe do LADORFE, isso sim é um laboratório onde existe a cooperação para o aprendizado e crescimento. A nossa chefe mor Karina, de longe a melhor orientadora que tive o prazer de trabalhar junto, além de orientar está sempre presente para ajudar, oferecer um ombro para chorar e se preocupa de verdade com o desenvolvimento dos seus orientandos. Continue assim professora, procurei uma orientadora e ganhei uma amiga. Agradecimento especial à Bianca, por toda a ajuda no desenvolvimento deste trabalho. Aos amigos mestrandos que começaram comigo, Juliana, Bia e Renata (saudades panelinha). Agradeço imensamente a Fabíola, sem você essa coleta estaria bem longe de terminar.

Por fim, agradeço a todos os membros das equipes que participaram do estudo, em especial as enfermeiras que fazem um trabalho espetacular gerindo toda a equipe enquanto cuidam de seus pacientes! Obrigado Renata, Juliana, Juliana, Livia e a Ana Carolina (médica e professora). Sem o apoio de vocês esse trabalho não teria os resultados que teve!

*“Qual é a maior verdade do mundo?...”*

*Exú Pimenta*

*“Conhecimento é Poder!”*

*Francis Bacon*



## Resumo

O envelhecimento traz novas demandas para os sistemas de saúde. Para tanto é necessário melhorar a gestão dos recursos de saúde bem como promover um atendimento preventivo e centrado no paciente. Uma das maneiras é a realização de matriciamentos para a educação continuada acerca de ferramentas de gestão em saúde e que produzam indicadores, como a Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa (CSPI). **Objetivos:** Avaliar os impactos do uso da Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa e da presença de um matriciamento realizado por um gestor do envelhecimento nos indicadores de gestão em saúde da unidade e satisfação da equipe e idosos.. **Metodologia:** Trata-se de um estudo experimental, longitudinal com abordagem quantitativa e qualitativa. Para tanto foram selecionadas 4 USF de um município de Minas Gerais, separando-as em 2 grupos, Intervenção (GI) e Controle (GC), acompanhados durante 6 meses. Além disso, foram selecionados 157 idosos para realizarem avaliação da satisfação. Ambos os grupos receberam uma qualificação a respeito da importância da avaliação multidimensional (AMD) da pessoa idosa, o uso da CSPI, o acompanhamento dos seus desfechos e materiais de apoio para a intervenção. No grupo intervenção foi realizada gestão e acompanhamento de casos de idosos por meio da CSPI, com matriciamentos quinzenais. Foram coletadas com a equipe as variáveis quantidade de CSPI preenchidas e satisfação e com os idosos sua satisfação por meio do instrumento Short Assessment Patient Satisfaction (SAPS) antes e depois do período de intervenção. Os dados foram tabulados e analisados por meio do software SPSS, adotando-se um valor de significância de 0,05. Foram utilizados os testes de Mann-Whitney para comparação intergrupos, Wilcoxon para comparação intragrupos e Qui-Quadrado para as variáveis categóricas. A análise qualitativa foi apresentada pelo resumo dos domínios levantados nas respostas dos profissionais **Resultados:** Para a análise intergrupos da equipe, Inicialmente nenhum profissional das equipes avaliadas utilizavam a CSPI, após a intervenção houve diferença no preenchimento de CSPI entre GC e GI, sendo que 75% dos profissionais do GI passaram a utilizar a CSPI, enquanto o GC não utilizou o instrumento. Em relação à satisfação dos pacientes idosos foi encontrada diferença inicial nos domínios avaliados pelo SAPS nas questões satisfação com o efeito do tratamento/cuidado (SAPS 1), GC (4,57 +/- 0,69) GI (4,09 +/- 1,1); segunda questão relacionada à satisfação com as explicações dos profissionais (SAPS 2) GC: (4,58 +/- 0,86) GI: (4,31 +/- 0,89); satisfação com as próprias escolhas (SAPS 4) GC: (4,57 +/- 0,94) GI (4,26 +/- 0,76); satisfação com o tempo de consulta (SAPS 6) GC: (4,81 +/- 0,72) GI: (3,90 +/- 1,33). Após a intervenção essas diferenças se mantiveram, com exceção da SAPS 6. Também ocorreu diferença na questão satisfação com o cuidado (SAPS 7) GC: (4,75 +/- 0,53) GI: 4,39 (+/- 0,75) após a intervenção. Na comparação intragrupo dos pacientes idosos houve diferença na questão SAPS 6, com aumento da pontuação no GI inicial (3,90 +/- 1,33) final (4,42 +/- 1,10) e redução da pontuação no GC inicial (4,81 +/- 0,72) final (4,26 +/- 1,32). Na comparação intragrupo das equipes houve diferença apenas na questão relativa ao conhecimento da equipe sobre saúde do idoso, média GC inicial: (3,17 +/- 0,86) final (3,76 +/- 0,86). Em relação à análise qualitativa houve mudança no padrão do discurso entre o GC e GI, no qual o GI passou a perceber melhora no atendimento e fluxo de encaminhamento, enquanto o GC não teve essa mudança. **Discussão:** O matriciamento não teve impacto nas pontuações de satisfação da equipe nem dos idosos, evidenciando a necessidade de maior tempo de intervenção e a influência de múltiplos fatores na satisfação tanto da equipe quanto dos idosos. Por outro lado, o matriciamento aumentou o número de CSPI preenchidas pela equipe e a percepção em relação ao seu uso e conhecimento acerca da saúde da pessoa idosa. Isso mostra como as equipes necessitam de apoio e estímulo constantes pela gestão e profissionais especialistas. **Conclusão:** o matriciamento não

impactou nos níveis de satisfação da equipe e dos idosos, mas impactou no preenchimento de CSPI e nos sentimentos relativos à saúde do idoso, mostrando a sua importância para fortalecer o uso da AMD na APS e auxiliar a equipe na formulação do plano de cuidado longitudinal da pessoa idosa.

**Palavras-chave:** Pessoa Idosa; Gestão da Saúde; Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa; Atenção Primária em Saúde; Envelhecimento saudável

## Abstract

Aging brings new demands to health systems. Therefore, it is necessary to improve the management of health resources, as well as to promote preventive and patient-centered care. One of the ways is to carry out matrix support for continuing education about health management tools and that produce indicators, such as the Health Handbook for the Elderly (CSPI). **Objectives:** To evaluate the impacts of using the Health Handbook for the Elderly and the presence of a matrix support carried out by an aging manager on the health management indicators of the unit and satisfaction of the team and the elderly. **Methodology:** This is a study experimental, longitudinal with a quantitative and qualitative approach. For this purpose, 4 USF from a municipality in Minas Gerais were selected, separating them into 2 groups, Intervention (GI) and Control (GC), followed for 6 months. In addition, 157 elderly people were selected to carry out a satisfaction assessment. Both groups received qualifications regarding the importance of the multidimensional assessment (AMD) of the elderly, the use of CSPI, monitoring of outcomes and support materials for the intervention. In the intervention group, management and follow-up of elderly cases were carried out through the CSPI, with fortnightly matrix support. The variables number of completed CSPI and satisfaction were collected from the team, and from the elderly, their satisfaction through the Short Assessment Patient Satisfaction (SAPS) instrument before and after the intervention period. Data were tabulated and analyzed using the SPSS software, adopting a significance value of 0.05. The Mann-Whitney test was used for intergroup comparison, the Wilcoxon test for intragroup comparison and the chi-square test for categorical variables. The qualitative analysis was presented by the summary of the domains raised in the professionals' responses **Results:** For the intergroup analysis of the team, Initially, no professional from the evaluated teams used the CSPI, after the intervention there was a difference in filling out the CSPI between GC and IG, with 75 % of GI professionals started to use the CSPI, while the CG did not use the instrument. Regarding the satisfaction of elderly patients, an initial difference was found in the domains evaluated by the SAPS in the questions satisfaction with the effect of treatment/care (SAPS 1), GC (4.57 +/- 0.69) GI (4.09 +/- 1.1); second question related to satisfaction with the professionals' explanations (SAPS 2) GC: (4.58 +/- 0.86) IG: (4.31 +/- 0.89); satisfaction with their own choices (SAPS 4) GC: (4.57 +/- 0.94) GI (4.26 +/- 0.76); satisfaction with consultation time (SAPS 6) GC: (4.81 +/- 0.72) IG: (3.90 +/- 1.33). After the intervention, these differences remained, with the exception of SAPS 6. There was also a difference in the question satisfaction with care (SAPS 7) GC: (4.75 +/- 0.53) IG: 4.39 (+/- 0.75) after the intervention. In the intragroup comparison of elderly patients, there was a difference in question SAPS 6, with an increase in the score in the initial GI (3.90 +/- 1.33) in the final (4.42 +/- 1.10) and a reduction in the score in the initial CG (4.81 +/- 0.72) final (4.26 +/- 1.32). In the intragroup comparison of the teams, there was difference only in the question related to the team's knowledge about the health of the elderly, mean initial GC: (3.17 +/- 0.86) final (3.76 +/- 0.86). Regarding the qualitative analysis, there was a change in the speech pattern between the CG and GI, in which the GI began to perceive an improvement in the service and referral flow, while the CG did not have this change. **Discussion:** Matrix support had no impact on the satisfaction scores of either the team or the elderly, evidencing the need for a longer intervention time and the influence of multiple factors on the satisfaction of both the team and the elderly. On the other hand, matrix support increased the number of CSPI completed by the team and the perception of their use and knowledge about the health of the elderly. This shows how teams need constant support and encouragement from

management and specialist professionals. **Conclusion:** matrix support did not impact the levels of satisfaction of the team and the elderly, but it did impact the completion of the CSPI and the feelings related to the health of the elderly, showing its importance in strengthening the use of AMD in PHC and helping the team in formulating the longitudinal care plan for the elderly.

**Keywords:** Elderly Person; Health Management; Health Handbook for the Elderly; Primary Health Care; healthy aging

## Lista de Figuras

<b>Figura 1</b> - Fluxograma de grupos e intervenções nas USFs.....	<b>39</b>
<b>Figura 2</b> - Fluxograma de avaliações com os idosos.....	<b>39</b>
<b>Figura 3</b> - Gráfico do número de CSPI preenchidas pelo Grupo Controle (GC) (laranja) e Grupo Intervenção (GI) (azul) ao longo de 6 meses.....	<b>51</b>
<b>Figura 4</b> - Nuvem de palavras com as respostas do GI - Avaliação Inicial (esquerda) e Final (direita).....	<b>58</b>
<b>Figura 5</b> - Nuvem de Palavras com as respostas do GC - Análise Inicial (esquerda) Final (direita).....	<b>59</b>

## Lista de Quadros

<b>Quadro 1</b> - Os desfechos avaliados na Caderneta de Saúde da Pessoa Idoso (CSPI) para os desfechos nas condições de saúde, ações necessárias na Atenção Primária em Saúde (APS) e evidências científicas.....	27
<b>Quadro 2</b> - Instrumento 5W2H.....	37
<b>Quadro 3</b> - Perguntas, domínios, desfechos e estratégias para as respostas apresentadas nas questões qualitativas - Grupo Intervenção Equipes E1 e E2.....	51
<b>Quadro 4</b> - Perguntas, domínios e respostas apresentadas nas questões qualitativas - Grupo Controle - Equipes C1 e C2.....	53
<b>Quadro 5</b> - Perguntas qualitativas aplicadas na reavaliação das equipes do grupo intervenção, suas respostas e domínios levantados.....	54
<b>Quadro 6</b> - Perguntas qualitativas aplicadas na reavaliação das equipes do grupo controle, suas respostas e domínios levantados.....	56

## Lista de Tabelas

<b>Tabela 1</b> - Principais causas de óbitos na população acima de 60 anos no ano de 2019 no Brasil.....	<b>21</b>
<b>Tabela 2</b> - Principais causas de internações hospitalares na população acima de 60 anos em 2020 no Brasil.....	<b>22</b>
<b>Tabela 3</b> - Caracterização socioeconômica dos idosos participantes do estudo (n= 137).....	<b>42</b>
<b>Tabela 4</b> - Média das pontuações de satisfação avaliados pelo instrumento Short Assessment Patient Satisfaction (SAPS) na avaliação inicial dos idosos comparação intergrupo (n=137)	<b>44</b>
<b>Tabela 5</b> - Média das pontuações obtidas na avaliação por meio do instrumento Short Assessment Patient Satisfaction (SAPS) na avaliação final dos idosos (comparação intergrupo) (n= 137).....	<b>45</b>
<b>Tabela 6</b> - Média das pontuações inicial e final na escala Short Assessment Patient Satisfaction (SAPS) e comparação intragrupo - Grupo Intervenção (GI) (n=68).....	<b>46</b>
<b>Tabela 7</b> - Média de pontuação inicial e final na escala Short Assessment Patient Satisfaction (SAPS) e comparação intragrupo - Grupo Controle (GC) (n=69).....	<b>47</b>
<b>Tabela 8</b> - Quantidade de membros por equipe e especialistas. Equipes do GI são E1 e E2 e equipes do GC são C1 e C2.....	<b>47</b>
<b>Tabela 9</b> - Média das pontuações na escala de satisfação elaborada pelo autor na avaliação inicial das equipes de Atenção Primária em Saúde (APS) e comparação intergrupo (n=137).	<b>48</b>
<b>Tabela 10</b> - Média das pontuações na escala de satisfação elaborada pelos autores na avaliação final das equipes de Atenção Primária em Saúde (APS) e comparação intergrupo (n=137).....	<b>49</b>
<b>Tabela 11</b> - Média das pontuações na escala de satisfação elaborada pelos autores na avaliação inicial e final das equipes de Atenção Primária em Saúde (APS) do GC, avaliação intragrupo (n=68).....	<b>49</b>
<b>Tabela 12</b> - Média das pontuações na escala de satisfação elaborada pelo autor na avaliação inicial e final das equipes de Atenção Primária em Saúde (APS) do GC, avaliação intragrupo (n=69).....	<b>50</b>

### Lista de Siglas

CEP	Conselho de Ética em Pesquisa
USF	Unidade de Saúde da Família
UFSCar	Universidade Federal de São Carlos
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
ELSI	Estudo Longitudinal de Saúde do Idoso
CID-10	Classificação Internacional de Doenças – 10 Edição
OMS	Organização Mundial de Saúde
APS	Atenção Primária em Saúde
ACMFC	Associação Catarinense de Medicina de Família e Comunidade
PNSPI	Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa
CSPI	Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa
APS	Atenção Primária em Saúde
DCNT	Doença Crônica Não Transmissível
GI	Grupo Intervenção
GC	Grupo Controle
PTS	Projeto Terapêutico Singular
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido



MS	Ministério da Saúde
SAPS	Short Assessment of Patient Satisfaction
AMD	Avaliação Multidimensional
IAM	Infarto Agudo do Miocárdio
AVC	Acidente Vascular Cerebral

## SUMÁRIO

<b>1 - INTRODUÇÃO.....</b>	<b>19</b>
<b>2 - REVISÃO DE LITERATURA.....</b>	<b>21</b>
2.1 - Envelhecimento e Doenças Crônicas Não Transmissíveis.....	21
2.2 Sistema Único Saúde (SUS) e Atenção Primária em Saúde.....	23
2.3 Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa e Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa.....	25
2.4 Gestão da Saúde e Ferramentas de Gestão.....	30
<b>3 - JUSTIFICATIVA.....</b>	<b>31</b>
<b>4 - OBJETIVOS.....</b>	<b>32</b>
<b>5 - HIPÓTESES.....</b>	<b>33</b>
<b>6 - MÉTODOS.....</b>	<b>34</b>
<b>7 - RESULTADOS.....</b>	<b>42</b>
<b>8 – DISCUSSÃO.....</b>	<b>60</b>
<b>9 – CONCLUSÃO.....</b>	<b>66</b>
<b>CRONOGRAMA DE ATIVIDADES.....</b>	<b>67</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>68</b>
<b>APÊNDICE.....</b>	<b>77</b>
Apêndice 1 - TCLE equipe de saúde.....	77
Apêndice 2 - TCLE Idosos.....	79
Apêndice 3 - Ficha de Indicadores Mensais.....	83
Apêndice 4 - Instrumento para avaliação de Satisfação Inicial da Equipe.....	84
Apêndice 5 - Instrumento para Reavaliação da Satisfação da equipe.....	85
Apêndice 6 - Instrumento de informações descritivas em relação ao atendimento ao idoso realizado pela equipe.....	86
Apêndice 7 - Materiais de Capacitação oferecidos aos profissionais da equipe do GE	87
<b>ANEXOS.....</b>	<b>126</b>
Anexo 1 - Parecer CEP.....	126
Anexo 2 - Short Assessment Patient Satisfaction (SAPS).....	129
Anexo 3 - Artigo aprovado para publicação na revista Ciência e Saúde Coletiva (A1).	131

## 1 - INTRODUÇÃO

O avanço de tecnologias médicas e sanitárias ao longo das últimas décadas, bem como a alteração no perfil reprodutivo das populações trouxeram consigo três fenômenos mundiais, a transição demográfica, a transição epidemiológica e o envelhecimento populacional (OLIVEIRA, 2019). Dentro do contexto da transição epidemiológica observa-se um aumento da carga das doenças típicas do envelhecimento, divididas em seis grupos, doenças do aparelho circulatório, neoplasias, doenças do aparelho respiratório, aparelho digestivo, doenças endócrinas, metabólicas e nutricionais e do sistema nervoso (OLIVEIRA, ROSSI, 2019).

No Brasil, grande parte do atendimento em saúde é realizado pelo Sistema Único de Saúde, nas esferas de atenção primária, secundária e terciária (BRASIL, 2014). Nesse sistema, a Atenção Primária em Saúde tem destaque, sendo considerada a porta de entrada para o SUS e, por meio de ações de proteção, promoção, prevenção, reabilitação e cura, para que os pacientes tenham suas demandas resolvidas e não seja necessário encaminhar para os níveis de atenção mais complexos, cujos custos são maiores (BRASIL, 2014). O Estudo Longitudinal da Saúde dos Idosos Brasileiro (ELSI-Brasil), coordenado pela Universidade Federal de Minas Gerais e pelo Instituto Fiocruz, mostrou que 75% dos idosos brasileiros utilizam o Sistema Único de Saúde (MACINKO, 2018).

Em relação à saúde do idoso, em 2006, o Ministério da Saúde promulgou a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI), que estabelece diretrizes para a atenção à saúde do idoso, o envelhecimento ativo e saudável, com foco na capacidade funcional, recuperando, mantendo e promovendo a autonomia e independência dos idosos (BRASIL, 2006) (OMS, 2015). O envelhecimento ativo e saudável consiste na manutenção da capacidade funcional, ou seja, na capacidade do indivíduo de utilizar suas capacidades intrínsecas (físicas e mentais) e os recursos ambientais para realizar atividades que sejam importantes para si e para sua sobrevivência (BRASIL, 2018).

Com o objetivo de atender as diretrizes da PNSPI, promover o envelhecimento ativo e saudável e também qualificar o atendimento ao paciente idoso, em 2007 foi lançada a primeira edição da Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa (CSPI), que atualmente está na quinta edição, reeditada em 2018. A CSPI é um instrumento de avaliação longitudinal das condições de saúde, sociais, familiares e ambientais da pessoa idosa (BRASIL, 2018). O uso da CSPI

permite e favorece o atendimento ao paciente idoso seja acolhedor e resolutivo, além de reconhecer o idoso como um agente ativo no processo de envelhecimento e cuidado, realiza ações integrais e integradas para a continuidade do cuidado, dissemina informações sobre o envelhecimento humano, auxilia na desconstrução de estereótipos e por fim favorece a articulação de ações entre serviços de saúde e sociais (BRASIL, 2017).

Segundo notícias do site da Casa Civil a CSPI foi enviada a 2045 municípios e 14 distritos sanitários indígenas. Esse valor corresponde a aproximadamente 37% dos municípios brasileiros, mostrando uma baixa adesão por parte das cidades brasileiras. (BRASIL, 2021).

A avaliação multidimensional (AMD) da pessoa idosa, por meio da CSPI é uma ferramenta para acompanhamento longitudinal do usuário para um adequado plano de cuidado mas também permite ao gestor organizar as ações da sua unidade, aprimorando a linha de cuidado e da rede de atenção em saúde da pessoa idosa no município, sendo portanto uma excelente ferramenta de gestão.

Entretanto, existem poucos estudos que exploram as dificuldades da implantação da CSPI e seu impacto na equipe de saúde e nos idosos atendidos na APS. O apoio a equipe de APS por meio de matriciamento pode ser uma estratégia viável para o gestor da APS oferecer as suas equipes, fortalecendo a PNSPI na APS mas poucos municípios utilizam essa estratégia ou possuem uma coordenadoria de saúde da pessoa idosa que poderia fomentar essa ação. Portanto, é necessário avaliar de forma quantitativa e qualitativa os obstáculos para uso da CSPI e verificar se o matriciamento poderia fornecer subsídios para as decisões políticas sejam tomadas bem como ações de melhoria de gestão e apoio a equipe da APS no uso da AMD.

## 2 - REVISÃO DE LITERATURA

### 2.1 - Envelhecimento e Doenças Crônicas Não Transmissíveis

O envelhecimento humano é um processo multifatorial, que pode ser definido como o desenvolvimento normal de um indivíduo com alterações funcionais, químicas, estruturais e neurobiológicas. Além disso, sofre influência de aspectos ambientais e sociais como estilo de vida, estresse, sedentarismo, qualidade de vida e acesso a equipamentos de saúde (SANTOS, ANDRADE, ORLANDO, 2009).

As DCNT são uma das consequências do envelhecimento humano e, no mundo, correspondem a 41 milhões de mortes prematuras, representando 71% de todas as mortes (SILVA, et al. 2022). Além disso, são importantes causas de incapacidade, perda de qualidade de vida e sobrecarga dos sistemas de saúde (SZWARCOWALD, et al. 2022).

No Brasil, segundo o IBGE, em 2021 a população idosa representa 10,1% da população, ou seja, aproximadamente 22 milhões de pessoas acima de 65 anos. Além disso, Segundo os dados do DATASUS em 2019, as quatro principais causas de óbito entre indivíduos maiores de 60 anos foram doenças do sistema circulatório, neoplasias, doenças do sistema respiratório e doenças sistema endócrino, metabólicas e nutricionais, como mostra a tabela 1 abaixo.

**Tabela 1** - Principais causas de óbitos na população acima de 60 anos no ano de 2019 no Brasil.

Capítulo CID-10	60 a 69 anos	70 a 79 anos	80 anos e mais	Total
IX. Doenças do aparelho circulatório	72.027	91.237	130.243	<b>293.507</b>
II. Neoplasias (tumores)	60.229	58.088	48.997	<b>167.314</b>
X. Doenças do aparelho respiratório	23.753	38.018	75.657	<b>137.428</b>
IV. Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	17.536	21.997	27.238	<b>66.771</b>
Total	<b>173.545</b>	<b>209.340</b>	<b>282.135</b>	<b>665.020</b>

Fonte: DATASUS

Os quatro grupos de doenças apresentados na tabela 1 são responsáveis por 49% das mortes ocorridas nessa faixa etária. Essas condições de saúde, exceto as neoplasias, estão elencadas dentro do conceito de “causas sensíveis à atenção primária”, ou seja, um conjunto de doenças que pode ter seus agravos e internações reduzidos quando a atenção primária funciona adequadamente (ALFRADIQUE, et. al. 2009) (SILVA, et al. 2022). A produção e aplicação deste conceito na forma de uma lista e índice de internações é essencial para a gestão e análise da eficiência da atenção primária, evitando agravos às condições de saúde e a fragilização dessa população. Além das doenças citadas na tabela 1, considerando a população geral, existem outras responsáveis por prejuízos à saúde como: doenças imunizáveis, anemias, infecções e doenças relacionadas ao pré-natal (ALFRADIQUE, et. al. 2009) (COSTA, et al. 2023). A tabela 2 apresenta os dados das quatro maiores causas de internações hospitalares entre os idosos acima de 60 anos no ano de 2020 no país.

**Tabela 2** - Principais causas de internações hospitalares na população acima de 60 anos em 2020 no Brasil.

Capítulo CID-10	60 a 69 anos	70 a 79 anos	80 anos e mais	Total
IX. Doenças do aparelho circulatório	258.482	215.596	139.659	<b>613.737</b>
I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	180.348	158.008	126.558	<b>464.914</b>
II. Neoplasias (tumores)	176.282	114.143	46.814	<b>337.239</b>
X. Doenças do aparelho respiratório	104.170	111.255	119.511	<b>334.936</b>
Total	<b>719.282</b>	<b>599.002</b>	<b>432.542</b>	<b>1.750.826</b>

Fonte: DATASUS

Novamente, com exceção das neoplasias, na população idosa, as maiores causas de internações no país são de causas sensíveis à atenção primária. Este cenário já preocupava a OMS em 2005, que afirmou a necessidade de mudar o paradigma de atendimento no Brasil e no mundo, saindo de um foco curativo para um foco preventivo, uma vez que os custos de prevenção são muito menores que os custos de cura/tratamento. Segundo os estudos de Borges e colaboradores o gasto estimado de internação por DCNT é de 3 milhões de reais,

com valor médio de internação de R \$18.217,00 (BORGES, et al. 2023). Os pesquisadores destacam que por se tratarem de causas sensíveis à APS é mandatório o aumento de investimentos na APS, aumentando seus recursos para o acompanhamento e tratamento dessas enfermidades (BORGES, et al. 2023). A OMS ainda que o estímulo ao envelhecimento ativo e saudável permitiria aos idosos alcançarem idades mais elevadas com melhor qualidade de vida e uma redução dos gastos públicos em saúde (OMS, 2005). Para que isso ocorra é necessário a realização da AMD da pessoa idosa, estratificando sua capacidade funcional, para que possa ser realizado o cuidado adequado visando promover a maior capacidade funcional possível. Nesse sentido a CSPI pode ser utilizada como ferramenta de AMD (BRASIL, 2018).

## **2.2 Sistema Único Saúde (SUS) e Atenção Primária em Saúde**

O SUS é um dos maiores e mais complexos sistemas de saúde pública do mundo, abrangendo o atendimento em todas as esferas de complexidade, primária, secundária e terciária. Os princípios do SUS são: Integralidade, Universalização e Equidade. Já os princípios Organizativos são pautados na Regionalização, Descentralização e Participação Popular (BRASIL, 2023).

Dentro dos princípios que norteiam o SUS a Atenção Primária em Saúde (APS) tem destaque. Esta pode ser definida como uma estratégia de organização da atenção à saúde que tem por objetivo responder de forma contínua, sistematizada e regionalizada à maioria das demandas de saúde de uma população, combinando ações coletivas e individuais de promoção, proteção e prevenção em saúde (MATTA, MOROSINI, 2009).

Em 2016, a APS já fornecia uma cobertura de 63% da população brasileira, sendo que os pacientes só deveriam acessar os níveis mais complexos quando a APS não fosse capaz de resolver seus problemas de saúde (BERALDO, 2019). Quando observadas as regiões do Brasil a maior cobertura da assistência da APS ocorre na região Nordeste (87,10%), seguida pela região Sul (79,53%), Norte (73,62%), Centro-Oeste (72,96%) e Sudeste (68,9%) (BRASIL, 2021).

Assim é importante destacar as potencialidades da atenção primária em saúde, descritas no Tratado de Medicina de Família (GUSSO, 2019):

- Atenção de primeiro contato, porta de acesso;
- Longitudinalidade (ou cuidado continuado);
- Cuidado abrangente e integral;

- Coordenação do cuidado.

Essas características mostram a importância da Atenção Primária (AP) ao fornecer um cuidado inicial, contínuo e integral. Em relação à coordenação, a AP é responsável pelos encaminhamentos para os níveis de maior complexidade e também pelo gerenciamento do cuidado, ou seja, depois que o paciente é encaminhado, o cuidado precisa ser compartilhado com as demais instâncias de complexidade, entretanto, a atenção primária continua monitorando e acompanhando os tratamentos, sendo a coordenadora desse cuidado (GUSSO, 2019).

De maneira geral, entre 11 países desenvolvidos (Inglaterra, Austrália, Países Baixos, Nova Zelândia, Noruega, Suíça, Suécia, Alemanha, Canadá, França e Estados Unidos) observa-se um desempenho satisfatório da saúde, que foi definido por meio do número de consultas na APS, tempo de espera entre o agendamento da consulta e ser atendido, cobertura da população para assistência da APS e integralidade do serviço. O melhor desempenho foi alcançado pela Inglaterra, Austrália, Suíça e Países Baixos. Esses países possuem um histórico de investimento, investindo 9,9%, 9%, 11,4% e 10,9% do seu PIB no cuidados em saúde, e cerca de 50% desse na atenção primária em saúde, com excelente desempenho no acesso, equidade e desfechos em saúde (SCHNEIDER, et. al. 2017; CIHI, 2017, WHO 2019). Segundo dados da OMS, países de alta renda investem mais na APS, a exemplo da Suíça que investe cerca de 3.884 dólares per capita, enquanto países de baixa renda podem investir cerca de 11 dólares. No geral, os investimentos vão de 45% a 65% do PIB para países de alta renda e baixa renda, respectivamente (WHO, 2019).

O investimento na APS traz inúmeros benefícios, tanto para a economia do Sistema de saúde, quanto para o usuário. Pode-se citar a redução dos custos em saúde, redução dos agravos em saúde, melhora da qualidade de vida dos pacientes e redução da sobrecarga dos sistemas de saúde. Estima-se que o investimento na AP pode reduzir os custos com internações em até 400 milhões de reais ao ano. Isso sem contar os gastos além das internações, com tratamentos, perda de força laboral e mortes prematuras (ASSOCIAÇÃO CATARINENSE MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE, 2020).

Entretanto, o fluxo de atendimento nem sempre ocorre da maneira ideal. Frequentemente os usuários, ao chegarem na APS, são, muitas vezes, encaminhados para os níveis mais complexos, seja por falta de qualificação da equipe de saúde ou por falta de infraestrutura para atendimento. Outras vezes, o próprio paciente já procura o atendimento



secundário ou terciário, contribuindo para a sobrecarga desses serviços. Outro fator importante é que uma vez nesses níveis dificilmente o paciente é reencaminhado para a APS. Os transtornos no fluxo são vistos pelos usuários como ineficiências, desestimulando-os a buscar as unidades de saúde da família, aumentando notadamente os custos com o atendimento (SALDIVA, VERAS, 2018).

### **2.3 Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa e Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa.**

Em fevereiro de 2006 foram realizados os Pacto pela Vida e Pacto pela Saúde, nos quais a saúde da pessoa idosa começa a ter destaque dentro das diretrizes do SUS. Entretanto, ainda era necessário melhor desempenho do sistema para que respostas efetivas fossem realmente dadas às demandas da população idosa. Assim, foi criada a PNSPI, na qual foram estabelecidas as diretrizes para o atendimento dessa população (BRASIL, 2006).

Essa política estimula e fortalece a mudança de paradigma, sendo o idoso reconhecido como parte ativa do processo de envelhecimento, bem como no continuum saúde/doença e corresponsáveis na vida política e comunitária (DRUMOND, 2013). O cuidado centrado no paciente é parte importante deste processo de mudança no atendimento. Paranhos e colaboradores trazem a importância do cuidado centrado no paciente dentro da APS, principalmente no quesito da vulnerabilidade do paciente idoso. Nesse sentido, versam que o cuidado centrado no paciente está associado a melhores desfechos, maior segurança dos pacientes e redução de erros médicos (PARANHOS, et al. 2017).

Como uma ferramenta para atender às diretrizes da PNSPI foi criada a Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa (CSPI). Um instrumento de acompanhamento longitudinal, atualmente na sua 5ª edição, que coleta informações biopsicossociais dos pacientes. Seu uso favorece o atendimento resolutivo, centrado no paciente e qualificado do idoso, pois contém informações de saúde, como medicação e histórico de doenças, informações sociais, como apoio familiar, renda, religião e contatos de emergência, informações ambientais, como risco de queda no domicílio, iluminação, e informações cognitivas, como humor e memória (BRASIL, 2017).

Ainda que um instrumento recente, os estudos indicam que a CSPI gera informações que têm impacto direto nas ações de atenção ao idoso, melhorando a qualidade do atendimento, os desfechos de saúde dos pacientes, a qualidade de vida dos idosos e também aumenta as informações utilizadas pelos órgãos de saúde para gerir de forma mais eficiente as ações de atenção à saúde da pessoa idosa (RAMOS, OSÓRIO, NETO, 2019). Nesse sentido, a CSPI como um instrumento de avaliação multidimensional pode auxiliar no atendimento e

resolutividade do idoso. Além disso, esta pode nortear a gestão da unidade e equipe nas ações de atenção e na elaboração do plano de cuidado do usuário, além de contribuir para o gestor municipal melhor planejar as ações na rede de atenção em saúde e uso de recursos humanos e financeiros.

Em uma revisão integrativa realizada por Santiago e colaboradores sobre o uso da CSPI, foram encontrados poucos estudos, demonstrando a escassez de trabalhos dentro do tema. Além disso, também mostraram que a implantação do instrumento é difícil devido a percepção dos profissionais, que entendem como um trabalho a mais a ser realizado, falta de tempo para preenchimento, falta de capacitação dos profissionais e sensibilização da população, o que leva a baixa adesão (SANTIAGO, et al. 2021). Os mesmos autores também destacam a importância do uso, benefícios de gestão e atendimento ao idoso (SANTIAGO, et al. 2021).

No Brasil existe esforço por parte das equipes da Atenção Básica na implementação da CSPI, entretanto, este esforço ainda não é totalmente sistematizado e ocorre de maneira isolada ou insuficiente. Ações divulgadas pela Fiocruz mostram os êxitos na implantação em algumas cidades do país, como Alegrete (RS), Campo Grande (MS), Caxias do Sul (RS), Salvador (BA) (FIOCRUZ, 2019). Todas essas experiências mostraram uma melhora no vínculo entre equipe e paciente, melhora no fluxo do paciente e sensibilização da equipe acerca da saúde do idoso (FIOCRUZ, 2019).

Os esforços dos profissionais da Atenção Básica na implementação e uso da CSPI estão em consonância com as diretrizes estabelecidas para a implantação da linha de cuidado e atenção integral à saúde do idoso (BRASIL, 2018). Esse documento, elaborado pelo Ministério da Saúde, traz orientações e ações para que a linha de cuidado seja implantada de maneira correta. Pode-se citar como objetivos integrar os distintos níveis de cuidado (do primário ao especializado), distribuir a responsabilidade entre os profissionais da equipe multidisciplinar, regulação do fluxo, apoio aos familiares e cuidadores e a garantia da participação dos idosos (BRASIL, 2018). Para atingir estes objetivos é necessário criar e garantir a existência de espaços colegiados, como comitês e conselhos, que congreguem todas as instâncias decisórias, promover a integração da rede de assistência em saúde, educação permanente para os profissionais de saúde, fomentar e garantir a comunicação e ação intersetorial e utilizar instrumentos de gestão de forma contínua e organizada (5W2H, CSPI, PTS, etc) (BRASIL, 2018). Para gerir o cuidado do idoso é necessário estratificar de acordo

com a funcionalidade do paciente, para que ocorra direcionamento das ações de saúde. Isso pode ser realizado por meio da CSPI (BRASIL, 2018).

A gestão em saúde por meio da CSPI se baseia na identificação dos desfechos que podem influenciar nas condições de saúde. A CSPI apresenta 16 desfechos em saúde e suporte social. Esses desfechos devem ser utilizados como indicadores para ações de saúde individual e coletiva. Identificando esses desfechos, que apontam riscos à saúde e bem-estar do idoso, a equipe deve organizar e promover ações para a redução, controle ou disseminação desses acometimentos.

A tabela 3 apresenta os desfechos da CSPI e nas colunas seguintes quais ações devem ser tomadas pela equipe de saúde de acordo com as evidências mais recentes sobre o tema.

**Quadro 1** - Os desfechos avaliados na Caderneta de Saúde da Pessoa Idoso (CSPI) para os desfechos nas condições de saúde, ações necessárias na Atenção Primária em Saúde (APS) e evidências científicas.

<b>Desfecho</b>	<b>Ação na APS</b>	<b>Evidências</b>
Multimorbidades ( $\geq 2$ diagnósticos).	Manejo curativo e preventivo. Controle das DCNTs. Ações educativas DCNTs. Ações interdisciplinares.	CONSENTINO, et al. 2019.
Polifarmácia ( $\geq 5$ medicamentos/dia)	Otimização e ajustes do tratamento farmacológico.	HALLI-TIERNE Y, et al. 2019.
Internações recentes (mais de duas internações nos últimos seis meses)	Ações preventivas e curativas. Grupos de saúde coletiva (caminhada, Hiperdia, etc). Ações interdisciplinares.	CONSENTINO, et al. 2019.
Incontinência esfíncteriana (urinária e/ou fecal)	Tratamento para incontinência. Ações interdisciplinares.	SYAN, BRUCKER, 2016.
Alteração de marcha e equilíbrio.	Ações de fortalecimento muscular e equilíbrio. Grupos de prevenção de quedas. Ações educativas para sarcopenia e	GANZ, LATHAM, 2020.

<b>Desfecho</b>	<b>Ação na APS</b>	<b>Evidências</b>
	fragilidade. Verificar Medicação. Ações interdisciplinares.	
Quedas recorrentes (duas ou mais nos últimos 12 meses)	Ações de fortalecimento muscular e equilíbrio. Grupos de prevenção de quedas (exercícios multimodal, cognitivo e gestão dos fatores de risco para quedas). Ações educativas para quedas. Análise das causas. Melhora a segurança do ambiente. Análise da medicação. Ações interdisciplinares.	GANZ, LATHAM, 2020.
Comprometimento cognitivo (perda de memória, desorientação espacial e temporal...).	Busca das causas. Estimulação cognitiva individual e em grupos. Educação para familiares e pacientes. Ações interdisciplinares.	PETERSEN, et al. 2018.
Comprometimento sensorial (visão, audição).	Correção quando possível. Educação para redução de risco. Medidas alternativas para comunicação. Ações interdisciplinares.	BOWEN, et al. 2011.  NEWSTED, et al. 2020.
Dificuldades de comunicação;	Medidas alternativas de comunicação. Consulta com fonoaudiólogo. Busca das causas do déficit comunicativo. Ações interdisciplinares.	VOLKMER, et al, 2020.
Isolamento social;	Fortalecimento de redes de suporte social. Fortalecimento de redes familiares. Grupos de convivência. Atenção maior por parte do ACS. Busca de grupos da comunidade (igreja, esportes, etc). Integração com o SUAS. Ações interdisciplinares.	GARDINER, 2018.

<b>Desfecho</b>	<b>Ação na APS</b>	<b>Evidências</b>
Insuficiência financeira	Fortalecimento das redes de suporte social. Recuperação de vínculo familiar. Grupos de convivência. Atenção maior por parte do ACS. Integração com o SUAS. Ações interdisciplinares.	GARDINER, 2018.
Sinais e sintomas de transtorno de humor (depressão, ansiedade).	Grupos de apoio. Terapia coletiva. Encaminhamento para psicólogo e/ou psiquiatra.	KATZMAN, et al. 2014. RAMÍREZ, et al. 2018.
Perda de peso não intencional (mínimo 4,5 kg ou 5% do seu peso corporal) no último ano.	Aprofundar a avaliação da síndrome da fragilidade (FRIED, EDMONTON SUBJETIVA). Ações interdisciplinares.	DENT, et al. 2019. BURGOS, et al. 2018.
Suspeitas de violência.	Preenchimento da notificação de violência. Denuncia se preciso. Integração com o SUAS. Ações interdisciplinares.	PILLEMER, et al. 2016. DALY, BUTCHER, 2018.
Saúde Bucal	Ações interdisciplinares.	BURGOS, et al. 2018.
Dor	Atenção maior por parte do ACS. Integração com o SUAS. Ações interdisciplinares.	GARDINER, 2018.

Fonte: próprio autor

Essas informações da tabela 3, ou seja, os indicadores e as informações de ações presentes nos artigos referenciados, podem ser utilizadas tanto pelo profissional quanto pelos

gestores de saúde. Os desfechos apresentados podem indicar a eficiência de um setor, bem como as áreas que precisam do direcionamento de recursos.

#### **2.4 Gestão da Saúde e Ferramentas de Gestão**

Devido a complexidade das demandas em saúde por parte da população idosa é necessário que ocorra a devida gestão da saúde. Isso pode ocorrer tanto no nível micro, ou seja, dentro dos consultórios e UBSs, quanto no nível macro, com políticas públicas e direcionamento de recursos. (MORAES, 2012). Nesse sentido, é importante que as equipes da APS estejam qualificadas para a realização da gestão da saúde. Nesse contexto, Yagi e colaboradores realizaram uma revisão integrativa mostrando os desafios para a gestão do cuidado da pessoa idosa, mostrando como principal dificuldade para a atuação da equipe a participação da família, o autocuidado do idoso e a qualificação da equipe (YAGI, et al. 2022).

Uma das maneiras de realizar o cuidado adequado é na formulação do Plano Terapêutico Singular, que consiste na “proposta de condutas terapêuticas articuladas para um sujeito individual ou coletivo, produto da discussão coletiva de uma equipe interdisciplinar” (BRASIL, 2009).

Dentro da esfera de atenção individual às informações da CSPI podem ser utilizadas para a formulação do Plano Terapêutico Singular (PTS). Esta ferramenta tem por objetivo estabelecer diretrizes e metas terapêuticas para o paciente, bem como definir quais profissionais estarão envolvidos nas ações propostas. Os estudos com PTS mostram que ocorre uma melhora no vínculo entre equipe, pacientes e cuidadores, além de ser uma ferramenta para gerir o cuidado do paciente (ANDRADE, et. al. 2016; GONÇALVES, et. al. 2016).

Para a elaboração do PTS, uma das possibilidades é a utilização do instrumento de gestão 5W2H, atribuído a um dos estudiosos da gestão da qualidade Joseph Moses Juran. O nome deriva das iniciais utilizadas para elaborar perguntas norteadoras do processo de construção do projeto, sendo elas *What* (o quê?), *When* (Quando?), *Where* (Onde?), *Why* (Por quê?), *Who* (Quem?), *How* (Como?) e *How Much* (Quanto custa) (GARCIA, REIS; 2016). A adoção desta ferramenta para este estudo está baseada na sua simplicidade de aplicação e a semelhança com as questões que devem ser respondidas durante a formulação do PTS. A aplicação do 5W2H em altas de crianças com necessidades de cuidados especiais foi considerada positiva, justificando seu uso (ROSSETTO, et al. 2020).

### **3 - JUSTIFICATIVA**

Com base no exposto, fica claro a justificativa deste trabalho em diversas instâncias: Para a ciência consiste na produção de conhecimento, uma vez que como demonstrado por Santos e colaboradores existem poucos trabalhos científicos com a temática, menos ainda com uma abordagem experimental. Em relação à sociedade este trabalho irá fornecer subsídios para que gestores tomem decisões baseadas em evidências para a melhor implantação da CSPI. Também irá qualificar e fornecer material que pode ser usado pelas equipes da APS para o atendimento e cuidado do idoso. Para o idoso poderá verificar a satisfação no atendimento e qualificação do mesmo. A avaliação qualitativa também irá fornecer conhecimento que pode ser aproveitado pelas equipes e pelos gestores nas diversas esferas. O trabalho também ajudará a fomentar o uso da CSPI, tanto pela equipe quanto pelos idosos, pavimentando o caminho para a criação de linhas de cuidado para idosos e protocolos de atendimento.

## **4 - OBJETIVOS**

### **Objetivos gerais**

Avaliar os impactos do uso da Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa e da presença de um matriciamento realizado por um gestor do envelhecimento nos indicadores de gestão em saúde da unidade e satisfação da equipe e dos idosos.

### **Objetivos Específicos:**

Apresentar a caracterização dos serviços de saúde prestados aos idosos.

Mensurar a satisfação da equipe após as intervenções propostas.

Mensurar a satisfação dos idosos com o serviço prestado.



## **5 - HIPÓTESES**

O matriciamento com as equipes da APS irá contribuir para a implementação da CSPI e melhorar a satisfação das equipes e dos idosos atendidos.

## 6 - MÉTODOS

### **Delineamento do Estudo**

Trata-se de um ensaio clínico randomizado por cluster, longitudinal, com abordagem quali-quantitativa.

### **População e Amostra**

Esse estudo teve duas populações acompanhadas, as equipes das Unidades de Saúde da Família (USF) e a população idosa assistida por essas unidades numa cidade do interior do Estado de Minas Gerais.

#### *a) Unidades de Saúde da Família (USFs)*

A primeira população acompanhada por esse estudo consiste em quatro USFs localizadas na região Sul de um município de Minas Gerais. Essa região possui índices socioeconômicos baixos (renda média de até 2 salários mínimos), homogeneidade social e afastamento da região urbana (periferia).

As 4 USFs foram divididas em Grupo Controle (GC), e Grupo Intervenção (GI), considerando as características sociodemográficas semelhantes (bairros da mesma região). Isso ocorreu da seguinte forma, no município escolhido existem duas USFs para cada bairro. Dessa forma, as USFs foram pareadas conforme o bairro. Cada grupo contou com duas USFs. A escolha foi feita por conveniência.

#### *b) Idosos*

Dentro das USFs selecionadas foram escolhidos idosos que tiveram a sua Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa preenchida pela equipe da APS para construção do plano de cuidado. Esses idosos também foram escolhidos por conveniência. Esses idosos foram separados em GI e GC, de acordo com a USF a que eles pertencem e pareados conforme sexo e idade.

### **CrITÉRIOS de Inclusão**

Foram incluídas no estudo as USFs que:

- Forem da mesma região (semelhança socioeconômica);
- Possuírem a CSPI para preenchimento na unidade.

Os idosos incluídos no estudo serão aqueles que:

- Forem maiores de 60 anos;
- Tiverem condições cognitivas autorrelatadas para responder à escala de Satisfação.

### **Critérios de Exclusão**

Foram excluídas as USFs que:

- Não estavam atendendo idosos ou realizando visitas domiciliares para o preenchimento da CSPI devido à pandemia de COVID-19.

Os pacientes idosos foram excluídos do estudo se:

- Não aceitaram ser reavaliados ou não assinarem o TCLE, ou não tiveram cuidadores para acompanhar a avaliação no caso de dificuldades de compreensão, como em pacientes com presbiacusia ou dificuldades de comunicação.

### **Aspectos Éticos**

Todos os aspectos éticos foram seguidos neste estudo. Foi oferecido TCLE para a gestora da equipe e para os idosos, explicando os objetivos da pesquisa, quais dados serão coletados, sua confidencialidade e segurança, e os possíveis efeitos negativos. Além disso, foi disponibilizado o contato do pesquisador para esclarecer qualquer dúvida. Também foi esclarecido que a qualquer momento pode ser possível a retirada do consentimento para a pesquisa sem prejuízo algum para os sujeitos de pesquisa.

O TCLE foi igual para os idosos de ambos os grupos, uma vez que a intervenção nos sujeitos idosos foi a mesma (apenas a aplicação de questionário), entretanto no TCLE está explicado cada etapa da pesquisa, assim ambos os grupos foram esclarecidos a respeito de todos os procedimentos da pesquisa e assinaram o TCLE

Não foram coletados e armazenados dados que permitam a identificação do paciente (como nome ou endereço), sendo que foram atribuídos números aos sujeitos durante a organização para análise estatística. Por fim, os dados dos pacientes não foram colocados em plataformas de armazenamento remoto (nuvem), evitando exposição de dados, apenas planilhados pelo próprio pesquisador em planilha Excel. Após a cópia para os programas estatísticos o material físico escrito será armazenado no Laboratório de Estudo da Dor e Funcionalidade no Envelhecimento (LADORFE/UFSCar) por 5 anos e depois disso incinerado.

O trabalho foi submetido à Plataforma Brasil e ao Comitê de Ética em Pesquisa da UFSCar (CEP-UFSCar), aprovado sob o número CAAE: 53661121.3.0000.5504. Uma cópia do TCLE está disponível em anexo (Apêndices 1 e 2).

Por fim, foi realizada uma devolutiva dos resultados da pesquisa para os sujeitos participantes (equipe e idosos). A devolutiva a equipe foi uma breve apresentação dos dados e ao idoso um relatório por meio de material simplificado elaborado pelo pesquisador.

### **Procedimento de Coleta de Dados**

A coleta de dados ocorreu de duas formas: A primeira por meio do recolhimento das fichas de indicadores mensais, ao final de cada mês com as equipes da Atenção Básica, e a segunda por meio das entrevistas e aplicação dos instrumentos realizados com a equipe e os idosos ao início e após a intervenção.

Esses dados foram tabulados no programa Excel e realizadas as médias e desvio-padrão para posterior análise estatística.

Algumas coletas ocorreram por meio de ligação telefônica quando não foi possível encontrar o sujeito de pesquisa em sua casa em 2 visitas em horários distintos.

### **Alocação dos Grupos**

As Unidades de Saúde da Família foram alocadas em grupos Controle e Intervenção de acordo com conveniência e semelhança sociodemográfica, permitindo o pareamento adequado entre elas.

### **Grupo Controle**

Com as USFs do grupo controle foi realizada apenas a reunião inicial e disponibilizada a planilha de indicadores mensais e os próprios materiais existentes para uso da CSPI do MS. Foi realizada consulta mensal para a coleta dos indicadores avaliados.

### **Intervenção**

Após o aceite por parte da gestão da equipe, foram realizadas duas reuniões de capacitação/sensibilização. Na primeira reunião foi explicado a CSPI, seus desfechos e como planejar ações com base nos mesmos. Essa informação também foi trabalhada nos matriciamentos subsequentes, aprofundando no desenvolvimento de linhas de cuidado para cada desfecho e nas estratégias para atuar em cada um deles. Isso baseado nas informações e

estudos científicos mais atualizados e transformado em material prático para os profissionais da equipe. A equipe construiu um quadro de ações individuais e coletivas para cada desfecho da CSPI. A reunião teve duração de 1 hora e 30 minutos, foi utilizado material expositivo com duração aproximada de 40 minutos. Após a apresentação foi distribuído material escrito para consulta e vídeos de auxílio. Por fim, foi realizada discussão e dúvidas com o grupo. Foi disponibilizada uma ficha com os desfechos da CSPI, da linha de cuidado e quais ações podem ser tomadas com base na literatura, a ficha está em anexo.

Na segunda reunião foram trabalhadas as questões relativas à elaboração do PTS. Teve duração semelhante à primeira reunião e foi apresentada a ferramenta de gestão 5W2H. Essa ferramenta tem por objetivo apresentar questões que irão guiar o processo de elaboração do plano de cuidado. Cada letra significa uma pergunta, como apontado na tabela 4:

**Quadro 2** - Instrumento 5W2H

<b>5W</b>	<i>What</i>	O quê?	Qual ação será realizada?
	<i>Who</i>	Quem?	Quem irá executar/participar?
	<i>Where</i>	Onde?	Onde será realizada a ação?
	<i>When</i>	Quando?	Quando e por quanto tempo?
	<i>Why</i>	Por quê?	Porque ela deverá ser executada?
<b>2H</b>	<i>How</i>	Como?	Como será executada?
	<i>How Much</i>	Quanto custa?	Qual o custo para executar?

Adaptado de Garcia & Reis, 2016

A partir das respostas da matriz 5W2H é possível elaborar o plano de ação, tanto singular quanto coletivo. Vale ressaltar que a elaboração de um PTS é um processo que envolve diversos profissionais da equipe de saúde da família e também dos profissionais que apoiam a equipe como fisioterapeutas, educadores físicos, psicólogos, nutricionistas, farmacêuticos, etc. Ainda que utilizado de maneira geral o 5W2H dentro de uma equipe, as respostas para as questões podem ser utilizadas para nortear qualquer ação ou plano terapêutico, seja ele elaborado por um ou vários profissionais. Nesse dia foi aplicado o

questionário inicial de satisfação para a equipe, com cinco questões que tiveram suas respostas em uma escala de Likert, elaboradas especificamente para esse trabalho e três questões abertas para avaliação qualitativa (apêndices 4 e 5).

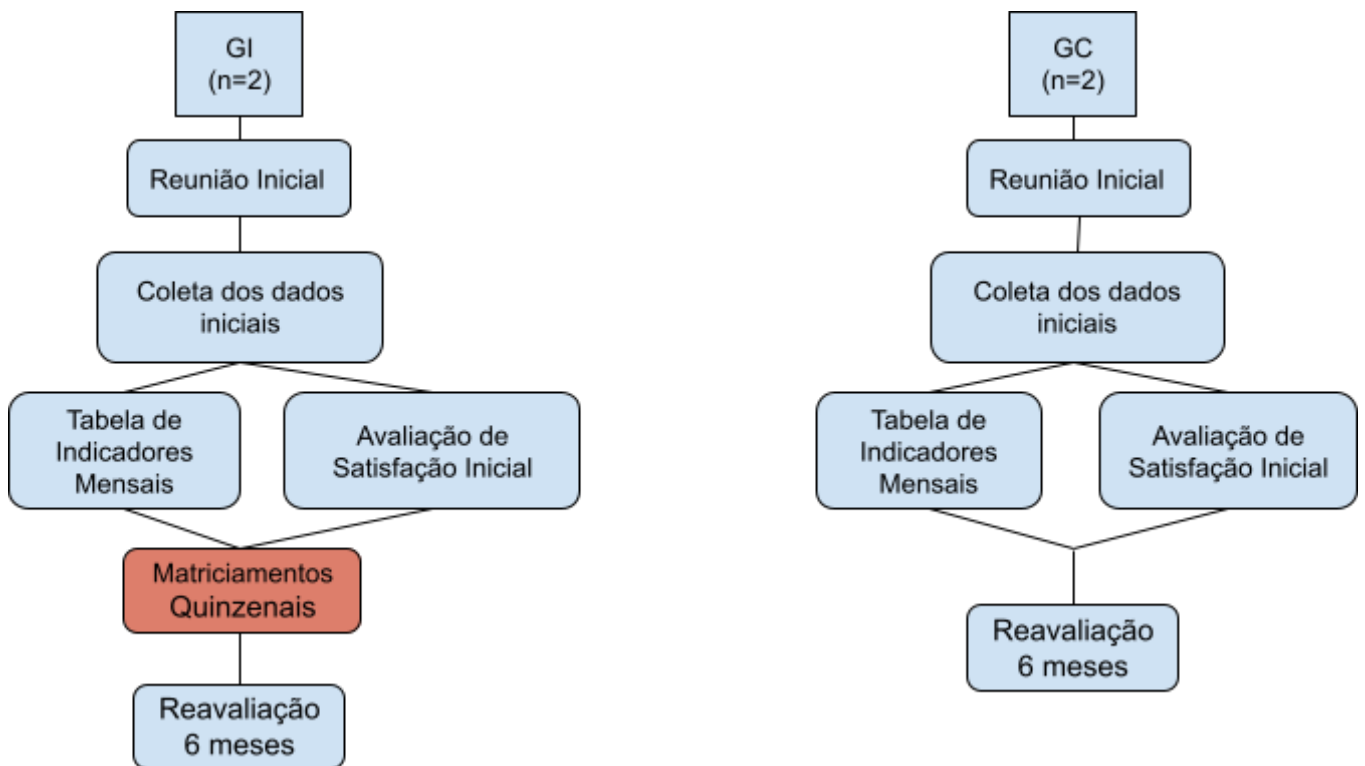
Ao longo de seis meses foram realizadas reuniões quinzenais de matriciamento junto com a equipe. Nessas reuniões foram debatidos os casos escolhidos pela equipe de acordo com os desfechos da CSPI, auxílio na elaboração do PTS por meio da matriz 5W2H e também a possibilidade de criação futura de grupos de saúde coletiva, como grupos de hipertensão, diabetes, exercício físico, apoio ao luto, convivência, relaxamento, entre outros ou encaminhamento para grupos já existentes, de acordo com a necessidade percebida pela equipe através dos desfechos da CSPI. Em relação aos desfechos das CSPI quais ações podem ser realizadas para cada um deles. Além disso, foi disponibilizado uma tabela mensal na qual foram anotados os indicadores estabelecidos (Apêndice 3). Essa tabela foi recolhida mensalmente.

Outra estratégia adotada durante os matriciamentos foi a identificação das dificuldades para a implantação da CSPI pela equipe e discussão de estratégias, pela própria equipe, que pudessem superar essas dificuldades.

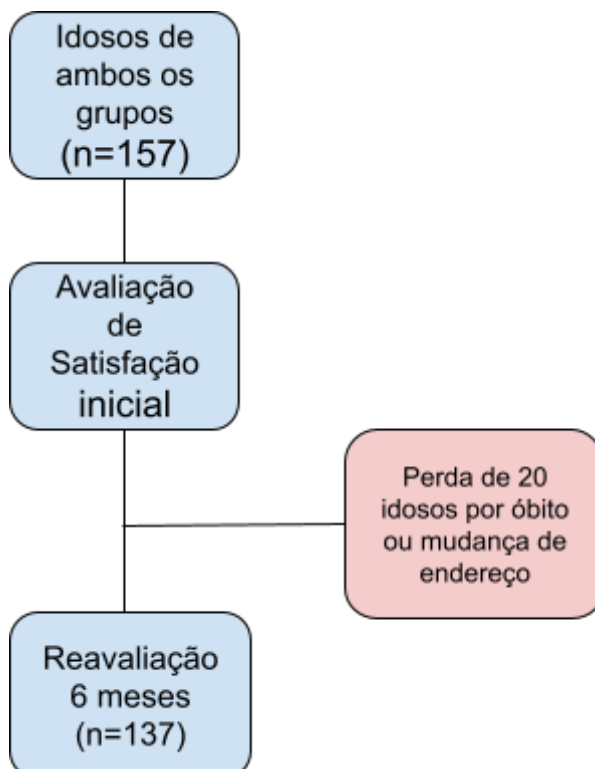
Após seis meses foi aplicado um novo questionário de satisfação que também contou com questões abertas.

Em relação aos idosos, dos dois grupos (GI e GC), foi aplicado a escala Short Assessment Patient Satisfaction (SAPS), para avaliar a satisfação com o atendimento em saúde. Essa avaliação ocorreu no início e após seis meses. O fluxograma abaixo mostra as intervenções e os grupos.

**Figura 1** - Fluxograma de grupos e intervenções nas USFs



**Figura 2** - Fluxograma de avaliações com os idosos



### **Avaliação/ Medidas/ Variáveis analisadas**

Foi disponibilizado para a gestora da equipe uma tabela (anexo 3) com os indicadores mensais que serão recolhidos ao longo dos seis meses de intervenção.

#### **a) Indicadores**

Para analisar os impactos do uso sistemático da CSPI na gestão da saúde do idoso foram escolhidos indicadores de gestão e melhora do fluxo de atendimento. São eles:

- Número de Internações Hospitalares;
- Número de CSPI preenchidas;
- Número de PTS construídos;
- Número de grupos de saúde coletiva criados[D1] ;
- Encaminhamentos para grupos existentes na rede;
- Número de casos dos idosos discutidos[D2] ;
- Encaminhamentos para a atenção secundária, terciária e assistência social;
- Número de desfechos identificados na CSPI.

De forma qualitativa também foi perguntado qual a satisfação dos profissionais com atenção à Saúde do Idoso, com seus conhecimentos sobre o tema, com a rede de atenção disponível, se sentem seguros para o atendimento do idoso e suas demandas, se o fluxo de encaminhamentos está adequado, e se sentem mais resolutivos em relação às demandas da saúde do idoso (apêndices 4 e 5).

#### **b) Satisfação da equipe de saúde**

O instrumento inicial elaborado para avaliar a satisfação da equipe de saúde em relação ao atendimento à saúde do idoso, é composto por cinco questões que devem ser respondidas de acordo com uma escala de Likert e três questões abertas para análise qualitativa, disponíveis no anexo 4. O objetivo é avaliar a satisfação da equipe antes da intervenção. A reavaliação de satisfação da equipe utilizou o mesmo questionário, acrescentando-se duas perguntas abertas relacionadas ao fluxo de encaminhamentos.

#### **c) Satisfação do paciente**



Para avaliar a satisfação do paciente foi utilizada a escala SAPS (Short Assessment of Patient Satisfaction). Esse instrumento é composto por sete itens com respostas que variam de 1 a 5 pontos. Quanto maior a pontuação mais satisfeito o sujeito está. São avaliadas as seguintes áreas: satisfação com o tratamento, satisfação com o resultado do tratamento, participação na tomada de decisões, respeito do profissional, tempo de consulta, atendimento clínico e satisfação com o atendimento clínico/hospitalar (HAWTHORNE et al., 2014).

### **Análise Estatística**

#### **a) Quantitativa**

Foi realizada por meio do software SPSS da IBM versão 20.0.0. O valor de significância para todos os testes foi de 5%.

Inicialmente os dados serão submetidos a análise de normalidade pelo teste de Shapiro-wilk. Como os dados não apresentavam distribuição normal (paramétrica) foram utilizados os testes de Mann-Whitney para avaliar a diferença entre as variáveis independentes (intergrupos) e Wilcoxon para avaliar a diferença entre as variáveis dependentes (intragrupos). Para a avaliação das variáveis categóricas foi utilizado o teste de Qui-Quadrado.

O objetivo dos testes é comparar se existe diferença entre as variáveis antes e após a intervenção e se existe diferença entre o GI e o GC.

#### **b) Qualitativa**

A coleta qualitativa foi realizada por meio das questões abertas dos questionários. A partir desta coleta foi possível realizar análise que permitiu aprofundar o conhecimento acerca dos motivos e sentimentos dos sujeitos de pesquisa em relação às barreiras e dificuldades no atendimento da saúde da pessoa idosa. Foi elaborada uma nuvem de palavras por meio do software IRAMUTEQ. Com essas análises foi possível comparar os discursos dos participantes, os núcleos de sentido semelhantes e diferentes, bem como as palavras mais frequentes. A categorização foi realizada de acordo com os princípios teóricos de Bardin, onde primeiro foi realizada a leitura fluente do material coletado, exploração do material identificando as unidades de registro e de contexto, por fim foi realizada a categorização das falas de acordo com os eixos temáticos estabelecidos no passo anterior (MENDES, MISKULIN, 2017).

## 7 - RESULTADOS

Foram coletados 157 idosos, com 79 do GC e 78 no GI, entretanto houve perda de 20 sujeitos de pesquisa por óbito ou mudança, 10 de cada grupo. Os dados de caracterização da amostra dos idosos são sumarizados na tabela 3 abaixo.

**Tabela 3** - Caracterização socioeconômica dos idosos participantes do estudo (n= 137)

Variável	Grupo Controle (n=69)	Grupo Intervenção (n=68)
<b>Sexo</b>		
Masculino	30 (38%)	28 (35,9%)
Feminino	49 (62%)	50 (64,1%)
<b>Idade (anos)</b>		
60 à 70	32 (42,7%)	42 (56%)
71 à 80	32 (42,7%)	19 (25,3%)
Mais de 81	11 (14,6%)	14 (18,7%)
<b>Raça</b>		
Branco	32 (46,4%)	31 (46,3%)
Pardo	23 (33,3%)	27 (40,3%)
Preto	14 (20,3%)	9 (13,4%)
<b>Estado Civil</b>		
Casado	33 (47,8%)	38 (56,7%)
Viúvo	26 (37,7%)	17 (25,4%)
Solteiro	7 (10,1%)	6 (9%)
Divorciado	3 (4,3%)	6 (9%)
<b>Profissão</b>		
Aposentado	49 (70%)	49 (73,1%)
Pensionista	8 (11,4%)	5 (7,5%)
Desempregado	0 (0%)	3 (4,5%)
Do Lar	5 (7,1%)	7 (10,4%)
Empregado	6 (8,6%)	1 (1,5%)

Variável	Grupo Controle (n=69)	Grupo Intervenção (n=68)
BPA/LOAS	2 (2,9%)	2 (3%)
Renda (Salários Mínimos-SM)		
Menos que 1	10 (14,5%)	9 (13,4%)
De 1 a 2 SM	45 (65,2%)	46 (68,7%)
De 2 a 3 SM	11 (15,9%)	7 (10,4%)
De 3 a 5 SM	2 (2,9%)	3 (4,5%)
Mais que 5 SM	1 (1,4%)	2 (3%)
Escolaridade		
Analfabeto	12 (17,1%)	12 (17,9%)
Fundamental Incompleto	53 (75,7%)	44 (65,7%)
Fundamental Completo	1 (1,4%)	9 (13,4%)
Médio Completo	3 (4,3%)	1 (1,5%)
Superior Completo	1 (1,4%)	1 (1,5%)
Religião		
Católico	46 (65,7%)	40 (59,7%)
Evangélico	26 (22,9%)	17 (25,4%)
Congregação Cristã	2 (2,9%)	8 (11,9%)
Testemunha de Jeová	5 (7,1%)	1 (1,5%)
Ateu	1 (1,4%)	1 (1,5%)
Praticantes		
Sim	51 (72,9%)	55 (82,1%)
Não	19 (27,1%)	12 (17,9%)

Fonte: próprio autor

Dos participantes do estudo observa-se prevalência de mulheres, com média de idade de 72 anos, auto identificados como brancos, casados, aposentados, com renda entre 1 e 2 salários mínimos, com escolaridade fundamental incompleto (da primeira à oitava série) e católicos.

A tabela 4 apresenta as médias e desvios-padrões das sete questões do SAPS, sendo a primeira questão relacionada à satisfação com o efeito do tratamento/cuidado (SAPS 1); a segunda questão relacionada à satisfação com as explicações dos profissionais (SAPS 2); satisfação com o cuidado profissional ao examinar (SAPS 3); satisfação com as próprias escolhas (SAPS 4); se se sentiu respeitado pelos profissionais de saúde (SAPS 5); satisfação com o tempo de consulta (SAPS 6); satisfação com o cuidado (SAPS 7). Quanto maior a pontuação mais satisfeito o sujeito estava.

Como pode ser observado na tabela 4, existiam diferenças na avaliação inicial, com o grupo controle mais satisfeito que o grupo intervenção nas dimensões das questões relacionadas à satisfação com o efeito do tratamento (SAPS 1), satisfação com as explicações (SAPS 2), satisfação com as próprias escolhas (SAPS 4) e satisfação com o tempo de consulta (SAPS 6).

**Tabela 4** - Média das pontuações de satisfação avaliados pelo instrumento Short Assessment Patient Satisfaction (SAPS) na avaliação inicial dos idosos comparação intergrupo (n=137)

Questão do SAPS	Controle (GC) (n=69)	Intervenção (GI) (n=68)	p-valor
SAPS 1 - Quão satisfeito você está com o efeito do seu tratamento/cuidado?	4,57 (+/- 0,69)	4,09 (+/- 1,1)	<b>0,002*</b>
SAPS 2 - Quão satisfeito você está com as explicações que o profissional de saúde lhe deu sobre os resultados do seu tratamento/cuidado?	4,58 (+/- 0,86)	4,31 (+/- 0,89)	<b>0,007*</b>
SAPS 3 - O profissional de saúde foi muito cuidadoso ao checar tudo quando te examinou.	4,86 (+/- 0,55)	4,74 (+/- 0,81)	0,540
SAPS 4 - Quão satisfeito você está com as escolhas que você tomou nas decisões que afetam seus cuidados de saúde?	4,57 (+/- 0,94)	4,26 (+/- 0,76)	<b>&lt;0,001*</b>
SAPS 5 - Quanto tempo você se sentiu respeitado pelo profissional de saúde?	4,96 (+/- 0,34)	4,87 (+/- 0,54)	0,097
SAPS 6 - O tempo que você teve com o profissional de saúde foi muito curto.	4,81 (+/- 0,72)	3,90 (+/- 1,33)	<b>&lt;0,001*</b>
SAPS 7 - Você está satisfeito com os	4,66 (+/- 0,75)	4,51 (+/- 0,68)	0,053

Questão do SAPS	Controle (GC) (n=69)	Intervenção (GI) (n=68)	p-valor
-----------------	-------------------------	----------------------------	---------

cuidados que recebeu no PSF?

\* p<0,05

Fonte: próprio autor

Já a tabela 5 apresenta as pontuações após os 6 meses de intervenção, mantendo a diferença nas questões SAPS 1, SAPS 2 e SAPS 4, desaparecendo a da questão 6 que está relacionada com o tempo de consulta (SAPS 6) e aparecendo diferença na dimensão da Satisfação com o atendimento do PSF (SAPS 7), com aumento da pontuação do GC e redução da pontuação do GI.

**Tabela 5** - Média das pontuações obtidas na avaliação por meio do instrumento Short Assessment Patient Satisfaction (SAPS) na avaliação final dos idosos (comparação intergrupo) (n= 137)

Variável	Controle	Intervenção	p-valor
SAPS 1 - Quão satisfeito você está com o efeito do seu tratamento/cuidado?	4,54 (+/- 0,68)	4,16 (+/- 1,07)	<b>0,034*</b>
SAPS 2 - Quão satisfeito você está com as explicações que o profissional de saúde lhe deu sobre os resultados do seu tratamento/cuidado?	4,68 (+/- 0,63)	4,26 (+/- 0,89)	<b>0,001*</b>
SAPS 3 - O profissional de saúde foi muito cuidadoso ao checar tudo quando te examinou.	4,93 (+/- 0,31)	4,71 (+/- 0,84)	0,133
SAPS 4 - Quão satisfeito você está com as escolhas que você tomou nas decisões que afetam seus cuidados de saúde?	4,76 (+/- 0,76)	4,12 (+/- 1,02)	<b>&lt;0,001*</b>
SAPS 5 - Quanto tempo você se sentiu respeitado pelo profissional de saúde?	4,88 (+/- 0,56)	4,86 (+/- 0,58)	0,541
SAPS 6 - O tempo que você teve com o profissional de saúde foi muito curto.	4,26 (+/- 1,32)	4,42 (+/- 1,10)	0,939
SAPS 7 - Você está satisfeito com os cuidados que recebeu no PSF?	4,75 (+/- 0,53)	4,39 (+/- 0,75)	<b>0,001*</b>

\* < 0,05

Fonte: próprio autor

Na avaliação intragrupo do GI, foi encontrada diferença apenas na questão SAPS 6 que avalia o tempo de consulta, com aumento da pontuação média em 0,52 pontos. As demais questões não tiveram diferença significativa. Os dados são sumarizados na tabela 6.

**Tabela 6** - Média das pontuações inicial e final na escala Short Assessment Patient Satisfaction (SAPS) e comparação intragrupo - Grupo Intervenção (GI) (n=68)

Variável	Inicial	Final	p-valor
SAPS 1 - Quão satisfeito você está com o efeito do seu tratamento/cuidado?	4,09 (+/- 1,1)	4,16 (+/- 1,07)	0,545
SAPS 2 - Quão satisfeito você está com as explicações que o profissional de saúde lhe deu sobre os resultados do seu tratamento/cuidado?	4,31 (+/- 0,89)	4,26 (+/- 0,89)	0,709
SAPS 3 - O profissional de saúde foi muito cuidadoso ao checar tudo quando te examinou.	4,74 (+/- 0,81)	4,71 (+/- 0,84)	0,968
SAPS 4 - Quão satisfeito você está com as escolhas que você tomou nas decisões que afetam seus cuidados de saúde?	4,26 (+/- 0,76)	4,12 (+/- 1,02)	0,132
SAPS 5 - Quanto tempo você se sentiu respeitado pelo profissional de saúde?	4,87 (+/- 0,54)	4,86 (+/- 0,58)	0,862
SAPS 6 - O tempo que você teve com o profissional de saúde foi muito curto.	3,90 (+/- 1,33)	4,42 (+/- 1,10)	<b>0,004*</b>
SAPS 7 - Você está satisfeito com os cuidados que recebeu no PSF?	4,51 (+/- 0,68)	4,39 (+/- 0,75)	0,120

\* p<0,05

Fonte: próprio autor

A mesma comparação intragrupo foi realizada com o grupo controle, comparando suas pontuações na escala SAPS iniciais e após a intervenção. Houve diferença apenas na questão SAPS 6, que avalia o tempo de consulta, com redução da pontuação média em 0,55 pontos. As demais questões não tiveram diferença, conforme apresenta a tabela 7.

**Tabela 7** - Média de pontuação inicial e final na escala Short Assessment Patient Satisfaction (SAPS) e comparação intragrupo - Grupo Controle (GC) (n=69)

Variável	Inicial	Final	p-valor
SAPS 1 - Quão satisfeito você está com o efeito do seu tratamento/cuidado?	4,57 (+/- 0,69)	4,54 (+/- 0,68)	0,696
SAPS 2 - Quão satisfeito você está com as explicações que o profissional de saúde lhe deu sobre os resultados do seu tratamento/cuidado?	4,58 (+/- 0,86)	4,68 (+/- 0,63)	0,360
SAPS 3 - O profissional de saúde foi muito cuidadoso ao checar tudo quando te examinou.	4,86 (+/- 0,55)	4,93 (+/- 0,31)	0,480
SAPS 4 - Quão satisfeito você está com as escolhas que você tomou nas decisões que afetam seus cuidados de saúde?	4,57 (+/- 0,94)	4,76 (+/- 0,76)	0,215
SAPS 5 - Quanto tempo você se sentiu respeitado pelo profissional de saúde?	4,96 (+/- 0,34)	4,88 (+/- 0,56)	0,066
SAPS 6 - O tempo que você teve com o profissional de saúde foi muito curto.	4,81 (+/- 0,72)	4,26 (+/- 1,32)	<b>0,013*</b>
SAPS 7 - Você está satisfeito com os cuidados que recebeu no PSF?	4,66 (+/- 0,75)	4,75 (+/- 0,53)	0,405

\* p&lt;0,05

Fonte: próprio autor

Em relação às equipes foram coletados a quantidade de membros, quantos possuem especialização e quantos possuem especialização em saúde do idoso. Os dados são apresentados na tabela 8. A composição da equipe são: 1 médico, 1 enfermeiro, 4 agentes comunitários de saúde, 2 técnicos de enfermagem, 1 auxiliar administrativo e 1 auxiliar de limpeza. As equipes com 11 membros contavam com 1 agente comunitário de saúde a mais.

**Tabela 8** - Quantidade de membros por equipe e especialistas. Equipes do GI são E1 e E2 e equipes do GC são C1 e C2

Equipe atenção primária em saúde	E1	E2	C1	C2
Quantidade de profissionais de saúde	10	11	11	10
Possuem especialização	1	1	2	1

Equipe atenção primária em saúde	E1	E2	C1	C2
Possuem especialização em saúde do idoso	1	0	1	1

E1: equipe intervenção 1; E2: equipe intervenção 2; C1: equipe controle 1; C2: equipe controle 2

Fonte: próprio autor 2023

A tabela 9 apresenta a média das pontuações nas questões criadas pelo autor para a avaliação da satisfação da equipe em relação ao cuidado e saúde do idoso. A questão 1 (Q 1) se refere à satisfação com o atendimento aos idosos; a Q 2 à satisfação com o próprio conhecimento acerca da saúde do idoso; Q 3 à satisfação com o conhecimento da equipe em relação à saúde do idoso; Q 4 à satisfação com o fluxo de atendimento ao idoso; Q 5 à satisfação com a discussão de casos com a equipe; Q 6 se a CSPI é utilizada de forma rotineira. Segundo a análise estatística não há diferenças entre os grupos no início do estudo, e nenhum dos grupos utilizava a CSPI de forma rotineira.

**Tabela 9** - Média das pontuações na escala de satisfação elaborada pelo autor na avaliação inicial das equipes de Atenção Primária em Saúde (APS) e comparação intergrupo (n=137).

Variável	Controle	Intervenção	p-valor
Q1 - Você está satisfeito com o trabalho realizado com os idosos?	3,11 (+/- 0,83)	3,00 (+/- 0,86)	0,853
Q2 - Você está satisfeito com seu conhecimento acerca da saúde do idoso?	3,33 (+/- 0,84)	3,30 (+/- 0,57)	0,528
Q3 - Você está satisfeito com o conhecimento da equipe sobre saúde do idoso?	3,17 (+/- 0,86)	3,10 (+/- 0,79)	0,898
Q4 - Você está satisfeito com o fluxo de atendimento do idoso?	3,56 (+/- 0,92)	3,35 (+/- 0,99)	0,301
Q5 - Você está satisfeito com a forma que os casos são discutidos com a equipe?	2,56 (+/- 0,92)	2,85 (+/- 0,99)	0,227
Q6 - A CSPI é utilizada de forma rotineira?	100% não	100% não	1,00

Fonte: próprio autor

A tabela 10 apresenta os dados da reavaliação da equipe, e não foram encontradas diferenças nas questões, com exceção da questão 6, na qual 75% da equipe intervenção iniciou na sua prática clínica a utilização da CSPI.



**Tabela 10** - Média das pontuações na escala de satisfação elaborada pelos autores na avaliação final das equipes de Atenção Primária em Saúde (APS) e comparação intergrupo (n=137).

Variável	Controle	Intervenção	p-valor
Q1 -Você está satisfeito com o trabalho realizado com os idosos?	3,71 (+/- 0,83)	3,50 (+/- 0,86)	0,582
Q2 - Você está satisfeito com seu conhecimento acerca da saúde do idoso?	3,59 (+/- 0,84)	3,62 (+/- 0,57)	0,771
Q3 - Você está satisfeito com o conhecimento da equipe sobre saúde do idoso?	3,76 (+/- 0,86)	3,56 (+/- 0,79)	0,535
Q4 - Você está satisfeito com o fluxo de atendimento do idoso?	3,18 (+/- 0,92)	3,37 (+/- 0,99)	0,644
Q5 - Você está satisfeito com a forma que os casos são discutidos com a equipe?	3,18 (+/- 0,92)	3,50 (+/- 0,99)	0,344
Q6 - A CSPI é utilizada de forma rotineira?	100% não	75% sim	<0,001*

\* p<0,05

Fonte: próprio autor

Foi realizado o teste de comparação intragrupo, avaliando as médias das pontuações nas questões de satisfação elaboradas no início do estudo e após a intervenção, e ainda que houve um aumento nas médias das pontuações nesse instrumento, esse aumento não foi significativo, com exceção da questão 6, que avalia a utilização da CSPI na rotina do profissional, na qual 100% da equipe não utilizava a CSPI e, após a intervenção, 75% relatou utilizar a CSPI em sua rotina de atendimento ao idoso, conforme mostra a tabela 11.

**Tabela 11** - Média das pontuações na escala de satisfação elaborada pelos autores na avaliação inicial e final das equipes de Atenção Primária em Saúde (APS) do GC, avaliação intragrupo (n=68).

Variável	Inicial	Final	p-valor
Q1 -Você está satisfeito com o trabalho realizado com os idosos?	3,00 (+/- 0,86)	3,50 (+/- 0,82)	0,083
Q2 - Você está satisfeito com seu conhecimento acerca da saúde do idoso?	3,30 (+/- 0,57)	3,62 (+/- 0,62)	0,206
Q3 - Você está satisfeito com o conhecimento da equipe sobre saúde do idoso?	3,10 (+/- 0,79)	3,56 (+/- 0,81)	0,134

Variável	Inicial	Final	p-valor
Q4 - Você está satisfeito com o fluxo de atendimento do idoso?	3,35 (+/- 0,99)	3,37 (+/- 0,72)	0,820
Q5 - Você está satisfeito com a forma que os casos são discutidos com a equipe?	2,85 (+/- 0,99)	3,50 (+/- 0,97)	0,082
Q6 - A CSPI é utilizada de forma rotineira?	100% não	75% sim	<b>&lt;0,001*</b>

\* p<0,05

Fonte: próprio autor

A tabela 12 apresenta a avaliação intragrupo do grupo controle e as médias de pontuação no instrumento elaborado pelo autor nas avaliações iniciais e finais. Observa-se que houve alteração, com aumento da pontuação na Q 3, que avalia o conhecimento da equipe sobre saúde do idoso. Não houve alteração nas demais questões.

**Tabela 12** -Média das pontuações na escala de satisfação elaborada pelo autor na avaliação inicial e final das equipes de Atenção Primária em Saúde (APS) do GC, avaliação intragrupo (n=69).

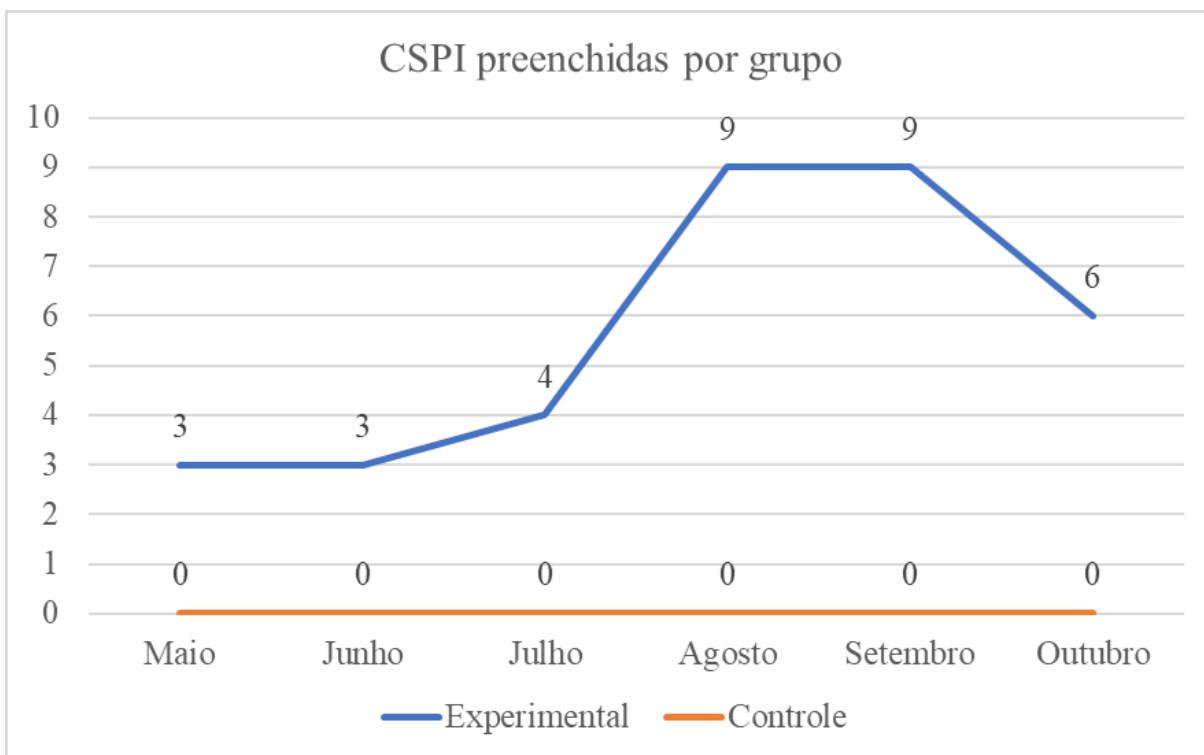
Variável	Inicial	Final	p-valor
Q1 -Você está satisfeito com o trabalho realizado com os idosos?	3,11 (+/- 0,83)	3,71 (+/- 0,83)	0,066
Q2 - Você está satisfeito com seu conhecimento acerca da saúde do idoso?	3,33 (+/- 0,84)	3,59 (+/- 0,84)	0,356
Q3 - Você está satisfeito com o conhecimento da equipe sobre saúde do idoso?	3,17 (+/- 0,86)	3,76 (+/- 0,86)	<b>0,048*</b>
Q4 - Você está satisfeito com o fluxo de atendimento do idoso?	3,56 (+/- 0,92)	3,18 (+/- 0,92)	0,237
Q5 - Você está satisfeito com a forma que os casos são discutidos com a equipe?	2,56 (+/- 0,92)	3,18 (+/- 0,92)	0,090
Q6 - A CSPI é utilizada de forma rotineira?	100% não	100% não	1,00

\* p<0,05

Fonte: próprio autor

O gráfico 1, a seguir, apresenta o preenchimento das cadernetas ao longo dos 6 meses de intervenção.

**Figura 3** - Gráfico do número de CSPI preenchidas pelo Grupo Controle (GC) (laranja) e Grupo Intervenção (GI) (azul) ao longo de 6 meses.



Fonte: próprio autor

A avaliação qualitativa é apresentada pelos quadros de 3 a 6 nos quais foram sumarizados os 15 domínios levantados pelas respostas, a frequência com que cada domínio foi citado e exemplo de frases.

Nas avaliações do grupo intervenção foi acrescentada uma coluna de estratégias de enfrentamento para os problemas após as respostas das equipes que eram abordadas no matriciamento para orientações. No grupo controle essa coluna não foi colocada devido a não haver intervenção neste grupo.

**Quadro 3** - Perguntas, domínios, desfechos e estratégias para as respostas apresentadas nas questões qualitativas - Grupo Intervenção Equipes E1 e E2

Questão	Domínios Levantados	Exemplo de falas	Estratégias
Como a CSPI é utilizada na sua atuação profissional?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Não é utilizada (16)</li> <li>• Utilizo poucas vezes (3)</li> </ul>	<p>“Para consultar as medicações, doenças que o idoso tem”</p> <p>“Algumas, quero dizer, as pouquíssimas que são</p>	<p>- Pactuar com os profissionais para pedir a CSPI em</p>

		usadas são pelo CNS que colamos na mesma”	<p>todas as visitas e consultas dos pacientes.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Atualizar a CSPI com informações essenciais para os atendimentos.</li> <li>- Capacitar os membros da equipe sobre como cada indicador da CSPI pode ser incorporado na prática diária.</li> </ul>
Quais as dificuldades e barreiras na utilização da CSPI?	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Paciente esquece no dia da consulta/não utiliza (11)</li> <li>● Falta de exigência por parte da gestão (1)</li> <li>● Falta de orientação/capacitação (2)</li> <li>● Falta de dados na CSPI (1)</li> <li>● Adesão dos profissionais (5)</li> <li>● Retrabalho no preenchimento/burocracia no preenchimento (2)</li> </ul>	<p>“Paciente acha grande”  “Paciente não traz a unidade, quando traz não é pedido pelo médico”  “... é pouco clareza sobre o benefício e utilidade no cuidado em saúde...”  “Falta interesse do paciente e dos profissionais de saúde no preenchimento”  “Nunca obtive orientações sobre”</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Sensibilizar os pacientes, no momento do preenchimento, sobre a importância da CSPI.</li> <li>- Pactuar com os profissionais para pedir a CSPI em todos os atendimentos e consultas.</li> <li>- Capacitar os membros da equipe no preenchimento da CSPI e como utilizar as informações na prática diária.</li> </ul>

Como você se sente em relação à Linha de Cuidado do Idoso?	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Bem, confortável, satisfeito (3)</li> <li>● Busca de aperfeiçoamento (1)</li> <li>● Inseguro/sem informações (1)</li> <li>● Insatisfeita (5)</li> <li>● Necessário maior apoio da rede/gestão (5)</li> <li>● Falta de profissionais qualificados (2)</li> <li>● Não é útil (1)</li> </ul>	<p>“Vejo necessidade de programas de interação como atividades direcionadas específicas para os idosos”</p> <p>“Gostaria de receber mais informações ou capacitação para fazer atendimentos melhores”</p> <p>“Sinto que o elo é pouco explorado e se diluiu nos grupos de doenças crônicas como HAS e DM...”</p> <p>“Falta médico geriatra e gerontólogo no SUS”</p>	<p>- Capacitação da equipe para criar articuladores da saúde do idoso que possam dialogar com a gestão municipal e alinhar metas.</p>
--	--	--	---

O quadro 3 apresenta as respostas do GI. Assim, pode ser observado que a CSPI não era utilizada na atuação profissional dos integrantes da equipe e o principal problema apresentado foi a falta de adesão dos idosos. Nesse sentido, junto à equipe, foi estabelecida a necessidade de pedir a CSPI em todos os atendimentos e consultas, com o objetivo de gerar demanda e hábito no idoso de carregar a CSPI. Em relação à linha de cuidado do idoso a maioria apontou a necessidade de maior apoio por parte da gestão municipal e a presença de profissionais qualificados. Nesse sentido, durante o matriciamento foram realizadas capacitações com a equipe em relação à saúde do idoso bem como destacado a importância de levar essas demandas para a gestão municipal, principalmente de profissionais capacitados.

**Quadro 4** - Perguntas, domínios e respostas apresentadas nas questões qualitativas - Grupo Controle - Equipes C1 e C2

Questão	Domínios Levantados	Exemplo de falas
Como a CSPI é utilizada na sua atuação profissional?	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Não é utilizada (17)</li> <li>● Utilizo poucas vezes (2)</li> </ul>	<p>“O pouco que observo alguns idosos que trazem a CSPI, consta apenas registros vacinais”</p> <p>“No começo muito ruim, pois os médicos e profissionais não utilizavam também”</p>
Quais as dificuldades e barreiras na utilização da	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Paciente esquece no dia da consulta/não utiliza (7)</li> <li>● Conhecimento para preenchimento e utilização</li> </ul>	<p>“Tamanho, tempo de preenchimento, não adesão do paciente/equipe”</p> <p>“Tamanho dela é grande, muitos</p>

CSPI?	<ul style="list-style-type: none"> <li>da CSPI (9)</li> <li>● Tempo de preenchimento (10)</li> <li>● Não é uma meta da gestão (1)</li> <li>● Utilização por profissionais fora da APS (3)</li> <li>● Adesão da equipe (1)</li> </ul>	<p>itens a ser preenchidos”</p> <p>“Os idosos não aderem e é difícil para o trabalho”</p> <p>“Pacientes não utilizam pois não são cobrados pelos profissionais de saúde”</p>
Como você se sente em relação à Linha de Cuidado do Idoso?	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Falta de apoio da gestão (2)</li> <li>● Necessidade de qualificação/capacitação (2)</li> <li>● Interação da equipe (2)</li> <li>● Melhora da rede de apoio (4)</li> <li>● Limitada/insatisfeita/sem autonomia (9)</li> <li>● Bem/satisfeita (2)</li> <li>● Falta de protocolos de atendimento ao idoso (1)</li> </ul>	<p>“Me sinto frustrada por não ter autonomia, ou melhorar”</p> <p>“Limitado, dependente da gestão/política”</p> <p>“Meio incapaz, pois gostaria de fazer mais mais, mas não temos recurso”</p> <p>“Pelo meu trabalho estou bem satisfeita, fazemos tudo para ajudar e facilitar para o idoso”</p>

O quadro 4 apresenta as respostas do GC, novamente a CSPI não é utilizada pelos membros da equipe, citando como barreiras o tempo de preenchimento, tamanho da CSPI e adesão dos pacientes idosos. Em relação a linha de cuidado novamente aparece a falta de apoio da gestão, insatisfação e necessidade de profissionais qualificados. Como é possível observar as dimensões levantadas pelos dois grupos são bastante semelhantes na avaliação inicial.

**Quadro 5** - Perguntas qualitativas aplicadas na reavaliação das equipes do grupo intervenção, suas respostas e domínios levantados.

Questão	Domínios Levantados	Exemplos de respostas
O que você acredita que precisa melhorar?	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Adesão dos pacientes (6)</li> <li>● Adesão da equipe (3)</li> <li>● Adesão fora da APS (4)</li> <li>● Divisão de tarefas mais clara (1)</li> <li>● Orientação sobre a CSPI e sua importância (1)</li> <li>● Preenchimento correto da CSPI (1)</li> <li>● Participação da família/apoio familiar (5)</li> </ul>	<p>“Conscientização da população acerca da importância da carteirinha”</p> <p>“Os pacientes precisam criar o hábito de carregar a caderneta”</p> <p>“Precisa ser cobrado a atualização por parte dos médicos especialistas. A contrarreferência é muito importante”</p> <p>“A continuidade da utilização da CSPI por todos</p>

Questão	Domínios Levantados	Exemplos de respostas
		os profissionais”
Como você se sente em relação ao atendimento à Saúde do Idoso?	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Positivo, satisfeita, melhorando o atendimento (10)</li> <li>● Dependência da rede de apoio (1)</li> <li>● Mais capacitado (1)</li> <li>● Melhorar a comunicação e gestão dentro da equipe (2)</li> <li>● Insatisfeito (2)</li> </ul>	<p>“Me sinto muito interessada devido ao curso que fiz de pós graduação e feliz pois estamos melhorando no atendimento”</p> <p>“Estamos procurando melhorar cada dia, mas dependemos da rede”</p> <p>“Acredito que estamos no caminho certo, melhorando o atendimento e mais atentos as necessidades”</p>
A CSPI alterou sua atuação profissional?	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Sim, maior atenção aos indicadores de saúde do idoso (5)</li> <li>● sim, facilidade de colher as informações do paciente (3)</li> <li>● Sim, melhora no atendimento (1)</li> <li>● Não (7)</li> </ul>	<p>“Com ela é mais prático olhar para todas as necessidades do idoso com frequência”</p> <p>“Sim, me fez investigar melhor vários aspectos da vida do idoso e sua história”</p> <p>“Sim, pois passamos a observar mais os pontos de atenção (ex tapetes na casa)”</p>
Você acredita que o fluxo de encaminhamentos ao idoso melhorou?	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Não, pois depende de questões externas (4)</li> <li>● Ainda não, pois demora para observar os efeitos (1)</li> <li>● Sim, aumento de encaminhamentos devido a melhor avaliação do idoso (11)</li> </ul>	<p>“Aumentou o fluxo de encaminhamentos”</p> <p>“Não a demanda continua a mesma”</p> <p>“Sim, com a carteirinha avaliamos o idoso como um todo e acabamos detectando outros problemas”</p> <p>“Ainda não, pois precisamos preencher mais carteirinhas e os especialistas dar atenção”</p>
Os Matriciamentos alteraram os encaminhamentos, discussão de casos e resolutividade?	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Sim, melhora na discussão de casos (8)</li> <li>● Não por alta demanda e pouca discussão (2)</li> <li>● Não, ainda é necessário aprimorar (1)</li> <li>● Não (5)</li> </ul>	<p>“Não! Não estamos fazendo discussão de casos”</p> <p>“Quando feito com frequência sim, pois acelera discussão que ajudam nas ações em saúde”</p> <p>“Na discussão de casos nos ajudam bastante, para chegarmos num melhor plano ou ação”</p>

O quadro 5 apresenta as respostas da reavaliação do GI, como apontado ocorre mudança no padrão de respostas, aparecem novas barreiras, relativas a questões de capacitação e problemas fora da APS (adesão dos médicos especialistas). Também é mostrado melhora nos sentimentos em relação à saúde do idoso e impactos na atuação profissional, fluxo de atendimento, encaminhamentos, discussão de casos e resolutividade.

**Quadro 6** - Perguntas qualitativas aplicadas na reavaliação das equipes do grupo controle, suas respostas e domínios levantados.

Questão	Domínios Levantados	Exemplos de respostas
O que você acredita que precisa melhorar?	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Preenchimento por parte de todos os profissionais (4)</li> <li>● Comunicação entre profissionais, idosos e familiares (1)</li> <li>● Adequar quadro de funcionários (1)</li> <li>● Qualificação e educação continuada (2)</li> <li>● Sensibilização do paciente idoso (1)</li> <li>● Acessibilidade para idosos e segurança (1)</li> <li>● Tamanho da CSPI (3)</li> <li>● CSPI deveria ser mais detalhada (2)</li> <li>● Não é prática nem útil (1)</li> <li>● Atividades específicas para idosos (1)</li> </ul>	<p>“Reduzir o tamanho da caderneta, difícil de carregar”</p> <p>“Ser mais simplificado”</p> <p>“Acredito que em relação ao atendimento dos idosos, poderia ir além da caderneta do idoso. A caderneta não foi um meio prático e útil”</p> <p>“A CSPI deveria ser menor e mais concisa”</p>
Como você se sente em relação ao atendimento à Saúde do Idoso?	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Precisa melhorar (3)</li> <li>● Frustrado/sobrecarga/insatisfeito (4)</li> <li>● Satisfeita/bem (7)</li> <li>● Sem sentimento (1)</li> </ul>	<p>“Aqui no PSF é ótimo”</p> <p>“Me sinto confortável, o atendimento a saúde do idoso é prioritário”</p> <p>“Me sinto satisfeita, os profissionais tem carinho pelos idosos que frequentam a unidade”</p> <p>“Frustrada, a sobrecarga não nos permite dar um atendimento qualificado a essa população”</p>



Questão	Domínios Levantados	Exemplos de respostas
A CSPI alterou sua atuação profissional?	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Não (13)</li> <li>● Em algumas partes (2)</li> </ul>	<p>“Melhorou meu olhar para algumas questões”</p> <p>“Não”</p>
Você acredita que o fluxo de encaminhamentos ao idoso melhorou?	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Precisa melhorar (2)</li> <li>● Não (10)</li> <li>● Sim (3)</li> </ul>	<p>“O fluxo não melhorou, os atendimentos sim”</p> <p>“Não, pois não fazemos uso da CSPI”</p> <p>“Não, piorou após saída do gerontólogo”</p>
Os Matriciamentos alteraram os encaminhamentos, discussão de casos e resolutividade?	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Não (7)</li> <li>● Não há matriciamento (5)</li> <li>● Sim (2)</li> <li>● As vezes (1)</li> </ul>	<p>“Não”</p> <p>“Não temos matriciamento”</p> <p>“Não, pois não estamos fazendo os matriciamentos”</p>

O quadro 6 apresenta as respostas do GC. Nesse quadro observa-se a diferença em relação às respostas do GI. Existem manifestações negativas, como insatisfação, desconhecimento acerca da CSPI e baixo impacto na atuação profissional.

A seguir com as respostas de todas as questões, separadas em GC e GI foi criada uma nuvem de palavras, onde as palavras e frases de maior frequência aparecem em tamanho maior. Assim é possível observar a prevalência de determinadas palavras ou expressões nos discursos dos participantes da pesquisa.

**Figura 4** - Nuvem de palavras com as respostas do GI - Avaliação Inicial (esquerda) e Final (direita)



É possível observar a prevalência das palavras não é utilizada, apontando o padrão de resposta de pouca utilização da CSPI. Além disso, vê-se destaque em palavras como insatisfeita, insegura, esquecida pelo idoso, falta de capacitação. Ao lado direito apresenta a nuvem de palavras da reavaliação do GI. Observa-se o aumento de frequência de palavras afirmativas, como melhorando, satisfeita, caminho certo, mais capacitada. Outro fator que pode ser observado é a percepção de problemas fora da unidade, como adesão de especialistas

A figura 5 apresenta a nuvem de palavras da avaliação inicial do GC (à esquerda) e final (à direita). Observa-se padrão semelhante ao apresentado inicialmente pelo GI.

**Figura 5** - Nuvem de Palavras com as respostas do GC - Análise Inicial (esquerda) Final (direita)



Na figura 5 também se observa grande frequência de palavras como falta de capacitação, tamanho, conhecimento e preencher. Associadas, novamente a palavras negativas, como não, incapaz, falta e limitada. A figura à direita apresenta a nuvem de palavras das respostas da reavaliação. Observa-se pouca alteração no padrão de respostas em relação à avaliação inicial.

## 8 – DISCUSSÃO

Os resultados principais deste estudo mostraram que a realização e acompanhamento das equipes de saúde da APS gerou maior utilização das CSPI pelos profissionais e também maior preenchimento da mesma em comparação com o grupo controle.

A amostra de idosos coletados possui grande composição feminina, o que está de acordo com os processos de feminização da velhice (MAXIMIANO-BARRETO, 2019). Observou-se média de idade de 72 anos, baixa escolaridade (fundamental incompleto e analfabetos) e baixa renda (entre 0 e 2 salários mínimos), ressaltando que a nossa amostra é composta de pessoas idosas da comunidade usuárias do SUS. Em relação a religião, maioria católica, que se auto-identificam como brancos. A ocupação mais prevalente foi aposentadoria.

Em relação a satisfação inicial dos idosos, observa-se que o grupo controle possui pontuações maiores que o grupo intervenção. Um dos fatores que pode explicar essa situação é a ausência de médicos fixos na equipe no início das coletas, estando há mais de 3 meses sem esse profissional, enquanto em uma das equipes do grupo controle a médica está atuando na equipe há mais de 9 anos. Esse fator tem impacto no atendimento, conhecimento da população da área de abrangência, acesso a consultas e formação de aliança terapêutica. Esse fator já foi apresentado como um problema nos serviços da APS no Brasil, uma vez que grande parte dos profissionais não está na ESF por meio de concursos públicos, sendo a maioria por meio de contratos de 2 anos o que aumenta a rotatividade e tem impactos negativos no processo de cuidado (OLIVEIRA, PEDRAZA, 2019). Isso é observado nas respostas da questão 6 do instrumento SAPS, que avalia a satisfação com o tempo de consulta e na questão 2, que avalia a satisfação com as explicações dos profissionais de saúde. Devido à ausência de médicos, os substitutos atendiam de 2 a 3 vezes na semana, sendo necessário consultas mais rápidas para atender a toda a demanda e existia pouco vínculo com a população atendida. Esse achado está em consonância com os estudos de Vieira e colaboradores, que apontou a continuidade, longitudinalidade do cuidado como fatores importantes na satisfação dos pacientes (VIEIRA, et al. 2021).

Após o estabelecimento de médicos fixos para o atendimento da população ocorreu melhora na avaliação intragrupo do GC, com aumento da pontuação na questão SAPS 6. É interessante observar o quanto a satisfação dos pacientes idosos está associada ao atendimento médico demonstrando valor para o usuário da consulta com esse profissional. O profissional

médico e enfermeiro possuem função importante no atendimento, acolhimento e resolução das demandas em saúde. Essas ações estão associadas à satisfação dos pacientes, principalmente a escuta ativa, respeito e resolutividade, como mostram os estudos de Cantalino e colaboradores (CANTALINO, et al. 2021).

É válido destacar que a satisfação do paciente é um conceito multifatorial, com impacto de diversas áreas, dentro e fora do âmbito da APS. Foi comum a queixa entre os idosos entrevistados sobre a demora da consulta com o especialista, e esse fato impacta na satisfação do paciente. Essa questão está de acordo com a literatura, que traz a resolutividade sem encaminhamentos como um fator importante para a satisfação do paciente (CANTALINO, et al. 2021). Dentro deste contexto, o cuidado centrado no paciente tem impactos positivos tanto para o paciente idoso quanto para os profissionais (FERLA, et al. 2022).

A intervenção realizada com as equipes do GI não gerou diferença nas pontuações de satisfação dos pacientes avaliados, tanto na comparação intergrupo quanto na intragrupo. Um dos fatores que podem explicar essa limitação é o tempo de pesquisa. Pesquisas longitudinais com duração maior podem encontrar diferenças nas avaliações. Isso foi demonstrado por Maia e colaboradores que apontaram o impacto positivo dos matriciamentos nos índices de vulnerabilidade de idosos atendidos na APS em 6 meses (MAIA, et al. 2021).

Em relação à satisfação da equipe percebe-se uma média de pontuação relativamente alta entre os dois grupos, sem diferença entre os grupos, tanto no início quanto ao final da intervenção. Novamente, relacionando com as respostas qualitativas e os matriciamentos, a importância de diversos fatores para a satisfação da equipe. Questões salariais, sobrecarga de trabalho, falta de apoio da gestão, redes mal articuladas e demandas da população que não conseguem ser resolvidas, têm todas impacto importante na satisfação e trabalho da equipe. Os aspectos estruturais, de apoio e salariais foram observados como importantes nos processos de gestão para garantir a satisfação dos trabalhadores da saúde, principalmente na atenção primária. (SORATTO, et al. 2020) (OLIVEIRA, PEDRAZA, 2019) (SILVA, et al. 2022).

Não só o investimento na gestão da saúde do idoso, mas em todos os processos de gestão da saúde e gestão estratégica são importantes para a melhora desse cenário. Replicando a fala de uma enfermeira “eu não consigo lidar com tudo o que a gestão quer, nosso posto tem

uma demanda muito grande, e me sinto como se apagassem um fogo para correr para outro”. A sensação de “apagar incêndios” é um dos objetivos da gestão, para que, além de resolver problemas imediatos, atuar em ações de prevenção para reduzir a ocorrência dos mesmos. Essas demandas mostram que a gestão estadual, regional e municipal muito podem se articular para resolver essas questões como e proporcionar uma maior satisfação para o trabalho da equipe da APS. Casanova e colaboradores em seu estudo no bairro de Manguinhos no Rio de Janeiro, abordaram uma experiência de implementação de um novo modelo de gestão, envolvendo três distintos atores (gestores, profissionais de saúde e usuários), com o intuito de formar uma cogestão. Foi demonstrado que o modelo de gestão compartilhada potencializa estratégias de intervenção, além de ser um possível caminho para o aumento da qualidade nas ações de saúde da família (CASANOVA et al., 2014).

A intervenção realizada no GI não teve impacto na pontuação da satisfação das equipes de saúde, apontado tanto na avaliação intergrupo quanto na avaliação intragrupo. O impacto da intervenção foi observado no preenchimento da CSPI, que ocorreu no GI mas não ocorreu no GC. Isso mostra que o matriciamento tem o potencial de auxiliar na implantação da CSPI na APS. Além disso, o matriciamento pode contribuir com os conhecimentos e as ações que devem ser realizadas após o preenchimento da CSPI. Assim como se discute no estudo de Cabral e colaboradores, o desconhecimento ou desuso da Caderneta pode influenciar em limitações de acesso e causar impacto na baixa resolutividade de ações e capacidade de respostas a problemas de saúde enfrentados pela população idosa (CABRAL et al., 2019).

Outro fator importante, evidenciado nas respostas qualitativas, é a baixa qualificação no atendimento ao idoso. As ações costumam estar associadas àquelas utilizadas para o controle de doenças crônicas, como diabetes e hipertensão (HIPERDIA). Cabral traz em seu estudo, relatos da falta de conhecimento dos profissionais com o uso da CSPI, onde uma enfermeira da USF confundiu a caderneta do HIPERDIA, com a CSPI (CABRAL et al., 2019). Ainda que a maioria dos participantes desses grupos são idosos, é válido destacar que não consiste em uma ação específica para a população idosa. Também foi apontado pela equipe de saúde a falta de apoio por parte da gestão e de equipamentos de saúde para atender aos idosos, não existindo uma rede de apoio bem estruturada. Soratto e colaboradores apontam a importância de uma estrutura adequada de trabalho na satisfação dos trabalhadores da saúde (SORATTO, et al. 2020).

Existe no município estudado apenas um Centro-dia público, oferecendo 40 vagas, 5 centros de referência de assistência social (CRAS), que oferecem atividades para população idosa e uma Universidade Aberta para Maioridade (UNABEM). Entretanto, essas estruturas funcionam sem integração e centralização das ações e com baixa divulgação entre os trabalhadores das equipes de saúde, Damaceno e Chirelli apontam que por mais que tenhamos nos dias atuais as RAS, que são coordenadas pela AB, nosso sistema de saúde ainda é marcado pelo modelo biomédico que é engessado e burocrático, o que impede a dinamicidade e integração do cuidado que é preconizado pela RAS (DAMACENO; CHIRELLI, 2019) Os integrantes das equipes avaliadas, tanto do GC quanto do GI, também ressaltaram a ausência de profissionais qualificados para o atendimento do idoso que podem ser referência, tanto em matriciamentos, quanto para encaminhamentos de casos mais complexos, uma das necessidades apontadas ainda por Damaceno e Chirelli, é a construção coletiva de caráter multiprofissional, visto que há o desenvolvimento insuficiente da intersetorialidade no acesso, além de que se faz necessário o aprimoramento da prática do cuidado na lógica do envelhecimento, como previsto nas diretrizes da PNSPI (DAMACENO; CHIRELLI, 2019)

Nesse sentido, a apresentação de material baseado em evidências foi importante para a equipe. Este material, desenvolvido com base nos indicadores de saúde presentes na CSPI foi apresentado para a equipe do GI (e posteriormente entregue para as equipes do GC e para a Secretaria Municipal de Saúde), parece ter auxiliado não apenas na capacitação da equipe, mas também na sensibilização e direcionamento do olhar para questões críticas da saúde do idoso.

A apresentação das barreiras por parte da equipe serviu de insumo para a elaboração de material durante os matriciamentos, aproveitando o conhecimento e ações da própria equipe para solucionar os problemas. Para a adesão dos idosos foi apresentado, pela equipe, duas estratégias, a primeira foi a inclusão de uma cópia do CNS na contra-capa, vinculando a documentação à CSPI. A segunda estratégia é a solicitação da CSPI em todas as consultas, de todos os profissionais da unidade, gerando a necessidade para o paciente apresentar sua CSPI a todas consultas, procedimentos e níveis de atenção em saúde que comparecer. A discussão com a equipe e utilização das estratégias elaboradas pela mesma proporcionou maior adesão e empenho da equipe. Dentro deste contexto, foi elaborado junto a equipe, a estratégia de preenchimento da caderneta, já que, um desafio importante era a complexidade do preenchimento. Então, foi dividido o preenchimento entre os diversos membros da equipe e

estabelecido a meta de preencher uma caderneta por ACS por semana, ou seja, cerca de 3 a 5 por semana. Essas metas foram definidas pela própria equipe de acordo com as possibilidades da agenda dos profissionais, visando metas exequíveis e possíveis de terem adesão da equipe.

Ainda que o pacto para o preenchimento da CSPI foi discutido em conjunto com a equipe, a sua realização demorou um tempo para surtir efeito, como observado no gráfico do número de cadernetas preenchidas, o que mostra a importância do acompanhamento contínuo. Além disso, a meta discutida possivelmente não era alcançada principalmente devido a novas demandas da gestão municipal que consumia o tempo da equipe. Nesse sentido, as enfermeiras apontavam o quanto os indicadores exigidos pela Secretaria de Saúde não eram os mesmos que os apresentados pela CSPI, tornando mais difícil a conciliação das duas metas. Novamente é importante ressaltar como as esferas superiores (municipal, estadual e federal) precisam estar em consonância com o operacional e dedicadas à saúde da pessoa idosa.

Ao analisar as falas relativas ao impacto do matriciamento é importante perceber a diferença entre as respostas dos dois grupos. Por um lado, o GI apresentou atitudes positivas, relatando maior interesse pela saúde da população idosa, percepção de questões e demandas antes ignoradas, ações preventivas e de promoção da saúde. Por outro, as equipes que compunham o GC apontavam estagnação em relação à saúde do idoso e até mesmo insatisfação. Mudanças podem demandar um tempo maior para que efetivamente possam serem sentidas, tanto pela população idosa, quanto pelas equipes de saúde e, portanto, os resultados desta pesquisa indicam que é necessário um trabalho contínuo de educação permanente com as equipes.

Nesse sentido a presença de uma ou mais pessoas que possuam especialização em saúde do idoso é essencial. A criação de uma rede de apoio, não apenas institucional e com estruturas que atendam idosos, mas também com profissionais que possam integrar as equipes de apoio à APS, oferecendo matriciamentos e atendimentos aos casos mais complexos.

É necessário a criação e estruturação de redes de atenção à pessoa idosa, desde equipamentos de atendimento como centros-dia, centros de referência, bem como a formação de profissionais capacitados para realizar matriciamentos e apoio às equipes da APS. Nesse sentido, é importante estabelecer o fluxo adequado de encaminhamentos, referência e contra-referência, e fortalecer a Linha de Cuidado da Pessoa Idosa.



A satisfação, tanto dos idosos quanto das equipes, é um construto multifatorial, que exige uma abordagem por maior tempo e envolvendo outras questões além da saúde do idoso, como questões salariais, apoio da gestão e atendimento das demandas da população. Além disso, a integração com as demais áreas de atendimento, como a atenção secundária e terciária, assistência social, educação e esportes, faz com que o atendimento à saúde da pessoa idosa seja mais completa e resolutiva.

Dessa forma, o matriciamento pode auxiliar, em primeiro lugar, com a implantação e preenchimento da CSPI, educação continuada da equipe e também como referência e apoio para os profissionais da APS em relação às demandas de saúde da pessoa idosa.

Como limitação do estudo, apresentamos o recolhimento apenas do indicador de número de CSPI preenchidas, uma vez que as equipes de APS não mantêm controle dos outros indicadores citados, sendo impossível, neste estudo, coletá-los. Mesmo solicitando esses dados para a equipe não foi possível obtê-los.

## 9 – CONCLUSÃO

Em vista do que foi estudado e apresentado pode-se concluir que, em primeiro lugar a presença do gestor do envelhecimento tem impacto positivo tanto na implantação da CSPI quanto na sensibilização e apoio das equipes de saúde da APS. Entretanto, não houve impacto nos valores de satisfação da equipe e nem diferença na comparação entre idosos dos grupos controle e intervenção.

Em relação a satisfação dos idosos não foi observada diferença na comparação intragrupo e a diferença intergrupo pode ser explicada por questões alheias à intervenção, como presença de profissionais concursados no atendimento.

Os relatos dos profissionais da equipe indicaram que o atendimento ao idoso é realizado em sua maioria pela APS e não existe uma rede estruturada no município que auxilie no atendimento. A principal queixa dos membros da equipe está relacionada à falta de apoio da gestão e desalinhamento entre as metas de atendimento e a saúde do idoso. Nesse sentido faz-se necessário fortalecer o apoio prestado às equipes de saúde por meio de um matriciamento para a saúde da pessoa idosa ou a figura de um gestor do envelhecimento a fim de qualificar a atenção ofertada a pessoa idosa na atenção primária e fortalecer o acompanhamento longitudinal em saúde da pessoa idosa.

Por fim, faz-se necessários mais estudos, de caráter experimental, tanto quantitativo quanto qualitativo, para que seja oferecida as bases do conhecimento para a atuação dentro de evidências no âmbito da gestão da saúde do idoso.

## CRONOGRAMA DE ATIVIDADES

	1°	2°	3°	4°	5°	6°	7°	8°	9°	10°	11°	12°	13°	14°	15°	16°	17°	18°	19°	20°	21°	22°	23°	24°
Disciplinas do Mestrado																								
Levantamento Bibliográfico																								
Participações na Reuniões do Grupo de Pesquisa																								
Submissão ao Comitê de Ética																								
Submissão à FAPESP																								
Seleção da USF																								
Qualificação do projeto de pesquisa do Mestrado																								
Capacitação da Equipe																								
Matriciamentos																								
Aplicação dos Questionários																								
Tratamento e análise dos dados																								
Escrita de Artigos																								
Submissão dos artigos																								
Escrita da dissertação																								
Defesa da Dissertação																								
Participação em eventos científicos																								

Legenda: Cinza, realizado no primeiro ano de mestrado. Azul: a realizar no segundo ano de mestrado (com submissão à FAPESP)

## REFERÊNCIAS

ANDRADE, T. A. C.; TERUIA, P. M.; MEDEIROS, A. de A. Desafio da Atenção à Saúde do Idoso: Relação do Cuidador e da Família dentro da Integralidade e Cuidado. **Cadernos de Educação, Saúde e Fisioterapia**, v. 3, n. 6, 2016. Disponível em: <http://revista.redeunida.org.br/ojs/index.php/cadernos-educacao-saude-fisioter/article/view/1160/0>. Acesso em: 10/08/2021.

BERALDO, N. **Atenção Primária ganha reforço de quase 2 mil novas equipes de saúde**. 2019. Notícias, Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/atencao-primaria-ganha-reforco-de-quase-2-mil-novas-equipes-de-saude>. Acesso em: 24/10/2020

BOWEN, A. *et al.* Non-pharmacological interventions for perceptual disorders following stroke and other adult-acquired, non-progressive brain injury. **Cochrane Database Syst Rev**, v. 2011, n. 4, April 2011. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21491397/>. Acesso em: 28/08/2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. **Clínica Ampliada e compartilhada**. Brasília: Ministério da Saúde; 2009.

BRASIL, Ministério da Saúde. Portaria Nº 2.436, de 21 de Setembro de 2017. **Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)**., Brasília, 21/09/2017. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436\\_22\\_09\\_2017.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html). Acesso em: 10/08/2021.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Orientações Técnicas para Implementação de Linha de Cuidado para Atenção Integral à Saúde da Pessoa Idosa no Sistema Único de Saúde**. Brasília. 2018

BRASIL. Ministério da Saúde. Diretrizes para o cuidado das pessoas idosas no SUS: Proposta de modelo de Atenção Integral. In: **XXX Congresso Nacional de Secretarias Municipais de Saúde Junho 2014**; Serra, ES. Brasília: MS; 2014. Available from: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes\\_cuidado\\_pessoa\\_idosa\\_sus.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_cuidado_pessoa_idosa_sus.pdf)>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Área Técnica de Saúde do Idoso. Portaria nº 2.528, de 19 de outubro de 2006. Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. In: **Brasil**. Ministério da Saúde. Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. Brasília; 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual do Instrumento de Avaliação da Atenção Primária à Saúde : PCATool-Brasil – 2020**. Brasília : Ministério da Saúde, 2020. Disponível em: [http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/20200506\\_Pcatool\\_versao\\_preliminar\\_Final.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/20200506_Pcatool_versao_preliminar_Final.pdf) . Acesso em: 06 abr. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa. 5rd ed. Brasília: MS; 2018.

BRASIL; Casa Civil. **Cadernetas de Saúde da Pessoa Idosa serão entregues para mais de dois mil municípios**. Abril 2021. Notícias. Disponível em: <https://www.gov.br/casacivil/pt-br/assuntos/noticias/2021/abril/cadernetas-de-saude-da-pessoa-idosa-serao-entregues-para-mais-de-dois-mil-municipios>. Acesso em: 30/01/2023.

BRASIL.Ministério da Saúde (coord.). Capacitação dos Profissionais da Atenção Básica Sobre a Saúde da Pessoa Idosa: **Caderno Ação**. 1ed. São Paulo: Hospital do Coração, 2017. v1. 108p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Sistema Único de Saúde**. 2023. Plataforma de Pesquisa. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/s/sus>. Acesso em: 17/01/2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Cobertura da Atenção Básica**. 2021. Plataforma de Pesquisa. Disponível em: <https://egestorab.saude.gov.br/paginas/acessoPublico/relatorios/relHistoricoCoberturaAB.xhtml>. Acesso em: 15/06.

BORGES, M. M. et al.. Custo direto de internações hospitalares por doenças crônicas não transmissíveis sensíveis à atenção primária em idosos. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 28, n. Ciênc. saúde coletiva, 2023 28(1), jan. 2023.

BURGOS, R. *et al.* ESPEN guideline clinical nutrition in neurology. **Clin Nutr**, v. 37, n. 1, p. 354 – 396, February 2018. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29274834/>. Acesso em: 28/08/2021.

CABRAL, J. F.; DA SILVA, J. F. G.; GLERIANO, J. S.; BALDERRAMA, P.; BORGES, A. P.; DA SILVA, A. M. C. Avaliação da atenção integral à saúde do idoso na percepção de profissionais. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, [S. l.], v. 32, 2019. DOI: 10.5020/18061230.2019.8367. Disponível em: <https://ojs.unifor.br/RBPS/article/view/8367>. Acesso em: 24 mar. 2023.

CANADIAN INSTITUTE FOR HEALTH INFORMATION. **How Canada Compares: Results From The Commonwealth Fund's 2016 International Health Policy Survey of Adults in 11 Countries**. Ottawa: CIHI, 2017. Disponível em: <https://www.cihi.ca/sites/default/files/document/text-alternative-version-2016-cmwf-en-web.pdf>. Acesso em: 10/08/2021.

CANTALINO, J. L. R. et al.. User satisfaction in relation to Primary Health Care services in Brazil. **Revista de Saúde Pública**, v. 55, n. Rev. Saúde Pública, 2021 55, 2021.

CARPINTÉRO, J. N. C. Custos na área de Saúde – Considerações Teóricas. In: **VI Congresso Brasileiro de Custos**. São Paulo: [s.n.]. 1999.

CASANOVA, A. O.; TEIXEIRA, M. B.; MONTENEGRO, E.. O apoio institucional como pilar na cogestão da atenção primária à saúde: a experiência do Programa TEIAS - Escola Manguinhos no Rio de Janeiro, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, n. Ciênc. saúde coletiva, 2014 19(11), p. 4417–4426, nov. 2014.

CASTIGLIONI, Aurélia H. Inter-relações entre os processos de transição demográfica, envelhecimento populacional e transição epidemiológica no Brasil. In: **V Congreso de ALAP Las transiciones em America Latina y el Caribe**. Cambios demográficos, 2012.

COOK, A. J. et al. Statistical lessons learned for designing cluster randomized pragmatic clinical trials from the NIH Health Care Systems Collaboratory Biostatistics and Design Core. **Clinical trials**, 13(5), 504–512. 2016 <https://doi.org/10.1177/1740774516646578>

COSENTINO, F. *et al.* 2019 ESC Guidelines on diabetes, pre-diabetes, and cardiovascular diseases developed in collaboration with the EASD. **Eur Heart J**, v. 41, n. 2, p. 255 – 323, January 2020. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31497854/>. Acesso em: 28/08/2021.

COSTA, G. M. DA .; SHIMIZU, H. E.; SANCHEZ, M. N.. Elderly Mortality due to Ambulatory Care Sensitive Conditions and Primary Health Care Coverage in the Federal District. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 76, n. Rev. Bras. Enferm., 2023 76(1), 2023.

DALY, J. M.; BUTCHER, H. K. Evidence-Based Practice Guideline: Elder Abuse Prevention. **J Gerontol Nurs**, v. 44, n. 7, p. 21 – 30, July 2018. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29969137/>. Acesso em: 28/08/2021.

DAMACENO, M. J. C. F.; CHIRELLI, M. Q.. Implementação da Saúde do Idoso na Estratégia Saúde da Família: visão dos profissionais e gestores. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 24, n. Ciênc. saúde coletiva, 2019 24(5), p. 1637–1646, maio 2019.

DENT, E. *et al.* Physical Frailty: ICFSR International Clinical Practice Guidelines for Identification and Management. **J Nutr Health Aging**, v. 23, n. 9, p. 771 – 787, 2019. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31641726/>. Acesso em: 28/08/2021.

DRUMOND, C. H.; BORGES, N. L.; MACHADO, C. H.; HORTA, P. M. Transição demográfica e atenção à saúde da pessoa idosa no âmbito da atenção primária à saúde: um estudo de revisão sobre o cenário brasileiro. **Rev APS**. 2013;16(3):320-27.

FLECK, Marcelo P.; CHACHAMOVICH, Eduardo; TRENTINI, Clarissa. Development and validation of the Portuguese version of the WHOQOL-OLD module. **Revista de Saúde Pública**, v. 40, p. 785-791, 2006.

FUNDACÃO FIOCRUZ. **Saúde da Pessoa Idosa, boas práticas**. 2019. Disponível em: <https://saudedapessoaidosa.fiocruz.br/>. Acesso em: 10/08/2021.

GANZ, D. A.; LATHAM, N. K. Prevention of Falls in Community-Dwelling Older Adults. **N Engl J Med**, v. 382, n. 8, p. 734 – 743, February 2020. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32074420/>. Acesso em: 28.

GARCIA, P. T.; REIS, R. S. **Gestão em Saúde: O Plano de Saúde como Ferramenta de Gestão**. 1. ed. São Luís: EDUFMA, 2016. Unidade IV. 55 p. ISBN 978-85-7862- 548-1. Disponível em: <https://ares.unasus.gov.br/acervo/handle/ARES/7360>. Acesso em: 10/08/2021.

GARDINER, C.; GELDENHUYS, G.; GOTT, M. Interventions to reduce social isolation and loneliness among older people: an integrative review. **Health Soc Care Community**, v. 26, n.

2, p. 147 – 157, March 2018. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27413007/>. Acesso em: 28/08/2021.

GONÇALVES, F. F. *et al.* A Construção de um Projeto Terapêutico Singular com Usuário e Família no Contexto da Atenção Básica: Um relato de Experiência. **Cadernos de Educação, Saúde e Fisioterapia**, v.3, n.6, 2016. Disponível em: <http://revista.redeunida.org.br/ojs/index.php/cadernos-educacao-saude-fisioter/article/view/1137>. Acesso em: 10/08/2021.

HALLI-TIERNEY, A. D.; SCARBROUGH, C.; CARROLL, D. Polypharmacy: Evaluating Risks and Deprescribing. **Am Fam Physician**, v. 100, n. 1, p. 32 – 38, July 2019. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31259501/>. Acesso em: 28/08/2021.

HOLMES, S.; SUNSTEIN, C. R. The cost of rights: why liberty depends on taxes. New York: **Norton**, 2000.

KATZMAN, M. A. *et al.* Canadian clinical practice guidelines for the management of anxiety, posttraumatic stress and obsessive-compulsive disorders. **BMC Psychiatry**, v. 14, n. Suppl 1, 2014. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25081580/>. Acesso em: 28/08/2021.

MACINKO, J. *et al.* Primary care and healthcare utilization among older Brazilians (ELSI-Brazil). **Revista de Saúde Pública [online]**. 2018, v. 52, n. Suppl 2 [Accessed 23 July 2021] , 6s. Available from: <<https://doi.org/10.11606/S1518-8787.2018052000595>>. Epub 25 Oct 2018. ISSN 1518-8787. <https://doi.org/10.11606/S1518-8787.2018052000595>.

MACINKO, J. *et al.* Primary care and healthcare utilization among older Brazilians (ELSI-Brazil). **Revista de Saúde Pública**, v. 52, n. Suppl 2, p. 1 – 9, April 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rsp/a/MzqWJmcVG3gBXnqgghxvr8c/?format=pdf&lang=en>. Acesso em: 10/08/2021.

MAIA, L. C. *et al.* Impact of matrix support on older adults in primary care: randomized community trial. **Revista de Saúde Pública**, v. 55, n. Rev. Saúde Pública, 2021 55, 2021.

MATTA, G. C., MOROSINI, M. V. G. Atenção primária à saúde. **Dicionário da educação profissional em saúde**, v. 2, p. 44-50, 2009

MAXIMIANO-BARRETO, M. A.; ANDRADE, L.; CAMPOS, L. B. de; PORTES, F. A.; GENEROSO, F. K. A FEMINIZAÇÃO DA VELHICE: UMA ABORDAGEM



BIOPSIKOSSOCIAL DO FENÔMENO. **Interfaces Científicas - Humanas e Sociais**, [S. l.], v. 8, n. 2, p. 239–252, 2019. DOI: 10.17564/2316-3801.2019v8n2p239-252. Disponível em: <https://periodicos.set.edu.br/humanas/article/view/6076>. Acesso em: 24 jan. 2023.

MENDES, R. M.; MISKULIN, R. G. S.. A análise de conteúdo como uma metodologia. **Cadernos de Pesquisa**, v. 47, n. Cad. Pesqui., 2017 47(165), p. 1044–1066, jul. 2017.

MORAES, E.N. Atenção à saúde do idoso: aspectos conceituais. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2012.

NERI, A. L. Qualidade de Vida na Velhice. In: NERI, A. L. (org.). **Palavras-Chave em Gerontologia**. 3. Ed. Campinas: Alínea, 2008. Cap. 49, p. 162 – 165.

NEWSTED, D. *et al.* Approach to hearing loss. **Can Fam Physician**, v. 66, n. 11, p. 803 – 809, November 2020. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33208419/>. Acesso em: 28/08/2021.

NILSON, E. A. F.; ANDRADE, R. C. S.; BRITO, D. A.; OLIVEIRA, M. L. Custos atribuíveis a obesidade, hipertensão e diabetes no Sistema Único de Saúde, Brasil, 2018. **Rev Panam Salud Publica**. 2020;44:e32. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2020.32>

OLIVEIRA, A. S. Transição Demográfica, Transição Epidemiológica e Envelhecimento Populacional no Brasil. **Hygeia**, v.15, n. 31, p. 69-79, Outubro 2019. ISSN 1980-1726. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.14393/Hygeia153248614>.

OLIVEIRA, A. S.; ROSSI, E. C. Envelhecimento Populacional, segmento mais idoso e as atividades básicas da vida diária como indicador de velhice autônoma e ativa. **Geosul**, Florianópolis, v. 34, n. 73, p. 358-377, Dezembro 2019. Disponível em: <http://doi.org/10.5007/1982-5153.2019v34n73p358>

OLIVEIRA, M. M. DE .; PEDRAZA, D. F.. Contexto de trabalho e satisfação profissional de enfermeiros que atuam na Estratégia Saúde da Família. **Saúde em Debate**, v. 43, n. Saúde debate, 2019 43(122), jul. 2019.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. **Informe Mundial sobre El Envejecimiento Y La Salud**. Ginebra: OMS, 2015.

PARANHOS, D. G. A. M.; ALBUQUERQUE, A.; GARRAFA, V.. Vulnerabilidade do paciente idoso à luz do princípio do cuidado centrado no paciente. **Saúde e Sociedade**, v. 26, n. Saude soc., 2017 26(4), out. 2017.

PETERSEN, R. C. *et al.* Practice guideline update summary: Mild cognitive impairment: Report of the Guideline Development, Dissemination, and Implementation Subcommittee of the American Academy of Neurology. **Neurology**, v. 90, n. 3, p. 126 – 135, January 2018. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29282327/>. Acesso em: 28/08/2021.

PILLEMER, K. *et al.* Elder Abuse: Global Situation, Risk Factors, and Prevention Strategies. **Gerontologist**, v. 56, n. Suppl 2, p. 194 – 205, April 2016. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26994260/>. Acesso em: 28/08/2021.

RAMÍREZ, F. B. *et al.* Prevención de los trastornos de la salud mental en atención primaria. Actualización PAPPs 2018. **Aten Primaria**, v. 50, n. Su, p. 83 – 108, May 2018. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29866360/>. Acesso em: 28/08/2021.

RAMOS, L. V.; OSÓRIO, N. B.; SINÉSIO NETO, L. Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa na Atenção Primária: uma revisão integrativa. **Humanidades e Inovação**. v.6, n.2, p. 272 – 280, 2019.

ROSSETTO, V.; TOSO, B. R. G. DE O.; RODRIGUES, R. M.. Organizational flow chart of home care for children with special health care needs. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 73, n. Rev. Bras. Enferm., 2020 73 suppl 4, 2020.

SALDIVA, P. H. N.; VERAS, M. Gastos públicos com Saúde: breve histórico, situação atual e perspectivas futuras. **Estudos avançados**. v.32, n.92, p. 47 – 61. 2018. DOI: 10.5935/0103-4014.20180005

SANTOS, F. H. dos, ANDRADE, V. M. B., ORLANDO F. A.. Envelhecimento: um processo multifatorial. **Psicologia em Estudo**, v. 14, n. 1, pp. 3-10.2009 Disponível em: <>. Epub 29 Jun 2009. ISSN 1807-0329.

SANTIAGO, A. G. M. *et al.* Utilização da caderneta de saúde da pessoa idosa na atenção primária: revisão integrativa. **Brazilian Journal of Health Review**, Curitiba, v. 4, n. 4, p.14397 – 14411, Agosto 2021.

- SCHNEIDER, E. C. *et al.* **International Comparison Reflects Flaws and Opportunities for Better U.S. Health Care**. 2017. Poster Interativo. Disponível em: <https://interactives.commonwealthfund.org/2017/july/mirror-mirror/>. Acesso em: 10/08/2021.
- SILVA, D. S. M. DA . *et al.*. Doenças crônicas não transmissíveis considerando determinantes sociodemográficos em coorte de idosos. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 25, n. Rev. bras. geriatr. gerontol., 2022 25(5), 2022.
- SILVA, S. DE S.; PINHEIRO, L. C.; LOYOLA FILHO, A. I. DE .. Internações por condições sensíveis à atenção primária entre idosos residentes em Minas Gerais, Brasil, 2010-2015. **Cadernos Saúde Coletiva**, v. 30, n. Cad. saúde colet., 2022 30(1), jan. 2022.
- SILVA, F. L. da; LORENZI, L. J.; BISETTO, L. A.; BELO, L. F.; GOMES, G. A. de O.; MININEL, V. A. Satisfação no trabalho de trabalhadores da Atenção Primária à Saúde: Um estudo exploratório. **REME-Revista Mineira de Enfermagem**, [S. l.], v. 26, 2022. DOI: 10.35699/2316-9389.2022.37894. Disponível em: <https://periodicos.ufmg.br/index.php/rem/article/view/37894>. Acesso em: 24 mar. 2023.
- SORATTO, J. *et al.*. FAMILY HEALTH STRATEGY PROFESSIONAL SATISFACTION IN BRAZIL: A QUALITATIVE STUDY. **Texto & Contexto - Enfermagem**, v. 29, n. Texto contexto - enferm., 2020 29, 2020.
- SYAN, R.; BRUCKER, B. M. Guideline of guidelines: urinary incontinence. **BJU Int**, v. 117, n. 1, p. 20 – 33, January 2016. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26033093/>. Acesso em: 28/08/2021.
- SZWARCWALD, C. L.; STOPA, S. R.; MALTA, D. C.. Situação das principais doenças crônicas não transmissíveis e dos estilos de vida da população brasileira: Pesquisa Nacional de Saúde, 2013 e 2019. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 38, n. Cad. Saúde Pública, 2022 38 suppl 1, 2022.
- VIEIRA, N. F. C. *et al.*. Fatores presentes na satisfação dos usuários na Atenção Básica. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 25, n. Interface (Botucatu), 2021 25, 2021.
- VIEIRA, F. S. Produção de Informação de Custos para a Tomada de Decisão no Sistema Único de Saúde: Uma questão para a Política Pública. **Texto para Discussão**. Instituto de Pesquisa Econômica e Aplicada. Rio de Janeiro, 50p. Junho 2017. ISSN 1415-4765.

VOLKMER, A. *et al.* Speech and language therapy approaches to managing primary progressive aphasia. **Pract Neurol**, v. 20, n. 2, p. 154 – 161, April 2020. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31358572/>. Acesso em: 28/08/2021.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Envelhecimento global: triunfo e desafio. In: **Envelhecimento ativo – uma política de saúde**. Tradução de Suzana Gontijo, Brasília, Organização Pan Americana da Saúde, 2005, 60p.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global Spending on Health: A World in Transition**. 1. ed. Geneva: WHO, 2019. v. 1. 68 p. (1, v. 1). ISBN 978-92-4-004037-3.

YAGI, E. Y. .; BATISTA, M. P. P. .; PASCHOAL , S. M. P. .; ALMEIDA, M. H. M. de .  
Desafios enfrentados e estratégias sugeridas para favorecer a gestão de planos de cuidados a pessoas idosas na Cidade Ademar - São Paulo, Brasil: percepções de profissionais da Saúde e da Assistência Social. **Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo**, [S. l.], v. 32, n. 1-3, p. e203827, 2022. DOI: 10.11606/issn.2238-6149.v32i1-3pe203827.  
Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/rto/article/view/203827>. Acesso em: 19 jan. 2023.



## APÊNDICE

### Apêndice 1 - TCLE equipe de saúde.



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS**

**DEPARTAMENTO DE GERONTOLOGIA / PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO  
EM GERONTOLOGIA**

#### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

**(Resolução 466/2012 do CNS)**

### **OS IMPACTOS DO USO DA CADERNETA DE SAÚDE DA PESSOA IDOSA NOS INDICADORES DE GESTÃO E QUALIDADE DE VIDA DE IDOSOS NA ATENÇÃO BÁSICA.**

O (a) Senhor (a) está sendo convidado (a) para participar da pesquisa “Os Impactos do uso da Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa nos Indicadores de Gestão e Qualidade de Vida de Idosos na Atenção Básica.”.

O objetivo deste estudo é avaliar o impacto na gestão em saúde e na satisfação dos idosos nas unidades e usuários do Sistema Único de Saúde quando realizada gestão por meio da Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa. O (a) senhor (a) foi selecionado (a) por fazer parte da equipe de Saúde de Família da USF selecionada para o estudo. Sua participação é voluntária, isto é, a qualquer momento o (a) senhor (a) pode desistir de participar e retirar seu consentimento. A sua recusa não trará nenhum prejuízo na sua relação com o pesquisador ou com a instituição que forneceu os dados.

A coleta de dados será composta por dois questionários, sendo um de satisfação e outro de indicadores de gestão. Serão escolhidas 4 USFs para a pesquisa, divididas em grupo controle e grupo intervenção. O grupo controle não receberá intervenção por parte do pesquisador, utilizando apenas os materiais fornecidos pelo Ministério da Saúde. O grupo intervenção contará com matriciamentos, material adicional sobre a CSPI e capacitações, todos eles elaborados pelo pesquisador. A alocação das unidades será realizada por conveniência, e o senhor (a) será informado a qual grupo pertence (Controle ou Intervenção).

Suas respostas serão tratadas de forma anônima e confidencial, ou seja, em nenhum momento será divulgado seu nome em qualquer fase do estudo. Quando for necessário exemplificar determinada situação, sua privacidade será assegurada. Os dados coletados poderão ter seus resultados divulgados em eventos, revistas e/ou trabalhos científicos.

O preenchimento destes questionários não oferece risco imediato ao (a) senhor (a), porém considera-se a possibilidade de um risco subjetivo, pois algumas perguntas podem remeter à algum desconforto, evocar sentimentos ou lembranças desagradáveis ou levar à um leve cansaço após responder os questionários. Caso algumas dessas possibilidades ocorram, o senhor (a) poderá optar pela suspensão imediata da entrevista. Além disso, considera-se risco mínimo de exposição dos seus dados, entretanto, ressalta-se que não serão coletados nenhum dado que permita sua identificação (como nome, endereço ou número de documentos) e seus dados não serão armazenados em nuvem, não sendo possível o acesso por terceiros.

O senhor (a) não terá nenhum custo ou compensação financeira ao participar do estudo. Entretanto, todas as despesas com o transporte e a alimentação decorrentes da sua participação na pesquisa, quando for o caso, serão ressarcidas no dia da coleta. Você terá direito a indenização por qualquer tipo de dano resultante da sua participação na pesquisa.

Também o (a) senhor (a) não terá nenhum benefício direto. Entretanto, este trabalho poderá contribuir de forma indireta na ampliação do conhecimento sobre gestão em saúde.

Por fim o (a) senhor (a) receberá uma devolutiva com os resultados da pesquisa.

O (a) senhor (a) receberá uma via deste termo, rubricada em todas as páginas por você e pelo pesquisador, onde consta o telefone e o endereço do pesquisador principal. Você poderá tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação agora ou a qualquer momento.

Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa e concordo em participar. O pesquisador me informou que o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da UFSCar que funciona na Pró-Reitoria de Pesquisa da Universidade Federal de São Carlos, localizada na Rodovia Washington Luiz, Km. 235 - Caixa Postal 676 - CEP 13.565-905 - São Carlos - SP – Brasil. Fone (16) 3351-9685. Endereço eletrônico: [cephumanos@ufscar.br](mailto:cephumanos@ufscar.br)

**Endereço para contato (24 horas por dia e sete dias por semana):**

Pesquisador Responsável: Otávio Augusto Fernandes Marques Bianco

Endereço: Rua Desembargador Milton Mendes dos Reis, 377, Jardim Country Club, Poços de Caldas

Contato telefônico: (35) 99228-2179

E-mail: otavioafm@gmail.com

Local e data: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Nome do Pesquisador

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Pesquisador

\_\_\_\_\_  
Nome do Participante

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Participante



**Apêndice 2 - TCLE Idosos**

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS**  
**DEPARTAMENTO DE GERONTOLOGIA / PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO**  
**EM GERONTOLOGIA**

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

**(Resolução 466/2012 do CNS)**

**OS IMPACTOS DO USO DA CADERNETA DE SAÚDE DA PESSOA IDOSA NOS  
INDICADORES DE GESTÃO E QUALIDADE DE VIDA DE IDOSOS NA ATENÇÃO  
BÁSICA.**

O (a) Senhor (a) está sendo convidado (a) para participar da pesquisa “Os Impactos do uso da Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa nos Indicadores de Gestão e Qualidade de Vida de Idosos na Atenção Básica.”.

O objetivo deste estudo é avaliar o impacto na gestão em saúde e de qualidade de vida nos nas unidades e usuários do Sistema Único de Saúde quando realizada gestão por meio da Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa. O (a) senhor (a) foi selecionado (a) por ter idade igual ou superior a 65 anos e estar adscrito na área de abrangência do PSF. Sua participação é voluntária, isto é, a qualquer momento o (a) senhor (a) pode desistir de participar e retirar seu consentimento. A sua recusa não trará nenhum prejuízo na sua relação com o pesquisador ou com a instituição que forneceu os dados.

A coleta de dados será composta por dois questionários e a Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa (CSPI). Os dados da caderneta serão utilizados para coletar suas informações de identificação, além de alguns dados clínicos e físicos. O tempo utilizado para coleta dos dados será de aproximadamente quarenta minutos. Não será realizada nenhum tipo de intervenção com o senhor(a), apenas a coleta das respostas dos questionários. A intervenção ocorrerá com as equipes do PSF, com o objetivo de capacitar para o melhor atendimento do paciente idoso por meio da utilização da caderneta de saúde da pessoa idosa. As unidades serão divididas em dois grupos, um intervenção (no qual ocorrerão as capacitações a respeito do uso da CSPI e matriciamento para a assistência à saúde da pessoa idosa) e outro controle (sem intervenção, apenas fornecido do material do Ministério da Saúde). O senhor será reavaliado em 3 meses e seis meses (ao final da pesquisa).



A alocação do seu grupo (Controle ou Intervenção) ocorrerá de acordo com o PSF da sua abrangência, ou seja, as Unidades serão alocadas entre Controle e Intervenção e assim o sr/a será alocado de acordo com esta alocação. Se sua equipe de saúde for alocada para o grupo intervenção o sr/a estará no grupo intervenção, se sua equipe de saúde for alocada para o grupo controle o sr/a estará no grupo controle. O senhor (a) será informado de qual grupo pertence.

Suas respostas serão tratadas de forma anônima e confidencial, ou seja, em nenhum momento será divulgado seu nome em qualquer fase do estudo. Quando for necessário exemplificar determinada situação, sua privacidade será assegurada. Os dados coletados poderão ter seus resultados divulgados em eventos, revistas e/ou trabalhos científicos. Além disso, os dados não serão salvos em nenhum tipo de armazenamento remoto (nuvem), apenas serão planilhados em excel pelo próprio pesquisador mantendo o anonimato da sua identidade

O preenchimento destes questionários não oferece risco imediato ao (a) senhor (a), porém considera-se a possibilidade de um risco subjetivo, pois algumas perguntas podem remeter à algum desconforto, evocar sentimentos ou lembranças desagradáveis ou levar à um leve cansaço após responder os questionários. Caso algumas dessas possibilidades ocorram, o senhor (a) poderá optar pela suspensão imediata da entrevista. Além disso, considera-se risco mínimo de exposição dos seus dados, entretanto, ressalta-se que não serão coletados nenhum dado que permita sua identificação (como nome, endereço ou número de documentos) e seus dados não serão armazenados em nuvem, não sendo possível o acesso por terceiros.

O senhor (a) não terá nenhum custo ou compensação financeira ao participar do estudo. Entretanto, todas as despesas com o transporte e a alimentação decorrentes da sua participação na pesquisa, quando for o caso, serão ressarcidas no dia da coleta. Você terá direito a indenização por qualquer tipo de dano resultante da sua participação na pesquisa.

Também o (a) senhor (a) não terá nenhum benefício direto. Entretanto, este trabalho poderá contribuir de forma indireta na ampliação do conhecimento sobre gestão em saúde.

Por fim o (a) senhor (a) receberá uma devolutiva com os resultados desta pesquisa.

O (a) senhor (a) receberá uma via deste termo, rubricada em todas as páginas por você e pelo pesquisador, onde consta o telefone e o endereço do pesquisador principal. Você poderá tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação agora ou a qualquer momento.

Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa e concordo em participar. O pesquisador me informou que o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da UFSCar que funciona na

Pró-Reitoria de Pesquisa da Universidade Federal de São Carlos, localizada na Rodovia Washington Luiz, Km. 235 - Caixa Postal 676 - CEP 13.565-905 - São Carlos - SP – Brasil.  
Fone (16) 3351-9685. Endereço eletrônico: [cephumanos@ufscar.br](mailto:cephumanos@ufscar.br)

**Endereço para contato (24 horas por dia e sete dias por semana):**

Pesquisador Responsável: Otávio Augusto Fernandes Marques Bianco

Endereço: Rua Desembargador Milton Mendes dos Reis, 377, Jardim Country Club, Poços de Caldas

Contato telefônico: (35) 99228-2179

E-mail: [otavioafm@gmail.com](mailto:otavioafm@gmail.com)

Local e data: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Nome do Pesquisador

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Pesquisador

\_\_\_\_\_  
Nome do Participante

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Participante



### Apêndice 3 - Ficha de Indicadores Mensais



**Tabela para anotação dos indicadores mensais**

Quantas CSPI foram preenchidas?				
Quantos PTS foram construídos?	Data da reunião/nº PTS:	Data da reunião/nº PTS:	Data da reunião/nº PTS:	Total:
Quantos casos de idosos foram discutidos em reunião?				
Quanto grupos de saúde coletiva foram criados? Tem relação com a CSPI ou discussão dos PTS dos idosos?				
Quantos encaminhamentos para grupos existentes na rede?				
Quantas internações hospitalares?				
Quantos encaminhamentos para a atenção secundária?				
Quantos encaminhamentos para a assistência social?				
Quantos desfechos negativos? (IAM, AVC, amputações, etc)				
Em relação aos encaminhamentos, descreva sucintamente o motivo (use o verso se necessário).				



## Apêndice 4 - Instrumento para avaliação de Satisfação Inicial da Equipe



### Instrumento para Avaliação da Inicial da equipe em relação a Saúde do Idoso.

Pergunta	Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito Satisfeito
Você está satisfeito com o trabalho realizado com os idosos?					
Você está satisfeito com seu conhecimento acerca da saúde do idoso?					
Você está satisfeito com o conhecimento da equipe sobre saúde do idoso?					
Você está satisfeito com o fluxo de atendimento do idoso?					
Você está satisfeito com a forma que os casos são discutidos com a equipe?					
A CSPI é utilizada de forma rotineira?					
Como a CSPI é utilizada na sua atuação profissional?					
Quais as dificuldades e barreiras na utilização da CSPI?					
Como você se sente em relação a Linha de Cuidado do Idoso?					



## Apêndice 5 - Instrumento para Reavaliação da Satisfação da equipe.

### Reavaliação da equipe em relação a Saúde do Idoso

Pergunta	Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito Satisfeito
Você está satisfeito com o trabalho realizado com os idosos?					
Você está satisfeito com seu conhecimento acerca da saúde do idoso?					
Você está satisfeito com o conhecimento da equipe sobre saúde do idoso?					
Você está satisfeito com o fluxo de atendimento do idoso?					
Você está satisfeito com a forma que os casos são discutidos com a equipe?					
A CSPI é utilizada de forma rotineira?					
O que você acredita que precisa melhorar?					
Como você se sente em relação ao atendimento à Saúde do Idoso?					
A CSPI alterou sua atuação profissional?					
Você acredita que o fluxo de encaminhamentos e atendimentos ao idoso melhorou?					
Os matriciamentos alteraram os encaminhamentos, discussão de casos e resolutividade?					



**Apêndice 6 - Instrumento de informações descritivas em relação ao atendimento ao idoso realizado pela equipe.**



**Apêndice 6 - Informações sobre o atendimento ao idoso**

Número de integrantes da Equipe	
Especialidades dos integrantes da equipe.	
Há algum integrante com especialização no envelhecimento?	
Número de grupos existentes	
CSPI preenchidas	
Quem preenche a CSPI?	
Quais serviços pedem a CSPI?	
População adscrita por unidade	
Número de idosos nessa população	
Há indicadores de saúde do idoso monitorados?	
Quais os indicadores de saúde do idoso são monitorados?	
Números HAS e DM	
Quais os equipamentos de apoio para atenção ao idoso na região?	
Equipamentos do município que estão disponíveis?	

Possuem um desenho da rede de apoio do idoso, facilitando os encaminhamentos da equipe?	
Existem ações e planejamentos da equipe voltados para a saúde do idoso?	



### Apêndice 7 - Materiais de Capacitação oferecidos aos profissionais da equipe do GE



#### Comprometimento sensorial

#### Introdução

Utilizamos nossos sentidos para nos comunicarmos e interagirmos com o mundo. Com o envelhecimento é comum o declínio de vários dos nossos sentidos, como paladar, tato, olfato, visão e audição. Ainda que a visão e a audição sejam os mais comuns os outros sentidos, quando perdidos, também causam inúmeros problemas.

#### Por que é um problema?

A perda sensorial acarreta problemas em diversas áreas do funcionamento do indivíduo. Entre os problemas podem ser citados: maior risco de quedas, perda de equilíbrio, isolamento social, dificuldade de interação, perda da percepção de riscos, alimentação inadequada, transtornos de humor, perda de hobbies e redução da funcionalidade. Vale ressaltar que existem tratamentos ou estratégias que reduzem os prejuízos, sendo importantíssimo o rastreamento desses problemas. Vale ressaltar que pacientes diabéticos tem maiores riscos de perdas sensoriais por neuropatias e retinopatias, sendo importante o rastreamento nesses pacientes.

#### Onde encontrar na CSPI?

Na CSPI, na página 7 pergunta-se ao paciente se ele possui alguma deficiência, também, durante a aplicação do VES-13 na página 18 existe uma pergunta sobre o manejo de pequenos objetos (tato). Durante a entrevista é importante também observar sinais de perda auditiva e outros declínios sensoriais.

#### Quais equipes podem atuar?

O rastreio pode ser realizado por qualquer profissional e deve ser observado por todos. Entretanto, o tratamento deve ser realizado pelo médico (no caso do farmacológico), fisioterapeutas e terapeutas ocupacionais (estimulação sensorial). Por fim, o psicólogo pode atuar em questões comportamentais e emocionais.

### **O que fazer?**

Existe pouca evidência dos efeitos positivos das intervenções até o momento. Entretanto, sugere-se que as intervenções farmacológicas, de estimulação e de estratégias de compensação.

### **Avaliações Complementares!**

Podem ser utilizadas outras avaliações em pacientes que mostrem sinais de algum declínio. Entre elas o teste do sussuro (audição), cartão de Jaeger (visão) e estadiômetro (tato).



## COMPROMETIMENTO

# Sensorial



## PERCEÇÃO DO MUNDO

Percebemos o Mundo por meio dos nossos sentidos. Dessa forma são essenciais nas interações, questões de saúde e de socialização. Assim alterações nos sentidos tem impacto direto na saúde. O envelhecimento pode trazer prejuízos importantes para todos os órgãos sensoriais.

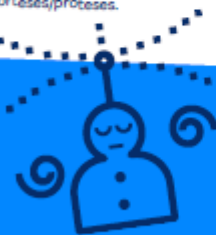
### QUAIS PROBLEMAS?

Os declínios sensoriais podem causar diversos problemas, entre eles, redução da percepção de risco, isolamento social, problemas de equilíbrio, perda de funcionalidade, quedas, dificuldade para manutenção de hábitos e transtornos de humor.



### O QUE FAZER?

Avaliar o paciente para detectar os prejuízos sensoriais. Além disso, podem ser utilizadas estratégias de compensação, tratamentos farmacológicos, estimulação sensorial e órteses/próteses.



### ONDE ENCONTRAR

Na CSPI na página 7 é questionado ao paciente sobre deficiências. Além disso durante a entrevista é importante ficar atento a sinais de presbiacusia (perda da audição), uso de próteses e órteses (óculos, aparelho auditivo). No VES-13, página 18 existe uma questão sobre manusear objetos pequenos (tato).

Tem alguma deficiência?  Sim  Não

Qual?

auditiva  visual  intelectual/cognitiva

física  outra

Escrever as intervenções e seguir pequenos objetos

### CONVERSE COM O PACIENTE!

É importante estar atento ao paciente, conversar sobre o tema, perguntar se tem alguma dificuldade e o quanto isso atrapalha no dia-a-dia. Além disso, junto com ele desenvolver estratégias para superar as dificuldades!



#### FONTE DAS INFORMAÇÕES

• David Research Approach to Interviewing, 2020; Borden A. Non-pharmacological interventions for geriatric depression following stroke and other acute medical, non-psychiatric brain injury (Borden) 2020

## Problemas de Comunicação

### **Introdução**

A comunicação ocupa um lugar central na vida do ser humano. Dessa forma uma comunicação adequada é essencial para relações sociais, cuidado e até mesmo o diagnóstico. Isso ocorre porque o paciente deve ser capaz de comunicar como se sente e seus sintomas. Vale ressaltar que a comunicação ocorre não apenas no nível da fala, mas da linguagem corporal e gestos. Ela pode ocorrer por problemas sensoriais (audição, visão) e, geralmente, por problemas neurológicos (AVC, demências, traumas).

### **Por que é um problema?**

Quando a comunicação está deficitária existe dificuldade de socialização, que pode levar ao isolamento social, solidão e transtornos de humor. Além disso, dificuldades na comunicação prejudicam o entendimento do paciente em relação aos diagnósticos e tratamento e também na própria identificação de sinais e sintomas.

### **Onde encontrar na CSPI?**

A CSPI em si não possui uma parte específica sobre comunicação. Entretanto durante o preenchimento o profissional deve ficar atento às dificuldades apresentadas pelo paciente, tanto para entender quanto para se expressar.

### **Quais equipes podem atuar?**

O rastreio pode ser realizado por qualquer membro da equipe. As ações de comunicação geralmente são realizadas pelo fonoaudiólogo, que, além disso, pode capacitar a equipe para algumas intervenções básicas.

### **O que fazer?**

É importante inicialmente avaliar os motivos que levam à dificuldade de comunicação, como problemas neurológicos, problemas sensoriais ou cognitivos. A partir disso atuar de acordo.

A literatura traz como atuações possíveis as estratégias de comunicação não verbal como pranchetas de comunicação (baixa tecnologia) e até mesmo celulares *smartphones* (alta tecnologia). Além disso ações de treinamento verbal e de reconhecimento.

### **Avaliações Complementares!**

O teste de fluência verbal e a escala ACE-R, além de avaliações cognitivas, auxiliam na avaliação da comunicação.

# Dificuldades de Comunicação

A comunicação ocupa um lugar central na vida do ser humano, portanto, uma comunicação adequada é essencial para relações sociais, cuidado e até mesmo o diagnóstico. Vale ressaltar que a comunicação ocorre não apenas no nível da fala, mas da linguagem corporal e gestos. A dificuldade pode ocorrer por problemas sensoriais (audição, visão) e, geralmente, por problemas neurológicos (AVC, demências, traumas).



## Por que é um problema?

Quando a comunicação está deficitária existe dificuldade de socialização, que pode levar ao isolamento social, solidão e transtornos de humor. Além disso, dificuldades na comunicação prejudicam o entendimento do paciente em relação aos diagnósticos e tratamento e também na própria identificação de sinais e sintomas.



## Onde encontrar na CSPI?

A CSPI não possui uma parte específica sobre comunicação. Entretanto, durante o preenchimento, o profissional deve **ficar atento** às dificuldades apresentadas pelo paciente, tanto para entender quanto para se expressar.



## Quais equipes podem atuar?

O rastreio pode ser realizado por qualquer membro da equipe. As ações de comunicação geralmente são realizadas pelo fonoaudiólogo, que, além disso, pode capacitar a equipe para algumas intervenções básicas.



## O que fazer?

É importante inicialmente avaliar os motivos que levam a dificuldade de comunicação, como problemas neurológicos, problemas sensoriais ou cognitivos. A partir disso atuar de acordo.

Possíveis atuações:

- Estratégias de comunicação não verbal como pranchetas de comunicação (baixa tecnologia) e até mesmo celulares smartphones (alta tecnologia) e Ações de treinamento verbal e de reconhecimento.

## Avaliações Complementares!

O teste de fluência verbal e a escala ACE-R, além de avaliações cognitivas, auxiliam na avaliação da comunicação.



## Manejo da Dor

### **Introdução**

A definição de dor segundo a Associação Internacional de Estudo da dor é: “Uma experiência sensorial e emocional desagradável associada ou semelhante a uma lesão tecidual real ou potencial”. Ou seja, a dor, além do físico possui importante influência das dimensões emocionais, sociais e psicológicas. Assim para o adequado manejo da dor, principalmente crônica, é necessário uma abordagem interdisciplinar. Muitos idosos possuem dor crônica, muitas vezes há mais de 10 anos, representando gastos importantes e perda da qualidade de vida.

### **Por que é um problema?**

Em primeiro lugar a dor é um importante redutor da qualidade de vida e da funcionalidade. Também tem um impacto negativo no humor (depressão) e gastos (públicos e privados), além de um aumento da procura por serviços de saúde.

### **Onde encontrar na CSPI?**

Na página 25 existem perguntas sobre a dor do paciente, para diferenciar se é aguda ou crônica, local, tipo, duração e intensidade da dor. Deve-se anotar todas as dores crônicas do paciente e tratar as agudas.

### **Quais equipes podem atuar?**

O rastreio pode ser feito por qualquer equipe. O tratamento deve receber interdisciplinar, com atuação do médico, fisioterapeuta, psicólogo, educador físico, enfermeiro e assistente social.

### **O que fazer?**

Como dito anteriormente a dor é um processo que abarca diversas áreas e com influência de todas elas. Fazer o acompanhamento psicológico e social do paciente é imprescindível. Avaliar o tratamento farmacológico e não farmacológico adequados, de acordo com o relato do paciente. Nesse sentido é necessário a medicina centrada no paciente, com uma escuta ativa e qualificada. A dor é única para cada paciente, assim não podemos olhá-la com nossos olhos e nossos vieses. Importante estabelecer metas de tratamento, ações de mudança de comportamento (exercício físico, pilates, fisioterapia) e educação em dor.

### **Avaliações Complementares!**

Além da escala de dor presente na CSPI podem ser utilizadas escalas de humor (GDS), avaliação de funcionalidade e independência (WHODAS, Katz, Lawton) e outras avaliações para dor (PEG e BPI).

Fontes: American Association of Family Physicians – Chronic Pain Toolkit  
Pain Management Best Practices Inter-Agency Task Force - 2019

# DOR NO IDOSO

"Dor é uma experiência sensitiva e emocional desagradável, associada a uma lesão tecidual real ou potencial". Muitos idosos possuem dor crônica, muitas vezes há mais de 10 anos, representando gastos importantes e perda da qualidade de vida.



## 1. POR QUE É UM PROBLEMA?

A dor é um importante redutor da qualidade de vida e da funcionalidade. Também tem um impacto negativo no humor (depressão) e gastos (públicos e privados), além de um aumento da procura por serviços de saúde.

## 2. ONDE ENCONTRAR NA CSPI?

Na página 25 existem perguntas sobre a dor do paciente, para diferenciar se é aguda ou crônica, local, tipo, duração e intensidade da dor. Deve-se anotar todas as dores crônicas do paciente e tratar as agudas.

### 2.10 Identificação de dor crônica

A presença de dor crônica ou de longa duração não é normal e deve ser investigada rotineiramente. Após o esclarecimento, o tratamento deverá ser feito prontamente.

	20		20		2	
	S	N	S	N	S	N
Você tem alguma dor com duração igual ou superior a 3 meses?						
A dor é como um choque ou uma queimação?						
A dor piora ao andar?						
A dor melhora com o repouso?						

Informe ao profissional de saúde a localização e a intensidade maior/intensidade ou que mais o(a) prejudica, classificando a escala de intensidade da dor mostrada abaixo.

Data: / /	Local da dor:				
Intensidade da dor	<table border="1"> <tr> <td>LEVE</td> <td>MODERADA</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> </tr> </table>	LEVE	MODERADA		
LEVE	MODERADA				



## 3. QUAIS EQUIPES PODEM ATUAR?

O rastreio pode ser feito por qualquer equipe. O tratamento deve ser **interdisciplinar**, com atuação do médico, fisioterapeuta, gerontólogo, psicólogo, educador físico, enfermeiro e assistente social.

## 4. O QUE FAZER?

- Fazer o acompanhamento multiprofissional do paciente;
- Avaliar o tratamento farmacológico e não farmacológico adequados, de acordo com o relato do paciente;
- Cuidado centrado no paciente, com uma escuta ativa e qualificada (a dor é única para cada paciente, assim não podemos olhá-la com nossos olhos e nossos vieses);
- Estabelecer metas de tratamento, ações de mudança de comportamento (exercício físico, pilates, fisioterapia, higiene do sono, psicoterapia) e educação em dor e no automanejo dela.

## 5. AVALIAÇÕES COMPLEMENTARES!

Além da escala de dor presente na CSPI podem ser utilizadas escalas de humor (GDS), avaliação de funcionalidade e independência (WHODAS, Katz, Lawton) e outras escalas para dor (PEG, BPI, Escala Tampa de Cinesiofobia e Questionário McGill).

### REFERÊNCIAS

Esses materiais são de uso livre e sem fins lucrativos, desde que os autores sejam citados.  
American Association of Family Physicians – Chronic Pain Toolkit  
Pain Management Best Practices Inter-Agency Task Force - 2019

### LADORFE

Laboratório do Estado de São Paulo  
Investigação e Avaliação em Saúde



## Incontinência esfincteriana no Idoso

### **Introdução**

A Incontinência no idoso é um problema comum e bastante importante. Consiste na dificuldade de segurar a urina ou fezes por tempo suficiente para alcançar o banheiro ou local adequado. Pode ser causada por uma série de fatores, sendo que os principais são estresse (50% dos casos), por Urgência e por esforço. Cada uma delas possui suas especificidades, sendo necessário o diagnóstico adequado.

### **Por que é um problema?**

A Incontinência pode levar a diversos problemas secundários: aumenta o risco de quedas, uma vez que o idoso tem que correr para ir ao banheiro; aumenta o isolamento social, tanto por medo de sair de casa de perto do banheiro quanto em relação a situações constrangedoras; aumento do risco de depressão e ansiedade. Ou seja, a incontinência tem um impacto direto na saúde e na qualidade de vida do paciente.

### **Onde encontrar na CSPI?**

Na CSPI a parte de incontinências está nas páginas 12 e 13, na parte de diagnósticos. Nela o paciente deve relatar se possui algum dos diagnósticos listados. Vale ressaltar que muitos idosos possuem vergonha ou receio de relatar problemas com incontinência, sendo necessário uma relação entre profissional/paciente sadia e segura.

### **Quais equipes podem atuar?**

O rastreio pode ser realizado por qualquer profissional, entretanto o diagnóstico deve ser realizado pelo médico, enfermagem e fisioterapia. Esses também serão os profissionais que irão atuar no tratamento.

### **O que fazer?**

Existem diversas intervenções não invasivas que podem ser realizadas inicialmente, como o diário de micção/evacuação; realizar o esvaziamento de horário (sem esperar dar vontade); controle da alimentação e dos horários de ingesta líquida. Intervenções mais complexas incluem exercícios e fisioterapia para o fortalecimento do assoalho pélvico, medicação e nos casos mais graves cirurgias. Ficar atento com os diuréticos, principalmente com horário, e, se possível, substituir por outra medicação.

# INCONTINÊNCIA ESFINCTERIANA EM IDOSOS



## O QUE É?

É a perda involuntária de urina ou fezes. Muito comum em idosos por diversas causas, como dificuldade em chegar ao banheiro, enfraquecimento da musculatura, medicação e problemas cognitivos.



Condições frequentes	Depressão
	Incontinência urinária
	Incontinência fecal
	Declínio cognitivo (Demência)

## ONDE IDENTIFICAR?

Na página 12 e 13 da CSPI existem os diagnósticos do paciente, onde estão inclusos as incontinências urinárias e fecais. Além disso pode-se perguntar ao paciente se ocorre alguma escape. A informação também pode ser coletada com algum cuidador ou familiar.

## QUAIS PROBLEMAS?

A incontinência esfincteriana está associada a problemas sociais, isolamento, depressão, ansiedade e quedas (pressa ao ir no banheiro).



## O QUE FAZER?

A maioria das linhas guia concordam que deve-se inicialmente tratamento conservadores, entre eles terapia comportamental, fisioterapia e utilização programada do banheiro. Portanto uma abordagem MULTIPROFISSIONAL.

## CONVERSE COM O PACIENTE!

Nesta é importante estabelecer os objetivos, metas e expectativas em relação ao tratamento, histórico de incontinência e problemas causado. Sempre importante lembrar que o paciente é o protagonista!



### Referências:

SYAN, R; BRUCKER B.M., Guideline of guidelines: urinary incontinence. BJU International. 2015.



## Insuficiência Financeira

### **Introdução**

O termo é definido como a dificuldade em ter recursos financeiros suficientes para abarcar as necessidades cotidianas. Nesse sentido muitos idosos sofrem com valores reduzidos de aposentadoria, necessitam trabalhar ou mesmo são a única fonte de renda da família.

### **Por que é um problema?**

A falta de recursos financeiros dificulta diversas ações de tratamento, como aquisição de medicamentos, acesso a atividades de lazer, acesso a alimentação adequada e também a atividades de saúde.

### **Onde encontrar na CSPI?**

As perguntas relativas a situação financeira do idoso estão na página 8, onde é possível anotar se o idoso recebe aposentadoria, BPC ou se trabalha.

### **Quais equipes podem atuar?**

A assistência social tem papel crucial nessa situação, principalmente o CRAS e CREAS. Além disso os ACS podem relatar de maneira mais próxima a situação do idoso e seus familiares.

### **O que fazer?**

O encaminhamento para os dispositivos de assistência social como CRAS e CREAS é importante, uma vez que essas instituições podem encaminhar o idoso para os benefícios sociais pertinentes. Além disso pode-se buscar auxílio de instituições filantrópicas.

# Insuficiência Financeira

O termo é definido como a dificuldade em ter recursos financeiros suficientes para abarcar as necessidades cotidianas. Nesse sentido, muitos idosos sofrem com os valores reduzidos de aposentadoria e, muitas vezes, são a única fonte de renda da família e, com isso, necessitam trabalhar para complementar a renda.

## 1

### Por que é um problema?



A falta de recursos financeiros dificulta diversas ações, como aquisição de medicamentos, acesso a atividades de lazer, acesso à alimentação adequada, o pagamento das contas básicas de casa e também a atividades de saúde.

Você tem fácil acesso a transporte?			
Você trabalha atualmente?			
Você recebe aposentadoria ou pensão?			
Você recebe Benefício de Prestação Continuada (BPC)?			
Você recebe Renda Família?			

### Onde encontrar na CSPI?

As perguntas relativas à situação financeira do idoso estão na página 8, onde é possível anotar se o idoso recebe aposentadoria, BPC ou se trabalha.

## 2

## 3

### Quais equipes podem atuar?

A assistência social tem papel crucial nessa situação, principalmente o CRAS e CREAS. Além disso, os ACS podem relatar de maneira mais próxima a situação do idoso e seus familiares.



### O que fazer?



O encaminhamento para os dispositivos de assistência social como CRAS e CREAS é importante, uma vez que essas instituições podem encaminhar o idoso para os benefícios sociais pertinentes. Além disso, pode-se buscar auxílio de instituições filantrópicas.

## 4

### Avaliações Complementares!

Uma avaliação que também pode ser aplicada para analisar a situação financeira do idoso é a "Avaliação Econômica: Critério de Classificação Econômica Brasil".



#### Referências

GARDINER, C.; GELDENHUIS, G.; GOTT, M. Interventions to reduce social isolation and loneliness among older people: an integrative review. *Health Soc Care Community*, v. 26, n. 2, p. 147 – 157, March 2018.

Esses materiais são de uso livre e sem fins lucrativos, desde que os autores sejam citados.

## Internações recentes

### **Introdução**

É um desfecho caracterizado pelo histórico de duas ou mais internações ocorridas no período dos últimos seis meses, a partir do momento em que se dialoga com o idoso.

### **Por que é um problema?**

O histórico de um idoso que passou por duas ou mais internações nos últimos seis meses, pode representar o aumento da fragilidade no paciente, o que acarreta em um declínio funcional, implicando maior risco de mortalidade, institucionalização, quedas e hospitalização.

### **Onde encontrar na CSPI?**

Tais informações podem ser preenchidas na página 12 e 13 da caderneta, onde lá o profissional terá uma série de condições de saúde e diagnóstico, as quais deverão ser questionadas ao idoso. Vale ressaltar que é importante que o prontuário médico do paciente esteja em mãos, caso o idoso esqueça de alguma doença diagnosticada.

### **Quais equipes podem atuar?**

Para o rastreamento de tais informações, qualquer profissional da equipe da unidade de saúde que tenha qualificação na CSPI, pode fazer o levantamento de internações. Porém, para o acompanhamento do idoso que tenha um histórico de internações recentes, o indicado é que o enfermeiro, médico e fisioterapeuta façam tal acompanhamento.

### **O que fazer?**

Cada caso deve ser analisado separadamente, no entanto, a maior prevalência de internações provém de agravamentos referentes às doenças do aparelho circulatório. Portanto, ações preventivas devem ser incluídas na terapêutica, as quais envolvem a prática de atividades físicas, alimentação balanceada, cessamento do fumo e consumo de bebidas alcoólicas. Para um melhor tratamento, deve-se também estar atento ao grau de fragilidade em que o idoso se encontra, pois as intervenções dependerão disso.

### **Avaliações complementares!**

Instrumentos de avaliação da fragilidade do idoso: EFE (Escala de Fragilidade de Edmonton) e/ ou Avaliação Subjetiva da Fragilidade.

Referências Bibliográficas:

MUÑOZ, Rilva Lopes de Souza et al. **Rastreo da condição de fragilidade em idosos internados em um hospital universitário**. SALUSVITA, Bauru, v. 37, n. 1, p. 61-75, 2018.

# INTERNAÇÕES RECENTES

É um desfecho caracterizado pelo histórico de duas ou mais internações ocorridas no período dos últimos seis meses, a partir do momento em que se dialoga com o idoso.

## Por que é um problema?

O histórico de um idoso que passou por duas ou mais internações nos últimos seis meses, pode representar o aumento da fragilidade no paciente, o que acarreta em um declínio funcional, implicando maior risco de mortalidade, institucionalização, quedas e hospitalização.



1

2

## Onde encontrar na CSPI?

### 2.2 Diagnósticos e internações prévios

Algum médico já falou que você tem alguma das doenças abaixo:

Condições de Saúde / Diagnósticos	20__	
	Ano de diagnóstico	Ano de internação di.
Acidente vascular cerebral (AVC) ou derrame		
Anemia		

Tais informações podem ser preenchidas na página 12 e 13 da caderneta, onde lá o profissional terá uma série de condições de saúde e diagnóstico, as quais deverão ser questionadas ao idoso. Vale ressaltar que é importante que o prontuário médico do paciente esteja em mãos, caso o idoso esqueça de alguma doença diagnosticada.

## Quais equipes podem atuar?

Para o rastreamento de tais informações, qualquer profissional da equipe da unidade de saúde que tenha qualificação na CSPI, pode fazer o levantamento de internações. Porém, para o acompanhamento do idoso que tenha um histórico de internações recentes, o indicado é que o enfermeiro, médico e fisioterapeuta façam tal acompanhamento.



3

4

## O que fazer?

Cada caso deve ser analisado separadamente, portanto, ações preventivas devem ser incluídas na terapêutica, as quais envolvem a prática de atividades físicas, alimentação balanceada, cessamento do fumo e consumo de bebidas alcoólicas. Para um melhor tratamento, deve-se também estar atento ao grau de fragilidade em que o idoso se encontra, pois as intervenções dependerão disso.

### Avaliações complementares!

Instrumentos de avaliação da fragilidade do idoso:  
EFE (Escala de Fragilidade de Edmonton) e/ ou Avaliação Subjetiva da Fragilidade.

5

## Isolamento Social e Solidão

### **Introdução**

O isolamento social é considerado um problema de saúde importante. Pode ser definido como a dificuldade de estabelecer ou manter contatos com sua rede social. Por outro lado a solidão está relacionada com o sentimento de se sentir sozinho, separado ou afastado. Nesse sentido é como se existisse desequilíbrio entre o desejo de contato social e o contato efetivamente. O suporte social também é importante para a adesão e auxílio nos tratamentos propostos.

### **Por que é um problema?**

O isolamento Social e a Solidão estão associados a declínio funcional, transtornos de humor, problemas cardíacos, declínio cognitivo e mortalidade. Como citado anteriormente aderessar adequadamente o suporte social do paciente é importante para desenvolver estratégias de tratamento bem como entender quais atores podem auxiliar ou atrapalhar o tratamento.

### **Onde encontrar na CSPI?**

Na página 8 existe um questionário sociofamiliar. Nele é possível identificar se o idoso mora sozinho, com familiares e se tem acesso a programas de assistência social. Além disso na página seguinte, 9, existe um espaço para anotar as pessoas de referência (ou ausência delas).

### **Quais equipes podem atuar?**

O rastreio pode ser realizado por qualquer profissional da equipe. A visão do ACS é essencial, uma vez que esse faz parte da comunidade na qual o idoso está inserido, e, portanto, pode observar essas questões mais de perto. Além disso é importante a atuação do Assistente Social, CRAS e CREAS.

### **O que fazer?**

Entre as intervenções que mostraram melhores resultados estão Intervenções de Facilitação de Socialização (como grupos de convivência), Psicoterapia (terapia de humor, *mindfulness*, terapia em grupo), terapia com animais. Essas intervenções se mostraram efetivas em diminuir o isolamento social e a sensação de solidão entre idosos.

### **Avaliações Complementares!**

Ecomapa, genograma, mapa mínimo de relações.

# ISOLAMENTO SOCIAL E SOLIDÃO

Dificuldade de estabelecer ou manter contatos com sua rede social. Por outro lado, a solidão está relacionada com o sentimento de se sentir sozinho, separado ou afastado. Nesse sentido é como se existisse desequilíbrio entre o desejo de contato social e o contato efetivamente.

## POR QUE É UM PROBLEMA?

O isolamento social e a solidão estão associados a declínio funcional, transtornos de humor, problemas cardíacos, declínio cognitivo e processos de luto.

Informações sociofamiliares	20...		20...		20...		20...	
	S	N	S	N	S	N	S	N
Você mora sozinho?								
Você mora com quem?								
Qual mora com você: cônjuge ou companheiro(a)?								
Você tem filhos?								
Quantos?								

**Pessoas de referência**  
Informe os dados de pessoas que possam ser contatadas em caso de urgência.

Nome: \_\_\_\_\_  
Data de nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Vínculo: \_\_\_\_\_  
Endereço: \_\_\_\_\_

## QUAIS EQUIPES PODEM ATUAR?

O rastreio pode ser realizado por qualquer profissional da equipe. A visão do ACS é essencial, uma vez que este faz parte da comunidade na qual o idoso está inserido, e, portanto, pode observar essas questões mais de perto. Além disso, é importante a atuação do Gerontólogo, Assistente Social, CRAS e CREAS.

**!** O suporte social também é importante para a adesão e auxílio nos tratamentos propostos bem como entender quais atores podem auxiliar ou atrapalhar o tratamento.

## AVALIAÇÕES COMPLEMENTARES!

Ecomapa, genograma, mapa mínimo de relações e o diagrama de escolta.



## ONDE ENCONTRAR NA CSPI?

Na página 8 existe um questionário sociofamiliar. Nele é possível identificar se o idoso mora sozinho, com familiares e se tem acesso a programas de assistência social. Além disso, na página seguinte, 9, existe um espaço para anotar as pessoas de referência (ou ausência delas).



## O QUE FAZER?

Entre as intervenções que mostraram melhores resultados estão: Intervenções de Facilitação de Socialização (como grupos de convivência), Psicoterapia (terapia de humor, *mindfulness*, terapia em grupo), terapia com animais. Essas intervenções se mostraram efetivas em diminuir o isolamento social e a sensação de solidão entre idosos.

LADORFE

Instituto de Estudos de Gerontologia e Geriatria

REFERÊNCIAS:

GARDINER, 2018.

Esses materiais são de uso livre e sem fins lucrativos, desde que os autores sejam citados.



## Perda de Equilíbrio e Mobilidade

### **Introdução**

A redução de equilíbrio e mobilidade, como o nome diz, consiste na dificuldade de manter o equilíbrio, tanto na posição em pé quanto sentado. Em relação a mobilidade as perdas dificultam que o idoso vá a locais para fazer compras, lazer, convivência social bem como andar dentro de casa.

### **Por que é um problema?**

A perda de equilíbrio e mobilidade está associada a maior dependência, quedas e morbidade em geral. Além disso agrava a síndrome de fragilidade (redução da movimentação leva a redução da massa muscular).

### **Onde encontrar na CSPI?**

A principal avaliação da mobilidade do paciente está no VES-13, nas páginas 18 a 22. Outro lugar que possui informações é na parte de quedas (pág 24), onde número elevado de quedas sugere problemas de equilíbrio e problemas de mobilidade.

### **Quais equipes podem atuar?**

Os principais profissionais que atuam nesse quesito são, fisioterapeutas e educadores físicos. Entretanto o rastreo pode ser feito por qualquer profissional.

### **O que fazer?**

Perceber a perdas de equilíbrio e mobilidade é importante pois são sinais de declínio e que, se prevenidos, reduzem os desfechos negativos. Nesse sentido ações de reabilitação (fisioterapia), fortalecimento (educação física), grupos de prevenção de quedas, educação para mudança de comportamento, exercícios funcionais e grupos de exercícios físicos são ações que auxiliam e além disso podem prevenir desfechos negativos.

### **Avaliações Complementares!**

Para a avaliação do equilíbrio e mobilidade podem ser utilizados o TUG (Time Up and Go), escala de Berg (equilíbrio), versão brasileira da SPPB.



# Perda de Equilíbrio e Mobilidade



A redução de equilíbrio postural e mobilidade, como o nome diz, consiste na dificuldade de manter o equilíbrio, tanto na posição em pé quanto sentado.

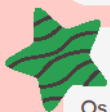


## Por que é um problema?

A perda de equilíbrio e mobilidade está associada a maior dependência, quedas e morbidade em geral. Além disso agrava a síndrome de fragilidade (redução da movimentação leva a redução da massa muscular). Em relação a mobilidade, as perdas dificultam que o idoso vá a locais para fazer compras, lazer, convivência social bem como andar dentro de casa.

## Onde encontrar na CSPI?

A principal avaliação da mobilidade do paciente está no VES-13, nas páginas 18 a 22. Outro lugar que possui informações é na parte de quedas (pág 24), onde número elevado de quedas sugere problemas de equilíbrio e problemas de mobilidade.



## Quais equipes podem atuar?

Os principais profissionais que atuam nesse quesito são, fisioterapeutas, médicos e educadores físicos. Entretanto, o rastreio pode ser feito por qualquer profissional.



## O que fazer?

Perceber os sinais de declínio, pois os mesmos, se prevenidos, reduzem os desfechos negativos. Nesse sentido, ações de reabilitação, fortalecimento, grupos de prevenção de quedas, educação para mudança de comportamento, exercícios funcionais e grupos de exercícios físicos.

## Avaliações Complementares!

TUG (Time Up and Go), escala de Berg (equilíbrio) e a versão brasileira da SPPB.

## REFERÊNCIAS

GANZ, LATHAM, 2020.

Esses materiais são de uso livre e sem fins lucrativos, desde que os autores sejam citados.

LADORFE  
Laboratório de Estudos em Atividade Física e Saúde



## Perda de peso não intencional no idoso

### **Introdução**

A perda de peso não intencional em idosos é definida como a redução de pelo menos 4,5 kg ou 5% do peso usual em um período de 6 a 12 meses, sem que haja restrição ou mudança de hábitos alimentares ou realização de esforços extremos. Algumas causas da perda não intencional de peso em idosos incluem questões socioeconômicas como isolamento, solidão, renda insuficiente e questões neuropsiquiátricas como depressão, luto e quadros demenciais. Doenças sistêmicas graves, como neoplasias, e alterações de olfato e paladar também resultam em redução do peso total.

### **Por que é um problema?**

A redução involuntária de peso em idosos ocorre, obrigatoriamente, com perda de massa muscular, resultando em aumento da morbimortalidade. As mudanças fisiológicas relacionadas ao avançar da idade incluem redução de tecido muscular esquelético, de tecido ósseo e da taxa de metabolismo basal predispondo o indivíduo à síndrome da fragilidade, abrangendo os domínios físicos, psicológicos e sociais

A sarcopenia, caracterizada pela perda de massa muscular, resulta em autorrelato de fadiga, diminuição da força de preensão palmar, redução das atividades físicas, diminuição na velocidade da marcha e, conseqüentemente, comprometimento das relações sociais.

### **Onde encontrar na CSPI?**

Na página 16 e 17 existem campos para preenchimento acerca do controle de peso e perda involuntária da massa corporal total do paciente e cálculo de Índice de Massa Corporal (IMC) e perímetro da panturrilha.

### **Quais equipes podem atuar?**

O rastreio pode ser feito por qualquer equipe. A abordagem deve ser interdisciplinar com atuação do médico, enfermeiro, nutricionista, fisioterapeuta, psicólogo, educador físico e assistente social.

### **O que fazer?**

A identificação precoce da perda não intencional de peso, a investigação de causas e o cuidado nutricional devem ser ações prioritárias desenvolvidas pelos profissionais da equipe de saúde.

### **Avaliações Complementares!**

Além do controle de peso presente na CSPI podem ser utilizados meios para avaliar a sarcopenia em idosos, como o Teste de Levantar e Sentar na Cadeira 5 vezes (TLSC 5x) para avaliação de força muscular, a perimetria da panturrilha conforme indicado na página 16 da CTPS. A escala MNA –Mini Avaliação Nutricional compreende uma ferramenta de controle e avaliação que pode ser utilizada para identificar pacientes idosos com risco de desnutrição.

## PERDA DE PESO NÃO INTENCIONAL NO IDOSO

Definida como a redução de pelo menos 4,5 kg ou 5% do peso usual em um período de 6 a 12 meses, sem que haja restrição ou mudança de hábitos alimentares ou realização de esforços extremos.

Algumas causas dessa perda incluem questões socioeconômicas como isolamento, solidão, renda insuficiente e questões neuropsiquiátricas como depressão, luto e quadros demenciais. Doenças sistêmicas graves, como neoplasias, e alterações de olfato e paladar também resultam em redução do peso total.

### Por que é um problema?



A redução involuntária de peso em idosos ocorre, obrigatoriamente, com perda de massa muscular (sarcopenia), resultando em aumento da morbimortalidade.

As mudanças fisiológicas relacionadas ao avançar da idade incluem redução de tecido muscular esquelético, de tecido ósseo e da taxa de metabolismo basal predispondo o indivíduo à síndrome da fragilidade, abrangendo os domínios físicos, psicológicos e sociais.

### Onde encontrar na CSPI?

Na página 16 e 17 existem campos para preenchimento acerca do controle de peso e perda involuntária da massa corporal total do paciente e cálculo de Índice de Massa Corporal (IMC) e perímetro da panturrilha.

Controle de perda de peso	01/01	02/01	03/01	04/01	05/01	06/01
Existe perda de peso não intencional? (sim/não)						
Perda de peso não intencional? (sim/não)						
Perda de peso não intencional? (sim/não)						
Perda de peso não intencional? (sim/não)						
Perda de peso não intencional? (sim/não)						
Perda de peso não intencional? (sim/não)						
Perda de peso não intencional? (sim/não)						
Perda de peso não intencional? (sim/não)						
Perda de peso não intencional? (sim/não)						



### Quais equipes podem atuar?

O rastreio pode ser feito por qualquer equipe. A abordagem deve ser interdisciplinar com atuação do médico, enfermeiro, nutricionista, fisioterapeuta, psicólogo, gerontólogo, educador físico e assistente social.

### O que fazer?

A identificação precoce da perda não intencional de peso, a investigação de causas e o cuidado nutricional devem ser ações prioritárias desenvolvidas pelos profissionais da equipe de saúde.



### Avaliações Complementares!

Além do controle de peso presente na CSPI podem ser utilizados meios para avaliar a sarcopenia em idosos, como o Teste de Levantar e Sentar na Cadeira 5 vezes (TLSC 5x) para avaliação de força muscular, a perimetria da panturrilha conforme indicado na página 16 da CTPS, a escala MNA –Mini Avaliação Nutricional, que pode ser utilizada para identificar pacientes idosos com risco de desnutrição e ainda podem ser realizadas avaliações de fragilidade, como a de Fried e Edmonton.

#### REFERÊNCIAS

BURGOS, R. et al. ESPEN guideline clinical nutrition in neurology. Clin Nutr, v. 37, n. 1, p. 354 – 396, February 2018.  
DENT, E. et al. Physical Frailty: ICFSR International Clinical Practice Guidelines for Identification and Management. J Nutr Health Aging, v. 23, n. 9, p. 771 – 787, 2019.

Esses materiais são de uso livre e sem fins lucrativos, desde que os autores sejam citados.

**LADORFE**  
Laboratório de Estado da Dieta e  
Intervenções no Envelhecimento



## Polifarmácia no Idoso

### **Introdução**

O tratamento farmacológico está presente na maioria dos pacientes idosos. Desde os mais simples, como alguns analgésicos ou antiinflamatórios, passando pelos de controle de doenças crônicas (anti-hipertensivos e controle de diabetes), até mesmo os mais complexos como antibióticos, quimioterapia e analgésicos opióides.

Devido a muitos idosos possuírem multimorbidades não é raro encontrar pacientes que fazem uso de diversas medicações, prescritas por diversos profissionais e auto-medicação (aquela famosa indicação do vizinho ou parente).

O manejo adequado da medicação exige que o paciente tenha capacidades sensoriais (principalmente a visão e tato) e cognitivas (alfabetização, reconhecimento, seguir posologia). E quanto maior o número de medicações maiores as dificuldades. É considerado polifarmácia o uso concomitante de 5 ou mais medicações.

### **Por que é um problema?**

O uso de mais de 4 medicações aumenta o risco de efeitos adversos, intoxicação, quedas, uso errado, não-adesão ao tratamento, problemas de mobilidade, fragilidade e redução da qualidade de vida. Para o sistema de saúde implica no aumento de custos (diretos e indiretos) e redução da qualidade do cuidado.

Além disso, idosos metabolizam a medicação de maneira diferente do adulto jovem, favorecendo o aparecimento de interações medicamentosas indesejáveis. Por fim, é comum que os pacientes usem medicações antagônicas, ou seja, com efeitos contrários, por exemplo um diurético e um remédio para incontinência urinária.

### **Onde encontrar na CSPI?**

A parte de medicação fica nas páginas 10 e 11. Nelas deve ser preenchido qual medicação o paciente está utilizando, quem prescreveu, posologia e se ocorreu a interrupção do tratamento (qual o motivo).

**Quais equipes podem atuar?**

O rastreio da polifarmácia pode ser realizado por qualquer profissional da equipe. Entretanto a otimização da medicação deve ser realizada pelo profissional médico.

**O que fazer?**

No caso do rastreio positivo para a polifarmácia o tratamento deve ser analisado, buscando medicações redundantes, inefetivas ou com efeitos antagônicos. A ideia é otimizar o máximo possível o tratamento.

# POLIFARMÁCIA NO IDOSO



## COMO IDENTIFICAR?

### Avaliação na CSPI

Nas páginas 10 e 11 o profissional de saúde deve anotar todas as medicações que o paciente fizer uso. Vale a pena conferir a medicação na casa do paciente. Além disso, ficar de olho em automedicação. Se houver o uso de 5 ou mais medicações esse paciente está em polifarmácia



## O QUE FAZER?

### Otimizar o tratamento.

Quando a polifarmácia é identificada é essencial levar o caso para o profissional médico responsável para adequar e otimizar a medicação. Deve-se buscar medicamentos inefetivos, potencialmente perigosos para idosos e com efeitos antagônicos a outras medicações.



## O QUE É?

### O uso concomitante de 5 ou mais medicações

O uso de 5 ou mais medicações é um problema de saúde entre idosos. Podendo levar a diversos desfechos negativos.

## 2. AVALIAÇÃO DA PESSOA IDOSA

### 2.1 Medicamentos, fitoterápicos, suplementos e vitaminas em uso

Anote os nomes de todos os medicamentos, fitoterápicos, suplementos e vitaminas em uso, prescritos por profissional de saúde ou, na forma de automedicação.

Nome do medicamento, fitoterápico, suplemento ou vitamina e concentração	Dose e frequência	Data de início ou tempo de uso

## QUAIS PROBLEMAS?

### Polifarmácia traz diversos malefícios

Idosos que utilizam muitas medicações tem maior risco de efeitos adversos, interações medicamentosas negativas, quedas, perda da qualidade de vida, fragilidade, abandono do tratamento, uso inadequado e intoxicação. Além de aumentar os custos para o SUS.



## CONVERSE COM O PACIENTE

### Ele é o protagonista.

Ao discutir e otimizar o tratamento é essencial a participação do paciente no processo. Nesse sentido é importante discutir mudança de hábitos, efeitos colaterais, automedicação, e até mesmo estabelecer objetivos a curto, médio e longo prazo (como medicações utilizadas a muitos anos). Não tenha medo de desprescrever!!!

## Quedas no Idoso

### **Introdução**

A queda é um deslocamento para um nível inferior do corpo sem a capacidade de correção em tempo hábil, resultando ou não em lesão. Ela pode ocorrer por diversos motivos, como medicamentos (podem causar vertigem, queda de pressão, sonolência...), alterações fisiológicas (perda de massa muscular e óssea), doenças (labirintite, transtornos cognitivos, problemas cardíacos...), questões comportamentais (correr para ir ao banheiro ou atender ao telefone), ambientais (tapetes, desníveis, móveis soltos, pisos escorregadios...). Enfim existem diversos fatores que aumentam o risco de quedas e que podem ser modificáveis ou não.

### **Por que é um problema?**

A queda pode ser um evento grave, podendo inclusive levar à morte do paciente. Fraturas (quadril, fêmur, braço) e traumatismo craniano estão entre as consequências mais graves. Porém existem outras, como perda da funcionalidade, perda de autonomia, declínio cognitivo (principalmente quando ocorrer fraturas que requerem um longo tempo de reabilitação), isolamento social (por medo de cair), depressão e ansiedade (por medo de cair).

### **Onde encontrar na CSPI?**

Na CSPI a parte de quedas está localizada na página 24. Lá além do número de quedas deve-se anotar a data, se existe medo de cair e se a queda causou alguma fratura. Além disso, é importante questionar os motivos da queda, avaliar o ambiente e os comportamentos do paciente.

### **Quais equipes podem atuar?**

O rastreio pode ser realizado por qualquer profissional. Lembrando que mais de 2 quedas por ano é um sinal de alerta importante. O tratamento é multidisciplinar, compartilhando o cuidado o médico (tratamentos farmacológicos), fisioterapeutas e educadores físicos (exercícios e reabilitação), psicólogos (alterações de humor), e demais profissionais que podem atuar na orientação do paciente.

### **O que fazer?**

Em primeiro lugar é necessário entender quais as causas das quedas, observando quais desses fatores são modificáveis. A partir dessa análise inicial é importante planejar ações de curto, médio e longo prazo. Ações que podem ser realizadas são: diário de quedas, alterações ambientais (fixação de tapetes, instalação de apoios, corrimãos e pisos antiderrapantes), otimização da medicação (atenção para hipnóticos, benzodiazepínicos e hipotensores), tratamento de causas subjacentes (labirintite, nutrição, alterações sensoriais), grupos de prevenção de quedas, fortalecimento da musculatura e reabilitação muscular com fisioterapia.



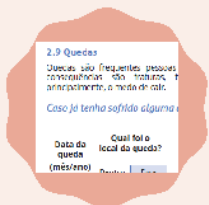


# QUEDAS EM IDOSOS




## O QUE É?

A queda pode ser definida pelo deslocamento não intencional do corpo para um nível inferior, sem a correção em tempo hábil.



## ONDE IDENTIFICAR?

Na página 24 da CSPI existe uma tabela que deve ser preenchida com as quedas do idoso, data, se houve fratura e se parou de realizar alguma atividade por conta da queda. Além disso, é importante investigar o motivo das quedas.



## QUAIS PROBLEMAS?

O principal problema das quedas são as fraturas, principalmente de fêmur e quadril. Além disso existe o medo de cair novamente, isolamento social, incapacidades, redução de atividades.



## O QUE FAZER?

É importante, inicialmente, entender os motivos que levam as quedas, entre os modificáveis e não-modificáveis. A partir deles estabelecer ações multimodais, entre exercícios de fortalecimento e reabilitação e mudanças comportamentais e ambientais



## CONVERSE COM O PACIENTE!

Ao conversar com o paciente entenda o que aconteceu antes e após a queda. Trabalhar o medo de cair de novo é muito importante. Estabelecer metas de alterações de comportamento e exercícios de fortalecimento.

## FONTE

David A. Ganz, Prevention of Falls in Community-Dwelling Older Adults. 2020

## Saúde Bucal no Idoso

### **Introdução**

A saúde bucal é um tema de suma importância no idoso. É muito comum, devido a medicação e hábitos de vida, idosos terem problemas na região oral. É importante ressaltar que a boca e dentes possuem papel fundamental no processo de alimentação bem como na auto-estima do idoso.

### **Por que é um problema?**

É muito comum no idoso problemas de saúde bucal relacionados a medicação e más hábitos de higiene. Entre eles podemos citar a xerostomia (boca seca), perda de dentes, feridas, candidíase bucal e câncer de boca. As alterações na boca e dentição podem levar a perda do paladar, problemas na deglutição e problemas de auto-estima (isolamento social e depressão). Problemas de alimentação podem levar a desnutrição e perda de massa muscular. Desajuste nas próteses também podem levar a lesões na boca e problemas na alimentação, principalmente consumo de proteínas como carne, que precisam ser mastigadas com maior eficiência.

### **Onde encontrar na CSPI?**

A parte de preenchimento da saúde bucal do idoso está nas páginas 34 e 35 da CSPI.

### **Quais equipes podem atuar?**

A atuação da equipe de odontologia é a principal neste quesito. Ela será responsável por fazer o rastreio adequado. Algumas informações podem ser coletadas por outros profissionais de saúde, como a presença de feridas que não saram e desconfortos com a prótese.

### **O que fazer?**

É de suma importância o rastreio de problemas e atividades preventivas. Entre elas a educação do paciente em relação a higiene bucal e da prótese; orientação em relação ao auto-exame da boca; ações para estimular as consultas periódicas com o dentista; verificar o ajuste da prótese.

### **Referência:**

SAÚDE BUCAL DO IDOSO: UMA REVISÃO DE LITERATURA Richer Gradaschi

## SAÚDE BUCAL NO IDOSO

A saúde bucal é um tema de suma importância, pois a boca e os dentes possuem papel fundamental no processo de alimentação bem como na autoestima do idoso. É muito comum, devido a medicação e hábitos de vida, idosos terem problemas na região oral.

### Por que é um problema?

É muito comum no idoso, a ocorrência de problemas de saúde bucal relacionados à medicação e maus hábitos de higiene, entre eles podemos citar:

- A xerostomia (boca seca);
- Perda de dentes;
- Feridas;
- Candidíase bucal e
- Câncer de boca.



As alterações na boca e dentição podem levar a perda do paladar, problemas na deglutição e problemas de autoestima (isolamento social e depressão).

Problemas de alimentação podem levar a desnutrição e perda de massa muscular. Desajuste nas próteses também podem levar a lesões na boca e problemas na alimentação, principalmente consumo de proteínas como carne, que precisam ser mastigadas com maior eficiência.

### 6. AVALIAÇÃO DE SAÚDE BUCAL

Avaliação da equipe de saúde bucal	
Hábitos	Higiene
	Tabaco
	Presença de dor no maxilar inferior
Alterações ou lesões de mucosa	Boca seca (xerostomia) – falta de saliva
	Presença de língua solitária (língua leucopláica)
	Presença de aftas (úlceras bucais)
	Presença de herpes
Caries dentária e doença periodontal	Presença de placa bacteriana (biofilme dental)
	Exatidão da avaliação de placa (antes, durante, depois)
	Presença de dor de garganta (comprimento parcial)
	Presença de dor de garganta (comprimento total)
	Presença de má-oclusão
	Índice dental no último ano

### Onde encontrar na CSPI?

A parte de preenchimento da saúde bucal do idoso está nas páginas 34 e 35 da CSPI.

### Quais equipes podem atuar?

A atuação da equipe de odontologia é a principal neste quesito. Ela será responsável por fazer o rastreio adequado. Algumas informações podem ser coletadas por outros profissionais de saúde, como a presença de feridas que não curam e incômodos com a prótese.



### O que fazer?

É de suma importância o rastreio de problemas e atividades preventivas. Entre elas a educação do paciente em relação à higiene bucal e da prótese; orientação em relação ao autoexame da boca; ações para estimular as consultas periódicas com o dentista; verificar o ajuste da prótese.

**LADORFE**  
Laboratório de Estado da Dor e  
Funcionalidade na Escalofórtese

### Referências

SAÚDE BUCAL DO IDOSO: UMA REVISÃO DE LITERATURA Richer Gradaschi

Esses materiais são de uso livre e sem fins lucrativos, desde que os autores sejam citados.



## Transtorno Cognitivo no Idoso

### **Introdução**

O Transtorno Cognitivo é uma morbidade bastante comum no idoso. Pode ser definido como a redução da capacidade cognitiva, ou seja, das capacidades relativas ao pensamento, em relação a um estado anterior. Por questões culturais muitas vezes seus sintomas iniciais são deixados de lado, tidos como algo “típico da velhice”. Essa crença atrasa o diagnóstico, prejudicando a autonomia e independência do idoso. Geralmente se manifesta inicialmente por esquecimentos benignos que evoluem gradualmente, também pode se manifestar por dificuldade de foco, perda de interesse por hobbies e atividades e mudanças de comportamento.

### **Por que é um problema?**

O Transtorno Cognitivo tem impacto em quase todas as áreas de saúde do paciente, sendo necessário entender as capacidades cognitivas do paciente para que o tratamento seja efetivo. Por exemplo, o idoso pode não ser capaz de tomar suas medicações de maneira adequada, prejudicando o tratamento. Além disso o declínio cognitivo está associado ao declínio funcional, fragilidade, perda de autonomia e independência.

### **Onde encontrar na CSPI?**

Na página 23, junto com os transtornos de humor, existem perguntas sobre a memória do paciente. Em caso de respostas afirmativas deve-se prosseguir para uma avaliação mais detalhada da cognição e humor do paciente.

### **Quais equipes podem atuar?**

O rastreio pode ser realizado por qualquer membro da equipe. O diagnóstico deve ser realizada por profissional capacitado, geralmente médico, psicólogo, gerontólogo ou terapeuta ocupacional.

### **O que fazer?**

O diagnóstico precoce auxilia no tratamento e na manutenção das capacidades cognitivas. Grupos de memória, onde são realizadas tarefas cognitivas são importantes. Individualmente o paciente pode se beneficiar de estimulação cognitiva, estratégias de compensação e treinamento funcional. Essas ações podem ser realizadas pelo psicólogo, terapeuta ocupacional ou gerontólogo.

### **Avaliações complementares**

Para a avaliação e rastreio cognitivo podem ser utilizadas o Mini-Exame do Estado Mental (MEEM), teste de fluência verbal, teste do desenho do relógio e Escala Cognitiva de Addenbrook (ACE-R).



## Transtorno Cognitivo

O Transtorno Cognitivo é uma morbidade bastante comum no idoso. Pode ser definido como a redução das capacidades cognitivas do paciente em relação a um nível anterior. Geralmente se manifesta inicialmente por esquecimentos benignos que evoluem gradualmente, também pode se manifestar por dificuldade de foco, perda de interesse por hobbies e atividades de lazer e mudanças de comportamento, como alterações nos ciclos de sono e vigília.

### POR QUE É UM PROBLEMA?



O Transtorno Cognitivo tem impacto em quase todas as áreas de saúde do paciente, sendo necessário entender as capacidades cognitivas do paciente para que o tratamento seja efetivo. Por exemplo, o idoso pode não ser capaz de tomar suas medicações de maneira adequada, prejudicando o tratamento. Além disso o declínio cognitivo está associado ao declínio funcional, fragilidade, perda de autonomia e independência.

### ONDE ENCONTRAR NA CSPI?

Na página 23, junto com os transtornos de humor, existem perguntas sobre a memória do paciente. Em caso de respostas afirmativas deve-se prosseguir para uma avaliação mais detalhada da cognição e humor do paciente.

#### 2.7 Informações complementares

		20	20
		S	N
COGNIÇÃO	Alguém da família ou algum(a) amigo(a) falou que você está ficando esquecido(a)?		
	O esquecimento está piorando nos últimos meses?		
	O esquecimento está impedindo a realização de alguma atividade do cotidiano?		



### QUAIS EQUIPES PODEM ATUAR?

O rastreio pode ser realizado por qualquer membro da equipe. O diagnóstico deve ser realizado por profissional capacitado, geralmente médico, psicólogo, gerontólogo ou terapeuta ocupacional.

### O QUE FAZER?

O diagnóstico precoce auxilia no tratamento e na manutenção das capacidades cognitivas. Grupos de memória, onde são realizadas tarefas cognitivas são importantes. Algumas ações podem ser realizadas pela orientação de psicólogos, terapeuta ocupacional ou gerontólogo, assim, individualmente o paciente pode se beneficiar com estimulação cognitiva, estratégias de compensação e treinamento funcional.

### AVALIAÇÕES COMPLEMENTARES

Para a avaliação e rastreio cognitivo podem ser utilizadas o Mini-Exame do Estado Mental (MEEM), teste de fluência verbal, teste do desenho do relógio, Escala Cognitiva de Addenbrook (ACE-R) e o instrumento MoCA.



**LADORFE**  
Laboratório de Estudos de Hier e  
Funcionalidade de Intelecto

Referências  
PETERSEN, Ronald C. Practice guideline update summary: Mild cognitive impairment. *Neurology*, Vol. 90, 2018.

## Transtorno de Humor no Idoso

### **Introdução**

Também conhecido como transtorno afetivo, são alterações que agravam a saúde mental e são caracterizadas pelo sentimento de tristeza ou euforia excessiva. Podem ser resultado de diversos fatores, entre eles: a perda e mudança do papel social na velhice, perdas funcionais contínuas, mudanças econômicas, frequentes casos de doenças, entre outros.

### **Por que é um problema?**

Por se tratar de um problema subjetivo, os sintomas nem sempre são observáveis logo no início, pois podem se expressar através de sinais físicos e funcionais particulares. Podendo interferir de forma negativa os que estão envolvidos com o paciente. Em casos de depressão (transtorno de humor mais comum entre os idosos), deve-se ter uma atenção redobrada, visto que tal transtorno é um dos principais fatores para aumento de morbidade e mortalidade, além de envolver práticas suicidas e comprometimentos cognitivos.

### **Onde encontrar na CSPI?**

Na CSPI você poderá encontrar tais informações na página 23, onde lá o idoso deverá responder sim ou não para as perguntas que forem feitas. Vale ressaltar que, muitos idosos podem não alegar o que sentem, portanto é necessário estar atento às respostas não verbais e postura na hora de responder.

### **Quais equipes podem atuar?**

Quanto ao rastreamento, qualquer profissional da unidade de saúde, porém o diagnóstico é feito pelo psicólogo ou psiquiatra, os quais seguirão com o tratamento adequado.

### **O que fazer?**

Analisar o ambiente e suporte social se faz necessário, pois o encaminhamento para grupos de convivência ou terapias individuais será de grande ajuda. Estar atento à medicação é muito importante, porque sinaliza um indicador para mudanças no humor. Encorajar a prática de exercícios físicos e atividades de lazer, de acordo com as necessidades e preferências do idoso é de grande valia.

### **Avaliações complementares!**

A aplicação do instrumento de Satisfação Global com a vida é essencial para observar de maneira subjetiva, se o idoso se sente bem consigo mesmo. A Escala de Depressão em Geriatria, mas conhecido como GDS, é um importante instrumento a ser levado em consideração também, pois verifica a presença de sintomas depressivos. Testes de rastreamento cognitivo também podem ser aplicados, uma vez que os transtornos de humor podem gerar comprometimentos cognitivos.



## Referências Bibliográficas:

ALMEIDA, Osvaldo P. **Idosos atendidos em serviço de emergência de saúde mental: características demográficas e clínicas.** Brazilian Journal of Psychiatry. 1999, v. 21, n. 1, pp. 12-18. Disponível em:

<<https://www.scielo.br/j/rbp/a/dwMz6NTkyvvBqMhtm4gDnSz/?lang=pt&format=pdf>>.

Acesso em: 27 jan. 2022.

CORYELL, William. **Considerações gerais sobre transtornos do humor.** 2021. Disponível em:

<https://www.msmanuals.com/pt-br/casa/dist%C3%BArbios-de-sa%C3%BAde-mental/transtornos-do-humor/considera%C3%A7%C3%B5es-gerais-sobre-transtornos-do-humor>. Acesso em: 27 jan. 2022.

GARCIA, Aline et al. **A depressão e o processo de envelhecimento.** Ciências & Cognição, v. 7, 2006. Disponível em:

<http://cienciasecognicao.org/revista/index.php/cec/article/view/551/338> Acesso em: 27 jan. 2022.

## Transtorno de Humor

Também conhecido como transtorno afetivo, são alterações que agravam a saúde mental e são caracterizadas pelo sentimento de tristeza ou euforia excessiva. Podem ser resultado de diversos fatores, entre eles: a perda e mudança do papel social na velhice, perdas funcionais contínuas, mudanças econômicas, frequentes casos de doenças, entre outros.

### Por que é um problema?

Por se tratar de um problema subjetivo, os sintomas nem sempre são observáveis logo no início, pois podem se expressar através de sinais físicos e funcionais particulares. Podendo interferir de forma negativa os que estão envolvidos com o paciente. Em casos de depressão (transtorno de humor mais comum entre os idosos), deve-se ter uma atenção redobrada, visto que tal transtorno é um dos principais fatores para aumento de morbidade e mortalidade, além de envolver práticas suicidas e comprometimentos cognitivos.



### Onde encontrar na CSPI?

Na CSPI você poderá encontrar tais informações na página 23, onde lá o idoso deverá responder sim ou não para as perguntas que forem feitas. Vale ressaltar que, muitos idosos podem não alegar o que sentem, portanto é necessário estar atento às respostas não verbais e postura na hora de responder.

#### 2.7 Informações complementares

	20	20
	S	N
<b>COGNICÃO</b>		
1) Você tem dificuldade para lembrar fatos importantes que aconteceram há pouco tempo?		
2) Você tem dificuldade para lembrar fatos importantes que aconteceram há algum tempo atrás?		
3) Você tem dificuldade para lembrar fatos importantes que aconteceram há muito tempo atrás?		
<b>HUMOR</b>		
4) Você tem dificuldade para lembrar fatos importantes que aconteceram há pouco tempo atrás?		
5) Você tem dificuldade para lembrar fatos importantes que aconteceram há algum tempo atrás?		
6) Você tem dificuldade para lembrar fatos importantes que aconteceram há muito tempo atrás?		

### Quais equipes podem atuar?

Quanto ao rastreamento, qualquer profissional da unidade de saúde, porém o diagnóstico é feito pelo psicólogo ou psiquiatra, os quais seguirão com o tratamento adequado.



### O que fazer?

Analisar o ambiente e suporte social se faz necessário, pois o encaminhamento para grupos de convivência ou terapias individuais será de grande ajuda. Estar atento à medicação é muito importante, porque sinaliza um indicador para mudanças no humor. Encorajar a prática de exercícios físicos e atividades de lazer, de acordo com as necessidades e preferências do idoso é de grande valia.

### Avaliações complementares!

A aplicação do instrumento de Satisfação Global com a vida é essencial para observar de maneira subjetiva, se o idoso se sente bem consigo mesmo. A Escala de Depressão em Geriatria, mas conhecido como GDS, é um importante instrumento a ser levado em consideração também, pois verifica a presença de sintomas depressivos. Testes de rastreamento cognitivo também podem ser aplicados, uma vez que os transtornos de humor podem gerar comprometimentos cognitivos.

#### REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, Davaldo P. Idosos atendidos em serviço de emergência de saúde mental: características demográficas e clínicas. *Brazilian Journal of Psychiatry*, 1999, v. 21, n. 1, pp. 12-18.  
 CORVELL, William. Considerações gerais sobre transtornos do humor. 2021.  
 GARCIA, Aline et al. A depressão e o processo de envelhecimento. *Ciências & Cognição*, v. 7, 2006.



## Violência contra o Idoso

### **Introdução**

A violência contra o idoso é um problema social e estrutural em nossa sociedade. Muitas vezes, ações violentas são praticadas no dia-a-dia e não são percebidas (ou ignoradas) pela maioria das pessoas. A violência contra o idoso pode se manifestar de diversas maneiras: física (agressões físicas, drogas, ameaças), psicológicas (ameaças, xingamentos, gritos), financeira (uso de recursos sem a autorização do idoso, endividamento do idoso), sexual (importunação ou abuso sexual), negligência (deixar de auxiliar um idoso em situação de vulnerabilidade).

### **Por que é um problema?**

A violência coloca em risco a integridade física, psicológica e financeira do idoso, que muitas vezes já está em situação de vulnerabilidade. Assim podem ocorrer danos físicos (inclusive morte), transtornos de humor, problemas para se sustentar. Enfim, existe impacto em todas as esferas do idoso.

### **Onde encontrar na CSPI?**

Não existe uma parte específica da CSPI para a violência contra o idoso. Assim o entrevistador deve ficar atento aos sinais e respostas aos diversos questionamentos da CSPI. Nesse sentido observar: marcas no corpo, falas de medo e ansiedade, dificuldades de sustento, angústia próximo de cuidadores. É importante observar também o estresse e sobrecarga dos cuidadores, uma vez que esse é um fator de risco importante para a violência. Outros fatores de risco: transtornos mentais, saúde física precária, dependência funcional, baixos rendimentos e abuso de substâncias (álcool e drogas).

### **Quais equipes podem atuar?**

O rastreio pode e deve ser feito por todos os profissionais da equipe de saúde. Geralmente os agentes comunitários de saúde costumam estar mais próximos da comunidade e assim conseguem informações precisas. Outros profissionais de saúde podem observar sinais durante o exame físico. Por fim, assistentes sociais devem ficar atentos as situações de vulnerabilidade familiar.

### **O que fazer?**

Deve-se ficar atento aos fatores de risco, como estresse e sobrecarga do cuidador, histórico de violência, relações familiares conflituosas. Assim, agir antes que a violência ocorra ou tome proporções perigosas. Ações para melhorar a sobrecarga do cuidador, melhorar vínculos familiares podem ser benéficas. Em casos onde a violência já esteja

ocorrendo é importante denunciar os canais adequados (polícia, conselho municipal do idoso, CREAS, disque denúncia 180).

### **Avaliações complementares**

O Genograma e o Ecomapa podem auxiliar a identificar relações conflituosas. Além disso existem instrumentos como a avaliação de maus-tratos e violência contra idosos, Elderly screen abuse, entre outros.

# Violência contra o idoso

A violência contra o idoso é um problema social e estrutural em nossa sociedade. Muitas vezes, ações violentas são praticadas no dia-a-dia e não são percebidas (ou ignoradas) pela maioria das pessoas. A violência contra o idoso pode se manifestar de diversas maneiras:



- Física - agressões físicas, drogas, ameaças;
- Psicológicas - ameaças, xingamentos, gritos;
- Financeira - uso de recursos sem a autorização do idoso, endividamento do idoso;
- Sexual - importunação ou abuso sexual;
- Negligência - deixar de auxiliar um idoso em situação de vulnerabilidade.



## Por que é um problema?

A violência coloca em risco a integridade física, psicológica e financeira do idoso, que muitas vezes já está em situação de vulnerabilidade. Assim podem ocorrer danos físicos (inclusive morte), transtornos de humor, problemas para se sustentar. Enfim, existe impacto em todas as esferas do idoso.

## Onde encontrar na CSPI?

Não existe uma parte específica da CSPI para a violência contra o idoso. Assim o entrevistador deve ficar atento aos sinais e respostas aos diversos questionamentos da CSPI. Nesse sentido observar: marcas no corpo, falas de medo e ansiedade, dificuldades de sustento, angústia próximo de cuidadores. É importante observar também o estresse e sobrecarga dos cuidadores, uma vez que esse é um fator de risco importante para a violência. Outros fatores de risco: transtornos mentais, saúde física precária, dependência funcional, baixos rendimentos e abuso de substâncias (álcool e drogas).

## Quais equipes podem atuar?

O rastreio pode e deve ser feito por todos os profissionais da equipe de saúde. Geralmente os agentes comunitários de saúde costumam estar mais próximos da comunidade e assim conseguem informações precisas. Outros profissionais de saúde podem observar sinais durante o exame físico. Por fim, assistentes sociais devem ficar atentos as situações de vulnerabilidade familiar.

## O que fazer?

Deve-se ficar atento aos fatores de risco, como estresse e sobrecarga do cuidador, histórico de violência, relações familiares conflituosas. Assim, agir antes que a violência ocorra ou tome proporções perigosas. Ações para melhorar a sobrecarga do cuidador, melhorar vínculos familiares podem ser benéficas. Em casos onde a violência já esteja ocorrendo é importante denunciar os canais adequados (polícia, conselho municipal do idoso, CREAS, disque denúncia 180).

## Avaliações Complementares

O Genograma e o Ecomapa podem auxiliar a identificar relações conflituosas. Além disso existem instrumentos como a avaliação de maus-tratos e violência contra idosos, Elderly screen abuse, entre outros.

Esses materiais são de uso livre e sem fins lucrativos, desde que os autores sejam citados.

LADORFE

Laboratório de Estudos em Saúde e Bem-Estar da Universidade Federal de Pernambuco



## REFERÊNCIAS

PELLEMER, Karl. Elder Abuse: Global Situation, Risk Factors, and Prevention Strategies. *The Gerontologist*, Vol. 56, 2016.



## ANEXOS

## Anexo 1 - Parecer CEP



**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP**

**DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

**Título da Pesquisa:** Os Impactos do uso da Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa nos Indicadores de Gestão e Qualidade de Vida de Idosos na Atenção Básica

**Pesquisador:** Karina Gramani Say

**Área Temática:**

**Versão:** 3

**CAAE:** 53861121.3.0000.5504

**Instituição Proponente:** Centro de Ciências Biológicas e da Saúde

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

**DADOS DO PARECER**

**Número do Parecer:** 5.230.772

**Apresentação do Projeto:**

As informações elencadas nos campos "Apresentação do Projeto", "Objetivo da Pesquisa" e Avaliação dos Riscos e Benefícios foram extraídas do arquivo Informações Básicas da Pesquisa (PB\_INFORMAÇÕES\_BÁSICAS\_DO\_PROJETO\_1827107.pdf, de 31/01/2022) e/ou do Projeto Detalhado (Projeto\_Otavio\_CSPI.pdf, de 31/01/2022): RESUMO, HIPÓTESE (se houver), METODOLOGIA, CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO.

**Objetivo da Pesquisa:**

**Objetivo Primário:**

Avaliar os impactos do uso da Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa e da presença de um gestor do envelhecimento nos indicadores de gestão em saúde da unidade.

**Objetivo Secundário:**

Mensurar a satisfação da equipe após as intervenções propostas. Mensurar a satisfação dos idosos com o serviço prestado.

Apresentar a caracterização dos serviços de saúde prestados aos idosos.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

**Riscos:**

Ao responderem os questionários de Satisfação os idosos podem se sentir cansados ou

**Endereço:** WASHINGTON LUIZ KM 235

**Bairro:** JARDIM GUANABARA

**CEP:** 13.565-905

**UF:** SP

**Município:** SAO CARLOS

**Telefone:** (16)3351-9685

**E-mail:** cephumanos@ufscar.br



Continuação do Parecer: 5.230.772

desconfortáveis. A equipe pode se sentir pressionada ou estressada no trabalho. Risco de exposição de dados.

**Benefícios:**

Qualificação e sensibilização da equipe em relação à saúde do idoso; Matriciamento para auxílio a equipe quinzenais; Fornecimento de material educativo para a saúde do idoso; Elaboração de indicadores de saúde; Facilitação da implantação da linha de cuidado do idoso e material para a mesma

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Trata-se de uma pesquisa que deve seguir os preceitos éticos estabelecidos pela Resolução CNS nº 466/2012 suas complementares.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Vide campo "Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações"

**Recomendações:**

Vide campo "Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações"

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Pendências:

1- Atendida

2- Atendida

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Diante do exposto, o Comitê de ética em pesquisa - CEP, de acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS nº 466 de 2012 e 510 de 2016, manifesta-se por considerar "Aprovado" o projeto. A responsabilidade do pesquisador é indelegável e indeclinável e compreende os aspectos éticos e legais, cabendo-lhe, após aprovação deste Comitê de Ética em Pesquisa: II - conduzir o processo de Consentimento e de Assentimento Livre e Esclarecido; III - apresentar dados solicitados pelo CEP ou pela CONEP a qualquer momento; IV - manter os dados da pesquisa em arquivo, físico ou digital, sob sua guarda e responsabilidade, por um período mínimo de 5 (cinco) anos após o término da pesquisa; V - apresentar no relatório final que o projeto foi desenvolvido conforme delineado, justificando, quando ocorridas, a sua mudança ou interrupção. Este relatório final deverá ser protocolado via notificação na Plataforma Brasil. OBSERVAÇÃO: Nos documentos encaminhados por Notificação NÃO DEVE constar alteração no conteúdo do projeto. Caso o projeto tenha sofrido alterações, o pesquisador deverá submeter uma "EMENDA".

Endereço: WASHINGTON LUIZ KM 235  
 Bairro: JARDIM GUANABARA CEP: 13.565-905  
 UF: SP Município: SAO CARLOS  
 Telefone: (16)3351-9685 E-mail: cephumanos@ufscar.br



Continuação do Parecer: 5.230.772

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1827107.pdf	31/01/2022 12:39:35		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_Otavio_CSPI.pdf	31/01/2022 12:37:13	Otávio Augusto Fernandes Marques Bianco	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_Idoso.pdf	31/01/2022 12:36:49	Otávio Augusto Fernandes Marques Bianco	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_equipe.pdf	31/01/2022 12:36:45	Otávio Augusto Fernandes Marques Bianco	Aceito
Outros	Carta_de_Resposta_Versao_2.pdf	31/01/2022 12:36:15	Otávio Augusto Fernandes Marques Bianco	Aceito
Cronograma	Cronograma_CSPI.pdf	07/01/2022 18:51:28	Otávio Augusto Fernandes Marques Bianco	Aceito
Folha de Rosto	folha_de_rosto_otavio.pdf	12/11/2021 18:45:38	Otávio Augusto Fernandes Marques Bianco	Aceito
Outros	Autorizacao_SMS.pdf	12/11/2021 15:29:06	Otávio Augusto Fernandes Marques Bianco	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

SAO CARLOS, 08 de Fevereiro de 2022

Assinado por:

**Adriana Sanches Garcia de Araújo**  
(Coordenador(a))

Endereço: WASHINGTON LUIZ KM 235  
 Bairro: JARDIM GUANABARA CEP: 13.565-905  
 UF: SP Município: SAO CARLOS  
 Telefone: (16)3351-9685 E-mail: cephumanos@ufscar.br



## Anexo 2 - Short Assessment Patient Satisfaction (SAPS)

### Questionário baseado no Short Assessment of Patient Satisfaction (SAPS)

**Instruções:** Depois de ler cada pergunta, circule a resposta que melhor descreve você. A ordem das respostas varia entre as perguntas, portanto reserve um momento para ler cada pergunta cuidadosamente. Sabemos que as vezes as respostas podem não descrevê-lo exatamente, então por favor escolha a resposta que melhor descreve você. Quando você terminar, por favor verifique se você respondeu todas perguntas.

**1. Quão satisfeito você está com o efeito do seu tratamento/cuidado?**

Muito satisfeito	Satisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Insatisfeito	Muito insatisfeito
------------------	------------	---------------------------------	--------------	--------------------

**2. Quão satisfeito você está com as explicações que o profissional de saúde lhe deu sobre os resultados do seu tratamento/cuidado?**

Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
--------------------	--------------	---------------------------------	------------	------------------

**3. O profissional de saúde foi muito cuidadoso ao checar tudo quando te examinou.**

Concordo plenamente	Concordo	Não tenho certeza	Discordo	Discordo totalmente
---------------------	----------	-------------------	----------	---------------------

**4. Quão satisfeito você está com as escolhas que você tomou nas decisões que afetam seus cuidados de saúde?**

Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
--------------------	--------------	---------------------------------	------------	------------------

**5. Quanto tempo você se sentiu respeitado pelo profissional de saúde?**

O tempo todo	Na maioria das vezes	Cerca de metade do tempo	Algumas vezes	Nenhuma vez
--------------	----------------------	--------------------------	---------------	-------------

6. **O tempo que você teve com o profissional de saúde foi muito curto.**

Concordo plenamente	Concordo	Não tenho certeza	Discordo	Discordo totalmente
---------------------	----------	-------------------	----------	---------------------

7. **Você está satisfeito com os cuidados que recebeu no PSF?**

Muito satisfeito	Satisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Insatisfeito	Muito insatisfeito
------------------	------------	---------------------------------	--------------	--------------------

### Anexo 3 - Artigo aprovado para publicação na revista Ciência e Saúde Coletiva (A1)

#### ACIDENTES POR QUEDAS NA POPULAÇÃO IDOSA: ANÁLISE DE TENDÊNCIA TEMPORAL DE 2000 A 2020 E O IMPACTO ECONÔMICO ESTIMADO NO SISTEMA DE SAÚDE BRASILEIRO EM 2025.

ACCIDENTS BY FALLS IN OLDER PEOPLE: TIME TREND ANALYSIS FROM 2000 TO 2020 AND ESTIMATED ECONOMIC IMPACT ON THE BRAZILIAN HEALTH SYSTEM IN 2025.

Areta Dames Cachapuz Novaes<sup>1</sup>; Otávio Augusto Fernandes Marques Bianco<sup>1</sup>; Debora Bernardo da Silva<sup>2</sup>; Livea Cristina da Silva<sup>1</sup>; Eduarda Adami Dotta<sup>1</sup>; Juliana Hotta Ansai<sup>1</sup>; Larissa Riani Costa Tavares<sup>1</sup>; Karina Gramani-Say<sup>1</sup>. 1. Universidade Federal de São Carlos - SP - Brasil. 2. Universidade Federal de São Paulo - SP - Brasil.

**Resumo:** O acompanhamento longitudinal de indicadores, como os relacionados às quedas acidentais, pode facilitar o planejamento de ações mais eficazes de assistência e prevenção.

**Objetivo:** Analisar a tendência temporal das variáveis relacionadas aos acidentes de quedas na população idosa no Brasil e no estado de São Paulo entre 2000 e 2020 e estimar o impacto econômico para o SUS em 2025. **Métodos:** Este é um estudo observacional retrospectivo com abordagem quantitativa, com dados do Sistema de Informação em Saúde. Foram utilizados os softwares *Joinpoint Regression Program* versão 4.7.0 e SPSS versão 20.0 para a realização de regressões lineares, além da análise Average Annual Percent Change (AAPC), adotando com um intervalo de confiança de 95%. **Resultados:** No país, houve aumento das internações nos dois períodos analisados, assim como os gastos totais, em todos os segmentos analisados. Em concordância no estado de São Paulo, o valor total e as internações apresentaram aumento (AAPC, sendo 8,5% e 4,3% respectivamente). No ano de 2025, as internações por quedas no Brasil estarão próximas a 150 mil, gerando custos em torno de R\$260 milhões. **Conclusão:** Houve o aumento das variáveis analisadas, mostrando a importância de programas de prevenção de quedas associados à políticas públicas nacionais. **Palavras-chave:** Acidentes por Quedas; Gastos em Saúde; Saúde do Idoso.