

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SÃO CARLOS

Centro de Ciências Biológicas e da
Saúde – CCBS

Programa de Pós Graduação em
Gerontologia - PPGero UFSCar

Laboratório do Estudo da Dor e
Funcionalidade no Envelhecimento



**IMPACTO DA ARTICULAÇÃO DE SAÚDE DA PESSOA IDOSA NA ATENÇÃO
PRIMÁRIA À SAÚDE COM FOCO NA IMPLEMENTAÇÃO DA AVALIAÇÃO
MULTIDIMENSIONAL: UM ENSAIO COMUNITÁRIO**

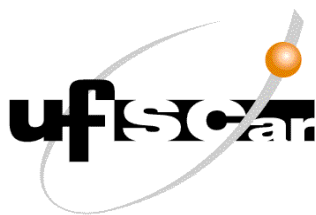
Luana Rafaela Porcatti

Orientadora: Prof^ª. Dr^ª. Karina Gramani Say

Co-Orientadora: Dr^ª. Verena de Vassimon Barroso Carmelo

SÃO CARLOS - SP

2025



UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SÃO CARLOS

Centro de Ciências Biológicas e da
Saúde – CCBS

Programa de Pós Graduação em
Gerontologia - PPGero UFSCar

Laboratório do Estudo da Dor e
Funcionalidade no Envelhecimento



IMPACTO DA ARTICULAÇÃO DE SAÚDE DA PESSOA IDOSA NA ATENÇÃO
PRIMÁRIA À SAÚDE COM FOCO NA IMPLEMENTAÇÃO DA AVALIAÇÃO
MULTIDIMENSIONAL: UM ENSAIO COMUNITÁRIO

Luana Rafaela Porcatti

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).

Orientador: Prof^ª. Dr^ª. Karina Gramani-Say

Co-orientadora: Prof^ª. Dr^ª. Verena de Vassimon Barroso Carmelo

São Carlos-SP

2025

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS

Centro de Ciências Biológicas e da Saúde – CCBS

Programa de Pós-Graduação em Gerontologia

Folha de aprovação.

Assinatura dos membros da comissão examinadora que avaliou e aprovou a Defesa de Mestrado da candidata Luana Rafaela Porcatti, realizada em 21/02/2025:

Prof^ª. Dr^a. Karina Gramani-Say

Universidade Federal de São Carlos - UFSCar

Prof^ª. Dr^a. Marília Cristina Prado Louvison

Universidade Estadual de São Paulo - USP

Prof^ª. Dr^a. Aline Cristina Martins Gratão

Universidade Federal de São Carlos - UFSCar

DEDICATÓRIA

À minha mãe, Maria,

Este trabalho é fruto do que você plantou em mim com tanto carinho e sacrifício. Você é minha maior inspiração, e sou profundamente grata por tudo o que é e representa.

Esta conquista é tão sua quanto minha.

Com todo o meu amor,
Luana

AGRADECIMENTO

Agradeço a Deus pela vida, por me guiar e iluminar durante toda essa jornada. Sou imensamente grata pela força que me foi concedida e pelas oportunidades de aprender e crescer ao longo dessa caminhada.

Agradeço à minha mãe, Maria, por ser a base da minha vida. Obrigada por todo o amor, paciência e força, por ser meu exemplo de resiliência e coragem, e por sempre acreditar em mim. Sei que não foi fácil me trazer até aqui, e nada seria possível sem seu apoio incondicional. Prometi que daria orgulho à senhora, e essa conquista é uma forma de retribuir todo o amor e sacrifício que fez por mim.

Ao meu PAIdrasto, Luis Marcelo, que, mesmo sem obrigação, me acolheu como sua filha. Obrigada por acreditar em mim, por ser meu amigo e abrigo, por me defender sempre, apoiar meus sonhos e fazê-los possíveis. Sua presença em minha vida é um presente, e seu carinho e dedicação foram fundamentais para que eu chegasse até aqui.

Ao meu noivo, Matheus, por ser meu parceiro em todos os momentos. Seu amor, paciência e compreensão me deram forças para enfrentar os desafios dessa trajetória. Sou grata por cada gesto seu, por estar ao meu lado e por me incentivar, especialmente durante o tempo em que esse trabalho exigiu tanto de mim. Sua presença tornou os dias mais leves, suas palavras me motivaram a seguir em frente e seu apoio incondicional fez toda a diferença. Agradeço por acreditar em mim, celebrar cada conquista e dividir comigo a construção de nossos sonhos e de nossa vida juntos.

Aos meus irmãos, Marcelo e Leide, por me amarem, por serem meu porto seguro e por me ensinarem, com seus exemplos, o verdadeiro significado de companheirismo e lealdade. Cada um de vocês, com seu jeitinho, tem um papel especial na minha vida, e sou grata por todo o apoio, risos e momentos compartilhados. Obrigada por estarem sempre ao meu lado, em todas as vitórias e desafios.

Agradeço aos meus sobrinhos, Allana e Antony, por serem as alegrias da minha vida, por colorir meu mundo e me inspirarem a torná-lo um lugar melhor para vocês.

Aos meus avós (in memoriam), especialmente ao meu avô Manoel, agradeço pelo apoio,

educação e incentivo. Foi por você que escolhi a gerontologia.

Às minhas amigas, Beatriz, Giovanna e Areta, por estarem sempre presentes, oferecendo apoio e carinho, especialmente nos momentos de dúvida. A amizade de vocês foi fundamental durante toda essa jornada.

Aos meus co-orientandos, Mateus e Bianca, por todo suporte ao longo desta jornada. Obrigada por confiarem em mim, por compartilharem conhecimento e por tornarem esse percurso mais leve. A parceria de vocês foi essencial para que esse trabalho se tornasse realidade.

Ao meu grupo de pesquisa, por ser uma família. Obrigada por todo o aprendizado e colaboração. A troca de ideias e experiências com cada um de vocês foi essencial para o desenvolvimento deste trabalho e para o crescimento da minha pesquisa.

À minha orientadora, Prof^ª. Dr^ª. Karina Gramani Say, por ser uma mentora dedicada, por todos os ensinamentos, conselhos e pela confiança em mim. Seu exemplo de profissionalismo foi a força que me guiou em cada passo dessa pesquisa. Obrigada por ser uma mãe durante a graduação e mestrado.

À minha co-orientadora, Prof^ª. Dr^ª. Verena de Vassimon Barroso Carmelo, pela orientação valiosa e apoio constante. Sua experiência e visão crítica enriqueceram imensamente o desenvolvimento deste trabalho, e sou muito grata por todo o cuidado e atenção dedicados. Obrigada por ouvir meus desabafos e acreditar no potencial deste trabalho.

À Secretaria Municipal de Saúde de São Carlos, profissionais da atenção primária à saúde e todas pessoas idosas que aceitaram participar deste estudo. Sem vocês esse trabalho não seria possível.

A todos que, de alguma forma, contribuíram para o sucesso desta dissertação, meu muito obrigada. Cada um de vocês fez a diferença e foi essencial para que este trabalho fosse possível.

"Tenho em mim todos os sonhos do mundo."

— Fernando Pessoa

RESUMO

O envelhecimento populacional impõe desafios à Atenção Primária à Saúde (APS), exigindo adaptações organizacionais para garantir atendimento qualificado à população idosa. Nesse contexto, a Avaliação Multidimensional da Pessoa Idosa (AMD) configura-se como ferramenta essencial para identificação de demandas e planejamento do cuidado. No entanto, sua implementação enfrenta desafios. **Objetivo:** Objetiva-se verificar se, em Unidades de Saúde com prontidão para mudança, a presença do apoiador institucional de saúde da pessoa idosa influencia no número de AMD realizadas e registradas no prontuário eletrônico da APS. **Metodologia:** Foram conduzidos dois estudos: o primeiro avaliou o comprometimento e eficácia para prontidão para mudança nas unidades de APS de São Carlos-SP, por meio do instrumento Organizational Readiness for Implementing Change (ORIC-BR). O segundo analisou o impacto da presença do apoiador institucional na realização e no registro das AMDs, por meio de um ensaio comunitário comparando Grupo Controle (GC) e Grupo Intervenção (GI). **Resultados:** Os resultados indicaram que apenas 8 das 28 unidades que aceitaram participar do estudo apresentaram prontidão para mudanças. A análise das respostas ao ORIC-BR evidenciou variações significativas entre gestores e profissionais, sugerindo desalinhamento na percepção sobre a capacidade organizacional para implementar mudanças. No ensaio comunitário, observou-se que as unidades com apoiador institucional de saúde registraram um aumento expressivo no número de AMDs realizadas e registradas no Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC). Foi identificada uma interação estatisticamente significativa entre grupo e momento da avaliação ($p < 0,001$), indicando que o GI apresentou uma melhora significativa no momento pós em relação ao momento anterior à intervenção ($p < 0,001$), além de registrar mais AMDs em relação ao GC no momento pós-intervenção ($p < 0,001$). **Conclusão:** A aplicação do ORIC-BR revelou-se uma ferramenta útil para diagnóstico da prontidão organizacional, auxiliando gestores na identificação de unidades mais preparadas para a implementação de novas práticas. Além disso, a presença do apoiador institucional de saúde da pessoa idosa mostrou-se uma estratégia viável para fortalecer a AMD na APS, promovendo maior integração entre os profissionais e ampliando a efetividade das avaliações. Conclui-se que a articulação entre diferentes níveis de atenção e a capacitação das equipes são determinantes para o sucesso da AMD e, consequentemente, para a melhoria da assistência à população idosa.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde; Política Pública de Saúde; Avaliação Multidimensional da Pessoa Idosa; Gestão Organizacional; Rede de Assistência à Saúde do

Idoso.

RESUMO EM LÍNGUA ESTRANGEIRA

Population aging poses challenges to Primary Health Care (PHC), requiring organizational adaptations to ensure quality care for the elderly population. In this context, the Multidimensional Assessment of the Elderly (AMD) emerges as an essential tool for identifying demands and planning care. However, its implementation faces challenges.

Objective: This study aims to verify whether, in Health Units with readiness for change, the presence of the elderly health coordinator influences the number of AMDs performed and recorded in the PHC electronic medical records. **Methodology:** Two studies were conducted: the first assessed commitment and effectiveness for readiness for change in PHC units in São Carlos-SP, using the ORIC-BR instrument. The second analyzed the impact of the coordinator's presence on the execution and recording of AMDs through a community trial comparing the Control Group (CG) and the Intervention Group (IG). **Results:** The results indicated that only 8 of the 28 units that agreed to participate in the study showed readiness for change. The analysis of ORIC-BR responses revealed significant variations between managers and professionals, suggesting a misalignment in their perception of the organizational capacity to implement changes. In the community trial, it was observed that the units with a health coordinator recorded a significant increase in the number of AMDs performed and registered in the Citizen's Electronic Health Record (PEC). A statistically significant interaction was identified between the group and the assessment moment ($p < 0.001$), indicating that the IG showed a significant improvement in the post-intervention period compared to the pre-intervention period ($p < 0.001$), in addition to recording more AMDs than the CG in the post-intervention period ($p < 0.001$). **Conclusion:** The application of ORIC-BR proved to be a useful tool for diagnosing organizational readiness, assisting managers in identifying units more prepared for the implementation of new practices. Additionally, the presence of the elderly health coordinator proved to be a viable strategy to strengthen AMD in PHC, promoting greater integration among professionals and enhancing the effectiveness of assessments. It is concluded that the articulation between different levels of care and the training of teams are key determinants for the success of AMD and, consequently, for improving elderly care services.

Keywords: Primary Health Care; Public Health Policy; Multidimensional Assessment of the Elderly; Organizational Management; Elderly Care Network.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 - Fluxograma geral de implementação do estudo	51
Figura 2 - Médias e desvio-padrão dos registros pós-intervenção por unidade do GI	56
Gráfico 1 - Registros de Avaliações Multidimensionais da Saúde (AMD) no PEC do município de São Carlos-SP por período	56
Gráfico 2 - Avaliações realizadas e registradas por unidade no PEC por unidade do GI	57

LISTA DE TABELAS

Estudo 1:

Tabela 1 - Distribuição de Eficácia e Comprometimento por Unidade de Saúde (Gestores e Profissionais)	30
Tabela 2 - Distribuição de Eficácia por Unidade de Saúde (Gestores)	31
Tabela 3 - Distribuição de Eficácia por Unidade de Saúde (Profissionais)	32
Tabela 4 - Frequência de Respostas para Comprometimento nas Unidades de Saúde (Gestores)	33
Tabela 5 - Frequência de Respostas para Comprometimento nas Unidades de Saúde (Profissionais)	34

Estudo 2:

Tabela 1 - Dados socioeconômicos sobre os usuários do Grupo Intervenção (GI) (n=4)	55
Tabela 2 - Efeito do apoiador institucional de saúde da pessoa idosa no registro de AMD no GC e GI pré e pós intervenção	56

LISTA DE SIGLAS

AMD - Avaliação Multidimensional de Saúde da Pessoa Idosa

APS - Atenção Primária à Saúde

GC - Grupo Controle

GI - Grupo Intervenção

GRACE - Geriatric Risk Assessment and Care Evaluation

ICSAP - Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária

MAI-PSI - Modelo de Atenção Integral à Saúde da Pessoa Idosa

OMS - Organização Mundial de Saúde

OPAS - Organização Pan-Americana da Saúde

ONU - Organização das Nações Unidas

PNAB - Política Nacional de Atenção Básica

PNSPI - Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa

PSF - Programa Saúde da Família

PTS - Projeto Terapêutico Singular

RAS - Rede de Atenção à Saúde

SUS - Sistema Único de Saúde

UBS - Unidade Básica de Saúde

USF - Unidade de Saúde da Família

LISTA DE SÍMBOLOS

%	Porcentagem
$\pm$	Desvio padrão
$\geq$	Maior ou igual
$<$	Menor
n	Tamanho da amostra
p	Valor de p

SUMÁRIO

1. REVISÃO BIBLIOGRÁFICA	14
Envelhecimento e Atenção Primária à Saúde (APS)	14
Avaliação Multidimensional de Saúde da Pessoa Idosa (AMD)	16
Políticas públicas e diretrizes para a saúde da pessoa idosa	18
Desafios e barreiras na implementação da AMD na APS	20
Impacto da articulação entre diferentes níveis de atenção à saúde	21
2. OBJETIVO	23
3. ESTUDO 1	24
Resumo	24
Abstract	24
Resumen	25
Introdução	25
Metodologia	27
Resultados	29
Discussão	35
Conclusão	40
Referências	41
4. ESTUDO 2	44
Resumo	44
Abstract	44
Resumen	45
Introdução	45
Metodologia	48
Resultados	53
Discussão	57
Conclusão	61
Referências	62
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS	67
6. REFERÊNCIAS GERAIS	68
7. APÊNDICES	71
APÊNDICE A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	71
APÊNDICE B - Formulário de Diário de Equipe	73
APÊNDICE C - Questionário de Satisfação	74
8. ANEXOS	77
ANEXO A - Aprovação no comitê de ética em pesquisa da UFSCar	77
ANEXO B - ORIC-Br	85
ANEXO C - AMPI-AB	86

1. REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

Envelhecimento e Atenção Primária à Saúde (APS)

O envelhecimento populacional é um fenômeno mundial que se dá pela redução do índice de natalidade e o aumento da expectativa de vida, o que faz com que haja uma inversão da pirâmide etária (OMS, 2015). Dessa forma, os países começam a apresentar uma população envelhecida, na qual há aumento de doenças crônicas degenerativas que se não tratadas adequadamente com ações de promoção, prevenção e reabilitação, podem causar danos à funcionalidade, autonomia e qualidade de vida da pessoa idosa (Moraes, 2018). Além de promover mudanças na pessoa idosa, o envelhecimento populacional também impõe desafios significativos aos sistemas de saúde. Visto que o aumento das despesas com serviços de saúde entre as pessoas idosas está associado à incidência e prevalência de doenças crônicas degenerativas. Além disso, a taxa de internação e os custos de internação são maiores na população idosa em comparação com a população mais jovem (Souza et al., 2017).

A APS destaca-se como a porta de entrada preferencial para o sistema de saúde, sendo responsável por coordenar o cuidado integral e contínuo dos indivíduos, incluindo a população idosa. Possui um papel crucial na promoção da saúde, prevenção de doenças e manejo de condições crônicas, aspectos fundamentais para garantir a qualidade de vida da pessoa idosa. Estudos indicam que uma APS bem estruturada contribui para a redução da mortalidade e hospitalizações evitáveis entre pessoas idosas (Gonçalves, 2013), sendo as internações por condições sensíveis à atenção primária (ICSAP) um dos maiores indicadores de custos evitáveis são. Assim, o atendimento na atenção primária de maneira resolutiva evita a sobrecarga e melhora o manejo desses recursos financeiros para condições médicas (Viacava et al., 2022).

Neste contexto, a elevação das doenças crônicas implica na necessidade de adequação e criação de políticas de saúde e sociais, principalmente aquelas voltadas a atender às crescentes demandas nas áreas de saúde, previdência e assistência social (Moraes, 2018). A APS é a porta de entrada da Rede de Atenção à Saúde (RAS), organizadora e coordenadora

da atenção à saúde, possibilitando serviços mais acessíveis, equitativos e direcionados às necessidades da população. A estratégia para esse nível de atenção é focar nas questões de saúde nas fases iniciais e integrar o cuidado e a recuperação ao ambiente social em que o indivíduo vive. Assim, a APS pode atender às necessidades de saúde de aproximadamente 85% da população, evitando complicações que podem causar à hospitalização (Souza et al., 2017).

A oferta de serviços de saúde está fragmentada e com o aumento das doenças e condições crônicas entre a população idosa, os serviços de saúde pública, pelo aumento da demanda, acabam sobrecarregados tanto no atendimento, quanto nos gastos de recursos financeiros (Cabral et al., 2019; Oliveira et al., 2021). O Brasil, por sua vez, não se preparou para o envelhecimento populacional e os profissionais que estão inseridos no Sistema Único de Saúde (SUS) não possuem a qualificação necessária para atender esse público, além de haver uma falta de profissionais especializados em gerontologia e geriatria (Papaléo Netto, 2002).

Dessa forma, a APS deve adaptar-se para atender às necessidades específicas da pessoa idosa. Isso inclui a capacitação de profissionais para lidar com as particularidades dessa faixa etária, como a presença de múltiplas comorbidades, fragilidade e alterações cognitivas. A implementação de modelos de cuidado que integrem aspectos clínicos, funcionais e sociais é essencial para uma abordagem eficaz. A literatura aponta que a integração de equipes multiprofissionais na APS melhora os desfechos de saúde das pessoas idosas, promovendo um cuidado mais abrangente e centrado no paciente (Souza, 2022).

A proximidade da APS com a comunidade facilita a identificação precoce de problemas de saúde e a implementação de intervenções preventivas. Programas de visita domiciliar, por exemplo, permitem o monitoramento contínuo das condições de saúde das pessoas idosas, identificando riscos e promovendo ações que previnam complicações. Além disso, a APS desempenha um papel fundamental na educação em saúde, orientando as pessoas e seus familiares sobre hábitos saudáveis e manejo de doenças crônicas (Silva et al., 2021).

Entretanto, a APS enfrenta desafios na atenção à saúde da pessoa idosa, como a sobrecarga de trabalho das equipes, recursos limitados e a necessidade de atualização constante dos profissionais. A implementação de políticas públicas que fortaleçam a APS e

promovam a alocação adequada de recursos é fundamental para superar essas barreiras. Estudos sugerem que investimentos na infraestrutura deste nível de atenção e na capacitação das equipes resultam em melhorias significativas na qualidade do cuidado prestado às pessoas idosas (Almeida et al., 2018).

A articulação entre a APS e os demais níveis de atenção à saúde é essencial para garantir a continuidade do cuidado. A referência e contrarreferência eficazes entre a APS e os serviços especializados permitem um manejo mais adequado das condições de saúde das pessoas idosas, evitando a fragmentação do cuidado. A literatura destaca que a coordenação entre os diferentes níveis de atenção resulta em melhores desfechos clínicos e maior satisfação dos pacientes (Coelho et al., 2019).

Por fim, a APS é um componente vital na atenção à saúde da pessoa idosa, oferecendo um cuidado integral, contínuo e próximo da comunidade. Para atender às demandas do envelhecimento populacional, é necessário investir na capacitação das equipes, na integração de serviços e na implementação de modelos de cuidado que considerem as especificidades das pessoas idosas. A literatura evidencia que uma APS fortalecida contribui significativamente para a promoção da saúde e a melhoria da qualidade de vida das pessoas idosas (Brasil, 2018; Mendes, 2010).

Avaliação Multidimensional de Saúde da Pessoa Idosa (AMD)

A AMD é uma ferramenta de avaliação e monitoramento do estado de saúde dos idosos que visa identificar as múltiplas dimensões que influenciam a saúde, incluindo aspectos físicos, cognitivos, emocionais, sociais e ambientais e que pode ser utilizada por equipes de saúde, pessoas idosas, familiares e cuidadores. As informações fornecidas devem ser usadas para preencher a AMD e desenvolver o Projeto Terapêutico Singular (PTS). Este instrumento além de orientar o autocuidado, permite o registro e monitoramento de dados pessoais, sociais e familiares, estado de saúde e hábitos de vida e informações sobre a vulnerabilidade da pessoa idosa (Brasil 2019).

A AMD é composta por diversos componentes que avaliam diferentes aspectos da vida da pessoa idosa. A avaliação funcional, por exemplo, analisa a capacidade do indivíduo em realizar atividades da vida diária e instrumentais, identificando limitações que possam comprometer sua autonomia. A avaliação cognitiva busca detectar déficits de memória ou outras funções cognitivas que possam interferir na qualidade de vida. Aspectos emocionais,

como sintomas de depressão ou ansiedade, também são considerados, assim como fatores sociais, incluindo suporte familiar e condições de moradia (Brasil, 2006).

A implementação da AMD na APS tem se mostrado eficaz na identificação precoce de problemas de saúde e na prevenção de complicações. Estudos indicam que a aplicação sistemática da AMD na APS contribui para a detecção de condições que poderiam passar despercebidas em avaliações tradicionais, permitindo intervenções oportunas e direcionadas (Silva, 2022; Siqueira et al., 2023).

Os ambientes de cuidados primários devem adaptar-se e conformar-se às necessidades da pessoa idosa, garantindo cuidados de alta qualidade, acessíveis e centrados na pessoa, uma vez que o envelhecimento é heterogêneo e a natureza fragmentada dos cuidados a essa população podem exigir cuidados especializados. A falta de articulação de saúde da pessoa idosa sobrecarrega o sistema e tem impactos financeiros negativos em todos os níveis, sem benefícios significativos para a qualidade de vida das pessoas idosas. A promoção e educação para a saúde, a prevenção e o retardamento de doenças e enfermidades, a manutenção da independência e da autonomia são ações que devem ser fortalecidas, o planejamento eficaz e eficiente do cuidado à pessoa idosa deve estabelecer uma rede clara e articulada (OMS, 2015; Veras et al., 2016).

Dados de agosto de 2023 do Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS (SISAB) indicam que apenas 75.028 (setenta e cinco mil e vinte e oito) dos 2.988.553 (dois milhões novecentos e oitenta e oito mil quinhentos e cinquenta e três) pessoas idosas residentes do Estado de São Paulo tiveram sua AMD realizada e registrada no prontuário eletrônico do SUS. Este número corresponde a apenas 2,51% dessa população, sendo que no município de São Carlos o registro é de 0,10%. Neste contexto, se fazem necessárias estratégias que visem a adesão e aderência dos municípios a implementação e registro da AMD, objetivando uma atenção integral à saúde da pessoa idosa atendida, como por exemplo, o apoio institucional de saúde da pessoa idosa.

Dessa forma, a AMD é uma ferramenta valiosa na atenção à saúde da pessoa idosa, permitindo uma compreensão abrangente das necessidades individuais e orientando a equipe de saúde para intervenções mais eficazes. Sua implementação na APS requer investimentos em capacitação profissional e na adoção de instrumentos adequados, mas os benefícios

resultantes, como a melhoria da qualidade de vida das pessoas idosas e a prevenção de agravamentos, justificam amplamente esses esforços (Siqueira et al., 2023).

Políticas públicas e diretrizes para a saúde da pessoa idosa

O envelhecimento populacional no Brasil tem levado à formulação de diversas políticas públicas voltadas para a saúde da pessoa idosa. Dentre elas, a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI), instituída pela Portaria nº 2.528 de 2006, objetiva garantir os direitos das pessoas idosas a uma assistência digna e adequada, estabelecendo as diretrizes para a promoção do envelhecimento saudável, a manutenção da capacidade funcional e a garantia de atenção integral à saúde das pessoas idosas no SUS. Essa política enfatiza a importância da atenção integral e integrada, bem como a necessidade de capacitação dos profissionais de saúde para lidar com as especificidades dessa população (Brasil, 2006).

Para fortalecer a PNSPI e reduzir os obstáculos à sua plena implementação, o Ministério da Saúde formulou um documento técnico para gestores e profissionais de saúde que descreve a aplicabilidade das políticas nacionais nas atividades práticas dos profissionais que estão inseridos na APS, dentre esses: O Caderno de Atenção Básica: Envelhecimento e Saúde da Pessoa (2006), Guia de Cuidados Para a Pessoa Idosa (Brasil, 2023), Diretrizes Técnicas para Criação e Implementação de Linhas de Cuidado para a Atenção Integral à Saúde do Idoso nas Redes de Saúde (Brasil, 2018).

O “Caderno de Atenção Básica: Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa”, serve como guia para os profissionais da APS, oferecendo orientações sobre a organização dos serviços, estratégias de cuidado e instrumentos de avaliação, incluindo a AMD. A implementação dessas diretrizes visa assegurar um atendimento qualificado e humanizado às pessoas idosas, promovendo a autonomia e a independência funcional (Brasil, 2009).

Apesar de os esforços do Ministério da Saúde, a sensibilização das equipes da APS e o esclarecimento de como utilizar os resultados de AMD realizadas com as pessoas idosas diretamente na gestão de serviços e no fortalecimento da Rede de Atenção à Pessoa Idosa ainda é escassa, bem como, o conhecimento do documento de Orientações técnicas construção e a implementação de uma linha de cuidados para a atenção integral à saúde das pessoas idosas na RAS (Brasil, 2018).

No âmbito internacional, a Organização Mundial da Saúde (OMS) lançou a “Estratégia Global e Plano de Ação sobre Envelhecimento e Saúde” para o período de 2016 a 2020, com o objetivo de fortalecer as capacidades dos países em responder ao envelhecimento populacional. A estratégia destaca a necessidade de sistemas de saúde centrados na pessoa, integrados e que promovam o envelhecimento saudável. A OMS também introduziu o conceito de “Envelhecimento Ativo”, que enfatiza a otimização das oportunidades de saúde, participação e segurança para melhorar a qualidade de vida à medida que as pessoas envelhecem (Organização Mundial da Saúde, 2015).

Diante dos desafios associados ao aumento da esperança de vida em todo o mundo e à necessidade de reforçar as políticas existentes, a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) apresentou uma proposta para uma “Década de Envelhecimento Saudável 2021-2030”. Em Dezembro de 2020, a Assembleia Geral da Organização das Nações Unidas (ONU) reuniu esforços multissetoriais para melhorar a qualidade de vida das pessoas idosas, das suas famílias e das comunidades onde vivem. A OPAS apresentou 4 ações para praticar a década do envelhecimento saudável, sendo essas:

Mudar a forma como pensamos, sentimos e agimos com relação a idade e o envelhecimento; 2) Garantir que as comunidades promovam as capacidades das pessoas idosas; 3) Entregar serviços de cuidados integrados e de atenção primária à saúde centrados na pessoa e adequados à pessoa idosa; 4) Propiciar o acesso de cuidado a longo prazo às pessoas idosas que necessitem (OPAS, 2020).

A implementação dessas políticas enfrenta desafios significativos, como a desigualdade no acesso aos serviços de saúde, a fragmentação do cuidado e a falta de recursos adequados. Estudos apontam que, apesar das diretrizes estabelecidas, há uma lacuna entre a teoria e a prática, evidenciando a necessidade de estratégias eficazes de implementação e monitoramento. A participação ativa das pessoas idosas na formulação e avaliação das políticas é fundamental para garantir que as ações atendam às reais necessidades dessa população (Brasil, 2006; Susin, 2022).

A articulação entre as políticas de saúde e outras políticas setoriais, como assistência social, educação e habitação, é essencial para abordar de forma abrangente as necessidades das pessoas idosas. A integração intersetorial permite a criação de redes de apoio que

promovem o envelhecimento saudável e ativo, contribuindo para a melhoria da qualidade de vida das pessoas idosas. Experiências exitosas em diferentes municípios brasileiros demonstram que a implementação de políticas integradas resulta em benefícios significativos para a população idosa (Pereira, 2023).

Assim, as políticas públicas e diretrizes para a saúde da pessoa idosa no Brasil e no mundo buscam promover um envelhecimento saudável, garantindo atenção integral e integrada. A efetiva implementação dessas políticas requer a superação de desafios estruturais e a participação ativa das pessoas idosas e da sociedade em geral. A contínua avaliação e revisão das políticas são fundamentais para adaptá-las às mudanças demográficas e às necessidades emergentes da população idosa (Brasil, 2006; OMS, 2002).

Desafios e barreiras na implementação da AMD na APS

A APS é reconhecida como a porta de entrada preferencial para o sistema de saúde, sendo fundamental para a promoção da saúde e a prevenção de doenças, especialmente para a população idosa. No contexto brasileiro, busca proporcionar um cuidado integral e contínuo, sendo orientada pela Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), que destaca a importância de um atendimento resolutivo, com a inserção da família e da comunidade no processo de cuidado (Brasil, 2017). Com isso, a APS tem um papel chave na abordagem das necessidades de saúde das pessoas idosas, promovendo o envelhecimento saudável e a manutenção da funcionalidade. Dentro desse contexto, a AMD surge como um importante instrumento na prática da APS. A implementação dessa ferramenta é essencial para a realização de um cuidado integral e individualizado, considerando a complexidade das questões de saúde que acometem as pessoas idosas (Siqueira et al., 2023).

A implementação da AMD na APS enfrenta desafios, como a capacitação de profissionais de saúde e a integração de informações entre as diferentes áreas da saúde. A falta de treinamento adequado pode comprometer a qualidade da avaliação e, consequentemente, do cuidado oferecido. Além disso, é necessário garantir a continuidade do acompanhamento e o compartilhamento de informações entre os diferentes níveis de atenção à saúde, a fim de promover a integralidade do cuidado. A superação desses desafios depende do fortalecimento da formação dos profissionais e da organização dos serviços de saúde de forma a permitir uma abordagem interprofissional e integrada (Lima et al., 2018).

Além disso, o conceito de cuidado integral na APS envolve a coordenação entre diferentes serviços de saúde, como a atenção especializada e os serviços de apoio social. O modelo de cuidado integrado, que inclui a articulação com as políticas públicas de assistência social e saúde mental, tem se mostrado eficaz no manejo de situações complexas que envolvem pessoas idosas com múltiplas comorbidades. A integração desses serviços permite uma abordagem mais holística e efetiva das necessidades das pessoas idosas, favorecendo o envelhecimento com qualidade (Ciosak et al., 2011; Coelho et al., 2019).

Portanto, a implementação da AMD na APS é fundamental para garantir que os cuidados prestados às pessoas idosas sejam adequados às suas múltiplas necessidades. A utilização desse instrumento, aliada à formação adequada dos profissionais e ao envolvimento da família, favorece a construção de planos de cuidado mais eficazes e personalizados, promovendo o envelhecimento saudável e a melhoria da qualidade de vida das pessoas idosas (Siqueira et al., 2023).

Impacto da articulação entre diferentes níveis de atenção à saúde

A articulação entre diferentes níveis de atenção à saúde, especialmente entre a APS e os serviços de média e alta complexidade, é essencial para garantir a continuidade e a efetividade dos cuidados às pessoas idosas. A integração entre esses níveis de atenção pode resultar em um atendimento mais ágil e eficaz, promovendo um cuidado integral à pessoa idosa e diminuindo o número de internações hospitalares evitáveis. Quando bem implementada, essa articulação permite que os profissionais da APS atuem de forma coordenada com especialistas e hospitais, oferecendo um acompanhamento contínuo, o que é particularmente importante para pacientes idosos com múltiplas comorbidades (Chaves et al., 2024).

Um dos principais agentes facilitadores dessa integração é o apoiador institucional de saúde da pessoa idosa, cuja função é promover a conexão entre os diferentes serviços de saúde. Os apoiadores institucionais de saúde são responsáveis por coordenar o fluxo de informações e o encaminhamento adequado entre os níveis de atenção. A atuação desses profissionais tem sido fundamental para otimizar os recursos, reduzir a fragmentação do cuidado e garantir que as pessoas idosas tenham acesso contínuo ao tratamento necessário. No contexto da APS, o papel do apoiador é ainda mais relevante, pois ele assegura que as necessidades de saúde da população sejam atendidas de forma integral e eficaz, buscando

sempre a articulação entre os diversos serviços oferecidos pelo SUS (Brito et al., 2022; Souza et al., 2020).

A articulação de saúde da pessoa idosa é uma estratégia que visa fortalecer a integração entre os diferentes profissionais de saúde. O apoio matricial consiste em uma nova forma de produzir saúde, na qual duas ou mais equipes oferecem uma intervenção pedagógico-terapêutica em um processo de construção conjunta (Gonçalves, 2011). O objetivo desta proposta é conectar profissionais da equipe de saúde da família com especialistas, para que estes possam ser apoiados para discussões de casos e intervenções terapêuticas (Chiaverini, 2011).

Além disso, o apoiador institucional de saúde da pessoa idosa tem um papel fundamental na promoção do envelhecimento saudável e ativo, sendo o elo entre as pessoas idosas e os serviços de saúde e assistência social. Sua atuação está diretamente relacionada à implementação da PNSPI, que busca garantir a promoção da saúde, o cuidado integral e a independência funcional das pessoas idosas. O apoiador institucional de saúde da pessoa idosa também atua na formação de redes de apoio intersetoriais, envolvendo não apenas a saúde, mas também setores como assistência social, educação e habitação, para garantir que as necessidades dessa população sejam atendidas de forma ampla e eficaz (Oliveira et al., 2017). Dessa forma, o apoiador institucional de saúde visa facilitar o modo de trabalho na APS, desenvolvendo fluxos de trabalho, articulação entre os diferentes níveis de atenção, referências e contra referências, PTS, levantamento de indicadores de saúde e educação continuada a equipe das Unidade de Saúde da Família (USF) (Chiaverini, 2011).

A articulação eficiente entre os níveis de atenção, incluindo a participação ativa dos apoiadores institucionais de saúde e dos apoiadores institucionais de saúde da pessoa idosa, é essencial para garantir um cuidado de qualidade e para promover um envelhecimento saudável. Isso não apenas reduz a pressão sobre os serviços hospitalares, mas também assegura que as pessoas idosas recebam os cuidados preventivos e tratamentos adequados nas diferentes fases de sua vida. Com o fortalecimento da APS e a capacitação dos profissionais de saúde, é possível superar os desafios da articulação e melhorar a saúde e a qualidade de vida das pessoas idosas (Gonçalves et al., 2020).

Um desafio relevante enfrentado por pesquisadores na área é a escassez de referências científicas específicas sobre o papel do apoiador institucional, especialmente no contexto da

pessoa idosa. Embora exista uma literatura ampla sobre a APS e o cuidado à pessoa idosa, as publicações que tratam diretamente da figura do apoiador institucional de saúde e de suas funções interligando os serviços de saúde e assistenciais são limitadas, o que torna desafiador mensurar de maneira concreta o impacto dessa figura nas políticas de saúde e no cuidado integral da pessoa idosa.

2. OBJETIVO

O objetivo principal deste trabalho foi verificar se nas Unidades de Saúde que demonstraram prontidão para mudança, a presença do apoiador institucional de saúde da pessoa idosa influencia no número de AMD realizadas e registradas no prontuário eletrônico da APS.

Para isso, essa dissertação será apresentada em dois estudos:

- **Estudo 1** – *"Prontidão para Implementação de Mudanças na Atenção Primária à Saúde em São Carlos-SP: Avaliação pelo ORIC-BR"*, que avaliou o comprometimento e a eficácia de gestores e profissionais da APS na prontidão para mudanças voltadas à implementação da AMD.
- **Estudo 2** – *"Impacto do Apoiador Institucional de Saúde da Pessoa Idosa na APS: Realização e Registro de Avaliações Multidimensionais"*, um ensaio comunitário que analisou se uma intervenção de seis meses, conduzida por um apoiador institucional de saúde da pessoa idosa, influencia no número de AMD realizadas e registradas no Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC).

3. ESTUDO 1

Artigo submetido a Revista Ciência e Saúde Coletiva (15/01/2025).

Título: Prontidão para Implementação de Mudanças na Atenção Primária à Saúde em São Carlos-SP: Avaliação pelo ORIC-BR

Luana Rafaela Porcatti^{1,3}; Bianca Miguel Nóbrega Olmo^{2,3}; Mateus Barbosa Romão^{2,3}; Areta Dames Cachapuz Novaes^{1,3}; Isabela Thaís Machado de Jesus³; Verena de Vassimon-Barroso³; Karina Gramani-Say^{1,3}.

¹ Programa de Pós Graduação em Gerontologia da UFSCar

² Graduação em Gerontologia da UFSCar

³ Laboratório de Estudo da Dor e Funcionalidade no Envelhecimento - LADORFE UFSCar

Resumo

As equipes são fundamentais para implementar políticas públicas na Atenção Primária à Saúde (APS). Com o envelhecimento populacional, é essencial avaliar a prontidão para mudanças e projetos voltados à saúde do idoso. **Objetivo:** Avaliar a prontidão para mudanças, com foco no comprometimento e na eficácia de gestores e profissionais de saúde, para implementar a Avaliação Multidimensional da Pessoa Idosa (AMD) nas unidades de APS de São Carlos-SP. **Metodologia:** Estudo transversal descritivo utilizando o ORIC-BR (Organizational Readiness for Implementing Change Brazil) para medir a prontidão organizacional em Unidades Básicas de Saúde (UBS) e Unidades de Saúde da Família (USF). Comprometimento e eficácia foram analisados por escala Likert, com resultados apresentados por moda e frequência. **Resultados:** Das 28 unidades avaliadas, oito demonstraram prontidão para mudanças, com destaque para a UBS 1 e a USF 1, que obtiveram os maiores índices de comprometimento e eficácia. Diferenças entre gestores e profissionais indicaram desalinhamentos nas percepções. **Conclusão:** O ORIC-BR demonstrou eficácia para identificar lacunas e direcionar ações, promovendo alinhamento entre gestão e equipes.

Palavras-chave: Sistema Único de Saúde; Atenção Primária à Saúde; Gestão Organizacional; Avaliação Multidimensional da Pessoa Idosa; Equipe Multidisciplinar de Saúde.

Abstract

Teams are essential for implementing public policies in Primary Health Care (PHC). With population aging, it is crucial to assess readiness for change and projects aimed at elderly health. **Objective:** To evaluate readiness for change, focusing on the commitment and efficacy of health managers and professionals in implementing the Multidimensional Assessment of the Elderly (AMD) in PHC units in São Carlos-SP, Brazil. **Methodology:** Descriptive cross-sectional study using the ORIC-BR (Organizational Readiness for Implementing Change Brazil) to measure organizational readiness in Basic Health Units (UBS) and Family Health Units (USF). Commitment and efficacy were analyzed using a Likert scale, with results presented by mode and frequency. **Results:** Of the 28 units evaluated, eight demonstrated readiness for change, with UBS 1 and USF 1 standing out for

achieving the highest commitment and efficacy indices. Differences between managers and professionals indicated misalignments in perceptions. **Conclusion:** The ORIC-BR proved effective in identifying gaps and guiding actions, promoting alignment between management and teams.

Keywords: Unified Health System; Primary Health Care; Organizational Management; Multidimensional Assessment of the Elderly; Multidisciplinary Health Team.

Resumen

Los equipos son fundamentales para implementar políticas públicas en la Atención Primaria de Salud (APS). Con el envejecimiento poblacional, es esencial evaluar la preparación para el cambio y los proyectos dirigidos a la salud de las personas mayores. **Objetivo:** Evaluar la preparación para el cambio, enfocándose en el compromiso y la eficacia de los gestores y profesionales de salud para implementar la Evaluación Multidimensional de la Persona Mayor (AMD) en las unidades de APS de São Carlos-SP, Brasil. **Metodología:** Estudio descriptivo transversal utilizando el ORIC-BR (Organizational Readiness for Implementing Change Brazil) para medir la preparación organizacional en Unidades Básicas de Salud (UBS) y Unidades de Salud de la Familia (USF). El compromiso y la eficacia se analizaron mediante una escala Likert, con resultados presentados por moda y frecuencia. **Resultados:** De las 28 unidades evaluadas, ocho demostraron preparación para el cambio, destacándose la UBS 1 y la USF1, que obtuvieron los mayores índices de compromiso y eficacia. Las diferencias entre gestores y profesionales indicaron desalineaciones en las percepciones. **Conclusión:** El ORIC-BR demostró ser eficaz para identificar brechas y orientar acciones, promoviendo la alineación entre la gestión y los equipos.

Palabras clave: Sistema Único de Salud; Atención Primaria de Salud; Gestión Organizacional; Evaluación Multidimensional de la Persona Mayor; Equipo de Salud Multidisciplinario.

Introdução

O sistema público de saúde do Brasil, desde sua consolidação em 1990, foi marcado por muitas mudanças. Para uma organização de cunho popular e universal, se faz necessário constantes mudanças tanto administrativas, quanto políticas, uma vez que ainda acontece transições na epidemiologia e demografia populacional. Assim, os serviços necessitam periodicamente se adequar para atender ao surgimento de demandas específicas ^{1,2}. Além disso, os serviços públicos de saúde estruturam suas ações para seguir os princípios da universalidade, equidade e integralidade, por meio de práticas de prevenção, promoção e reabilitação da saúde ³.

Posto que a APS tem um papel multifacetado na rede, é importante acompanhar a qualidade do serviço ofertado e propor mudanças quando necessário, a fim de alcançar serviços eficientes à sociedade ^{4, 5}.

Embora a literatura recente destaque a dificuldade geral das equipes de saúde com inovações e a sua necessidade constante de qualificação, uma vez que estes profissionais são essenciais para o sucesso de quaisquer novos projetos, é imprescindível que estejam preparados para receber as mudanças para a implementação bem sucedida destas políticas ^{6, 7, 8, 9}.

A Ciência da Implementação é justamente a ferramenta resultante desta necessidade que, por meio de métodos como testes e feedbacks, consegue prever e compreender os fatores relacionados à aceitação destas mudanças pelas equipes de trabalho ⁶.

Considerando o momento de transição epidemiológica e o envelhecimento acelerado da população brasileira, verificar a prontidão para mudança das equipes, quando relacionada à melhora da qualidade do serviço ofertada às pessoas idosas, é extremamente importante, ainda mais, quando se propõe a utilização de uma ferramenta como a Avaliação Multidimensional da Pessoa Idosa, que, quando bem analisado os dados pelos gestores, têm potencial para otimizar os processos, o planejamento da rede de atenção e portanto, oferecer um atendimento mais efetivo ^{10, 11}.

Dessa forma, este estudo tem como objetivo avaliar a prontidão para mudanças com foco no comprometimento e a eficácia de gestores e profissionais de saúde na implementação da Avaliação Multidimensional da Pessoa Idosa (AMD) nas unidades de APS de São Carlos-SP.

Metodologia

Trata-se de um estudo transversal descritivo que teve como público-alvo os gestores e profissionais de saúde das unidades de saúde da APS do município de São Carlos. Este estudo está aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da Universidade Federal de São Carlos (CAAE: 777704254.3.0000.5504 - Parecer: 6.831.170 - ANEXO A) e seguiu as recomendações da resolução 462/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS).

O município de São Carlos foi escolhido por conveniência por se tratar da sede da Universidade Federal de São Carlos (UFSCar) onde está inserido o departamento de Gerontologia do qual os pesquisadores desse estudo são membros. Este município possui uma população em progresso de envelhecimento (índice de envelhecimento [IE] $\geq 80\%$), e o indicador de registro da AMD situado abaixo da média nacional que é de 1,48%. Além disso, embora o município tenha aderido ao Projeto DgeroBrasil¹⁰ e à Estratégia Brasil Amigo do Idoso (EBAPI)¹², não realizou nenhuma das ações propostas por estes e possui apenas 0,10% de idosos avaliados pela AMD e com registro no Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC).

As variáveis comprometimento e a eficácia foram avaliadas a partir do ORIC-Br (Organizational Readiness for Implementing Change Brazil - ANEXO B). Neste estudo o ORIC-BR foi utilizado para medir dois principais construtos: o comprometimento, que reflete o engajamento, a disposição e o entusiasmo dos participantes para apoiar e implementar mudanças organizacionais; e a eficácia, que representa a confiança dos profissionais e gestores na capacidade da organização em realizar mudanças com sucesso. Foi validado e traduzido para o português por Bonfim et al¹³, e é composto por 11 questões. Utiliza de uma escala Likert de 5 pontos, sendo 1= discordo totalmente e 5= concordo totalmente. Sua pontuação é agrupada em dois fatores, sendo estes, comprometimento e eficácia organizacional. Dessa forma, as questões 2, 4, 6, 7, 9 e 11 analisam a eficácia enquanto as

questões 1, 3, 5, 7, 8, 10 analisam comprometimento. Como nota de corte, considera-se que pelo menos 50% dos atores envolvidos na implementação respondam 4 ou 5 em cada uma das questões (gestor e profissional).

Em um primeiro momento foi realizado contato com a Secretaria Municipal de Saúde do município de São Carlos para apresentação da proposta e aceite de participação. Após o termo de aceite preenchido, a secretária municipal realizou o primeiro contato com as 34 unidades de saúde de quatro núcleos do município para articular o desenvolvimento do projeto e aplicação do ORIC-Br na equipe da Unidade Básica de Saúde (UBS) e da Unidade de Saúde da Família (USF), destas 28 aceitaram participar do estudo.

Aquelas Unidades de Saúde que indicaram prontidão para mudança, assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido (APÊNDICE A) e estiveram de acordo com os critérios de inclusão foram incluídas neste projeto.

Após a análise, foi identificado que apenas oito unidades apresentaram prontidão para mudança, sendo três Unidades Básicas de Saúde (UBS 1, UBS 2 e UBS 3) e cinco Unidades de Saúde da Família (USF 1, USF 2, USF 3, USF 4 e USF 5). Dessa forma, somente os gestores e profissionais de saúde das oito unidades com prontidão à mudança compuseram a amostra do presente estudo.

Os dados coletados foram analisados por meio do software Jamovi (versão 2.4.11) e foram apresentados pela moda, a fim de se verificar qual a resposta foi mais observada entre os respondentes. Os dados também estão demonstrados pela porcentagem de frequência das respostas de gestores e profissionais em cada unidade de saúde, com o objetivo de compará-las.

Resultados

Os resultados demonstraram que as oito unidades selecionadas apresentaram prontidão organizacional para mudanças, com variações nos indicadores de comprometimento e eficácia entre gestores e profissionais.

A Tabela 1 evidencia diferenças significativas na percepção de eficácia entre gestores e profissionais das unidades analisadas, destacando o impacto dessas variações na prontidão organizacional para mudanças. Enquanto respostas iguais ou superiores a 4 indicam prontidão para mudanças, aquelas abaixo de 4 refletem ausência dessa prontidão.

De modo geral, os gestores demonstraram uma visão mais positiva, com maior concentração de respostas nas pontuações 4 e 5, indicando confiança na capacidade organizacional para implementar mudanças. Essa percepção pode estar associada ao papel estratégico que ocupam e à proximidade com os processos de planejamento e tomada de decisão.

Por outro lado, os profissionais apresentaram maior dispersão nas respostas, com uma parcela considerável apontando pontuações abaixo de 4. Esse cenário sugere que os profissionais percebem com mais intensidade desafios operacionais e estruturais que podem dificultar as mudanças propostas.

Um exemplo notável é a USF 5, onde as respostas dos profissionais foram predominantemente abaixo de 4, refletindo maior resistência, descrença ou maiores desafios constantemente enfrentados pelas equipes. Em contraste, unidades como UBS 1 e USF 2 apresentaram alinhamento mais forte entre gestores e profissionais, com respostas concentradas nas pontuações 4 e 5, demonstrando maior prontidão organizacional e alinhamento entre a gestão e profissionais da unidade. Essas diferenças ressaltam a

importância de estratégias voltadas para alinhar as percepções e expectativas entre os grupos, fortalecendo o diálogo e comunicação entre os profissionais e gestores.

Os dados apresentados na Tabela 1 indicam que a eficácia foi mais evidente entre os gestores da UBS 1, na qual a moda foi 5, sugerindo que a maioria concorda totalmente com a capacidade da organização de implementar mudanças. Isso reflete uma confiança absoluta na habilidade da unidade em realizar as mudanças propostas. Outras unidades, como USF 3 e USF 4, alcançaram a moda 4, indicando que concordam, mas não totalmente.

Ademais, a tabela 1 fornece uma visão abrangente do comprometimento entre gestores e profissionais, destacando os resultados de moda para cada unidade. Enfatizando como as Unidades de Saúde demonstram forte engajamento, com total comprometimento dos respondentes.

Assim, os gestores das unidades USF 4, UBS 1 e USF 2 apresentaram os maiores níveis de comprometimento, com moda de 5,0. Isso reflete que a totalidade dos gestores dessas unidades está completamente comprometida com a mudança organizacional. Por outro lado, a UBS 3 apresentou menor pontuação, com moda de 3,0, sugerindo um nível mais moderado de comprometimento, indicando resistência ou falta de envolvimento com os processos de mudança.

1- Tabela 1: Distribuição de Eficácia e Comprometimento por Unidade de Saúde (Gestores e Profissionais)
Estatística Descritiva

Unidade de Saúde	Moda			
	Eficácia - Gestores	Eficácia - Profissionais	Comprometimento - Gestores	Comprometimento - Profissionais
USF 4	4.00	4.00	5.00	5.00
UBS 1	5.00	5.00	5.00	5.00
UBS 3	3.00	4.00	3.00	4.00
USF 3	4.00 ^a	3.00	4.00	3.00
UBS 2	4.00	4.00 ^a	4.00	5.00

USF 5	4.00	2.00 ^a	4.00	3.00
USF 1	4.00	4.00	4.00	5.00
USF 2	5.00	4.00	5.00	4.00

^a Existe mais de uma moda, apenas a primeira é apresentada

A Tabela 2, focada exclusivamente nas respostas dos gestores, demonstra a porcentagem de respostas no quesito eficácia do questionário ORIC-Br. Os resultados reforçaram a UBS 1 e a USF 2 como as unidades com maior concordância total entre os respondentes, refletida pela porcentagem de 12,5% na moda 5. As unidades UBS 2, USF 1 e USF 5 apresentaram 12,5% de concordância exclusivamente na moda 4. Por outro lado, a USF 3 destacou-se com uma distribuição equilibrada entre moda 4 e moda 5, ambas com 6,3%, superando, portanto, as unidades que pontuaram apenas na moda 4, mesmo que tenha apresentado algumas variações nas respostas.

2- Tabela 2: Distribuição de Eficácia por Unidade de Saúde (Gestores)

Eficácia - Gestores	Unidade de Saúde	Contagens	% do Total
3	UBS 2	0	0.0 %
	USF 2	0	0.0 %
	USF 1	0	0.0 %
	USF 5	0	0.0 %
	USF 3	0	0.0 %
	UBS 3	6	12.5 %
	UBS 1	0	0.0 %
	USF 4	0	0.0 %
4	UBS 2	6	12.5 %
	USF 2	0	0.0 %
	USF 1	6	12.5 %
	USF 5	6	12.5 %
	USF 3	3	6.3 %
	UBS 3	0	0.0 %
	UBS 1	0	0.0 %
	USF 4	4	8.3 %
5	UBS 2	0	0.0 %
	USF 2	6	12.5 %
	USF 1	0	0.0 %
	USF 5	0	0.0 %
	USF 3	3	6.3 %

UBS 3	0	0.0 %
UBS 1	6	12.5 %
USF 4	2	4.2 %

Entre os profissionais (tabela 3), a eficácia também foi destacada na UBS 1, com 12,5% (moda 5). Já nas unidades UFS 2 e USF 1 10,4% relataram respostas com pontuação 4 (moda 4), indicando que os profissionais dessas unidades estão totalmente convencidos da capacidade da organização de implementar mudanças.

3- Tabela 3: Distribuição de Eficácia por Unidade de Saúde (Profissionais)

Eficácia - Profissionais	Unidade de Saúde	Contagens	% do Total
2	UBS 2	0	0.0 %
	USF 2	0	0.0 %
	USF 1	0	0.0 %
	USF 5	2	4.2 %
	USF 3	0	0.0 %
	UBS 3	0	0.0 %
	UBS 1	0	0.0 %
	USF 4	0	0.0 %
3	UBS 2	0	0.0 %
	USF 2	0	0.0 %
	USF 1	1	2.1 %
	USF 5	2	4.2 %
	USF 3	3	6.3 %
	UBS 3	0	0.0 %
	UBS 1	0	0.0 %
	USF 4	0	0.0 %
4	UBS 2	3	6.3 %
	USF 2	5	10.4 %
	USF 1	5	10.4 %
	USF 5	2	4.2 %
	USF 3	1	2.1 %
	UBS 3	4	8.3 %
	UBS 1	0	0.0 %
	USF 4	4	8.3 %
5	UBS 2	3	6.3 %
	USF 2	1	2.1 %
	USF 1	0	0.0 %
	USF 5	0	0.0 %
	USF 3	2	4.2 %
	UBS 3	2	4.2 %

UBS 1	6	12.5 %
USF 4	2	4.2 %

Ademais, as distribuições de frequência, apresentadas na Tabela 4 (gestores) e Tabela 5 (profissionais), mostram a porcentagem de respostas atribuídas a cada pontuação da escala Likert (1 a 5). Na UBS 1, 12,5% das respostas para itens de eficácia e comprometimento indicaram total concordância (5). Na USF 1, a mesma proporção foi atribuída à pontuação máxima (5) em ambos os indicadores. Em contraste, na USF 5, as respostas concentraram-se nas faixas mais baixas (2 e 3), refletindo uma resistência mais significativa à mudança.

A Tabela 4 detalha o comprometimento entre gestores, evidenciando que, enquanto as unidades UBS 1 e USF 2 apresentaram maiores porcentagens (5), ambas 12,5%, na unidade UBS 3 12,5% apresentam um menor engajamento (3) nessa variável.

4- Tabela 4: Frequência de Respostas para Comprometimento nas Unidades de Saúde (Gestores)

Comprometimento - Gestores	Unidade de Saúde	Contagens	% do Total
3	USF 4	0	0.0 %
	UBS 1	0	0.0 %
	UBS 3	5	12.5 %
	USF 3	0	0.0 %
	UBS 2	1	2.5 %
	USF 5	0	0.0 %
	USF 1	0	0.0 %
	USF 2	0	0.0 %
4	USF 4	1	2.5 %
	UBS 1	0	0.0 %
	UBS 3	0	0.0 %
	USF 3	5	12.5 %
	UBS 2	4	10.0 %
	USF 5	4	10.0 %
	USF 1	5	12.5 %
	USF 2	0	0.0 %
5	USF 4	4	10.0 %
	UBS 1	5	12.5 %
	UBS 3	0	0.0 %
	USF 3	0	0.0 %
	UBS 2	0	0.0 %
	USF 5	1	2.5 %

USF 1	0	0.0 %
USF 2	5	12.5 %

Por fim, a tabela 5 explora o comprometimento entre profissionais, confirmando a moda com pontuações mais altas (5) na UBS 1 e USF 1 que se sobressaíram nos índices de comprometimento. A USF 5 apresentou um comprometimento mais baixo, podendo indicar resistência significativa à mudança. A maior dispersão nas respostas foi registrada na USF 3, sugerindo variações nas opiniões sobre a mudança organizacional.

5- Tabela 5: Frequência de Respostas para Comprometimento nas Unidades de Saúde (Profissionais)

Comprometimento - Profissionais	Unidade de Saúde	Contagens	% do Total
2	USF 4	0	0.0 %
	UBS 1	0	0.0 %
	UBS 3	0	0.0 %
	USF 3	1	2.5 %
	UBS 2	0	0.0 %
	USF 5	1	2.5 %
	USF 1	0	0.0 %
	USF 2	0	0.0 %
3	USF 4	0	0.0 %
	UBS 1	0	0.0 %
	UBS 3	0	0.0 %
	USF 3	2	5.0 %
	UBS 2	0	0.0 %
	USF 5	4	10.0 %
	USF 1	0	0.0 %
	USF 2	0	0.0 %
4	USF 4	2	5.0 %
	UBS 1	0	0.0 %
	UBS 3	4	10.0 %
	USF 3	2	5.0 %
	UBS 2	1	2.5 %
	USF 5	0	0.0 %
	USF 1	0	0.0 %
	USF 2	4	10.0 %
5	USF 4	3	7.5 %
	UBS 1	5	12.5 %
	UBS 3	1	2.5 %
	USF 3	0	0.0 %
	UBS 2	4	10.0 %

USF 5	0	0.0 %
USF 1	5	12.5 %
USF 2	1	2.5 %

Os resultados destacam que as oito unidades incluídas, apresentaram condições organizacionais favoráveis à implementação de mudanças, com destaque para UBS 1 e USF 1, que se destacaram nos dois indicadores avaliados. A USF 5, por outro lado, apresentou desafios significativos, indicando a necessidade de estratégias direcionadas para ampliar a prontidão para mudança nesse contexto.

Discussão

O estudo revelou que apenas 8 das 28 unidades de Atenção Primária à Saúde (APS) de São Carlos-SP avaliadas apresentaram níveis significativos de prontidão organizacional para mudanças. Esse dado reflete desafios estruturais e organizacionais persistentes no sistema de saúde municipal, além da percepção variável de comprometimento e eficácia entre gestores e profissionais que atuam no mesmo contexto.

A utilização do ORIC-BR possibilitou uma análise detalhada dos componentes de comprometimento e eficácia organizacional, demonstrando como esses fatores impactam diretamente a prontidão para mudanças ¹³ e nas iniciativas de implementação de novos processos de trabalho. As unidades com os maiores escores destacaram-se pelo engajamento e confiança na implementação de mudanças, embora tenha sido observada disparidade de percepções entre os participantes avaliados.

As unidades UBS 1 e USF 1 registraram predominância de pontuações máximas (5), refletindo um cenário de confiança elevada na capacidade organizacional e um engajamento consolidado das equipes. Esses resultados podem ser atribuídos a elementos como liderança eficaz, comunicação objetiva sobre os objetivos das mudanças e suporte institucional

adequado, corroborando achados da literatura que associam esses fatores a um maior nível de prontidão organizacional ^{14, 15}.

Por outro lado, a USF 5 apresentou os menores escores médios, com maior concentração de respostas entre as faixas 2 e 3 na escala Likert. Esses achados sugerem uma percepção de resistência ou descrença na capacidade da unidade de implementar mudanças, bem como um menor envolvimento das equipes com as iniciativas propostas. Tais resultados encontram respaldo em estudos que indicam a ausência de recursos físico, tecnológico e humano, falhas na liderança e comunicação deficiente como barreiras organizacionais recorrentes ^{16, 17}. Alguns exemplos de barreiras, como alta rotatividade, pouco incentivo para a progressão salarial e profissional alinhado às baixas condições de trabalho, tipo de vínculo trabalhista e envolvimento dos profissionais na transformação do modelo de atenção, justificado por formação incipiente, podem repercutir negativamente na força de trabalho das equipes de saúde da APS ^{16, 17}.

Os dados evidenciaram ainda variações importantes entre os indicadores de comprometimento e eficácia. Algumas unidades demonstraram altos índices de comprometimento, porém menor percepção quanto à eficácia organizacional para implementar mudanças. Esse desalinhamento pode indicar que, embora os profissionais compreendam e valorizem os objetivos propostos, persistem dúvidas quanto à viabilidade operacional das mudanças que emergem à rigidez, divergência e conflito ¹⁸.

Estudos prévios ressaltam que liderança efetiva, capacitação contínua e suporte institucional são fatores determinantes para o sucesso de processos de mudança organizacional ¹⁹. Neste sentido, as unidades com maior nível de prontidão possivelmente se beneficiaram de práticas de gestão e da cultura organizacional, o que direcionou o estilo do

gerenciamento, voltadas ao engajamento e à motivação das equipes que influenciou na mudança organizacional ²⁰.

Uma discrepância importante foi observada entre gestores e profissionais de saúde. Enquanto os gestores apresentaram percepções mais positivas quanto à prontidão organizacional, os profissionais demonstraram uma visão mais crítica. Essa divergência pode ser reflexo de percepções distintas do ambiente de trabalho e dos desafios cotidianos enfrentados pelas equipes, evidenciando a necessidade de estratégias para alinhar expectativas como: fortalecer o diálogo e articular a relação entre saúde, ambiente e processo de trabalho independente dos níveis hierárquicos de formação ²¹.

Como porta de entrada prioritária do sistema de saúde, a Atenção Primária à Saúde desempenha papel estratégico na promoção da saúde e na prevenção de agravos ²². Neste contexto, avaliar a prontidão organizacional das unidades torna-se essencial para que os processos de mudança ocorram de maneira estruturada, eficiente e equitativa. Identificar e direcionar suporte às unidades com maior resistência pode contribuir para a qualificação da rede de APS, melhoria do acesso, da qualidade dos serviços e da tomada de decisão prestados à população.

O contexto local das unidades avaliadas, incluindo características socioeconômicas e regionais, pode ter influenciado os resultados do estudo. A variabilidade entre as unidades evidencia a importância de estratégias adaptadas às realidades locais, permitindo intervenções mais assertivas e sustentáveis no longo prazo. Oliveira e colaboradores ²³ avaliaram junto a gestores, prestadores de serviços e profissionais de saúde do SUS, quais as barreiras referentes a diferentes dimensões poderiam influenciar o acesso ao serviço de saúde. Apesar deste estudo ter sido desenvolvido em um contexto de macrorregiões do país, foi observado que barreiras referentes à disponibilidade como por exemplo a insuficiência de médicos, o

tempo de espera prolongado e problemas relativos à integração da equipe, bem como barreiras de acessibilidade, podem dificultar o acesso dos usuários aos serviços de saúde, corroborando os achados do presente estudo ²³.

Diante dos desafios identificados, torna-se fundamental o engajamento conjunto de gestores, profissionais e lideranças políticas. O fortalecimento da colaboração entre esses atores pode facilitar a superação das barreiras organizacionais, promovendo uma cultura de mudança mais integrada e participativa. Além disso, investir no desenvolvimento de equipes multidisciplinares e em educação permanente representa uma estratégia eficaz para ampliar a prontidão organizacional e promover um ambiente mais favorável à implementação de mudanças ^{24, 25}.

A literatura aponta insuficiência de processos formativos para a gestão organizacional na atenção básica como o desenvolvimento de habilidades de liderança, comunicação, planejamento, conhecimento, e capacidade de motivação. Assim sendo, a ausência de tais habilidades poderá comprometer o andamento do processo de trabalho na unidade de saúde ²⁶. Fica evidente que a formação continuada, seja por meio da educação permanente ou telessaúde, é uma importante ferramenta para qualificação da gestão e que sejam pautadas nos pressupostos da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS). Por sua vez, os gestores assumem a responsabilidade de organização e coordenação dos trabalhos pelas equipes de saúde, atividades preconizadas pela Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) ^{27, 22}.

Para assegurar a sustentabilidade das mudanças organizacionais, as unidades de APS devem contar com suporte contínuo, recursos adequados e processos de monitoramento efetivos. Para tanto, há uma exigência de análise do modelo de gestão e características

organizacionais que causam impactos na cultura e no comportamento de todos os atores envolvidos ²⁸.

Os resultados deste estudo evidenciam que, ao identificar lacunas e potencialidades, os gestores podem implementar planos de ação direcionados, favorecendo a transformação estrutural e cultural das unidades e a promoção de uma APS mais resolutiva e equitativa. A avaliação que foi realizada oferece um panorama importante sobre a prontidão organizacional das unidades de APS de São Carlos-SP.

A aplicação do ORIC-BR mostrou-se uma ferramenta valiosa para subsidiar intervenções efetivas e reforçar políticas públicas voltadas à capacitação, ao engajamento e à mobilização das equipes. Além disso, em se tratando de saúde pública, permite aos governos de cada esfera identificar previamente o quanto uma teoria pode se tornar de fato uma prática, visto que isso depende da prontidão para mudança dos envolvidos, que pode ser avaliada pelo ORIC-Br.

Investir em estratégias específicas para as unidades com desempenho mais baixo, como capacitação técnica, fortalecimento da liderança e comunicação interna, pode reduzir resistências e consolidar a confiança na eficácia das mudanças propostas. Por fim, os resultados reforçam a relevância de políticas públicas que criem ambientes organizacionais para mudanças estruturais, priorizando o fortalecimento do SUS e a promoção de equidade no atendimento à população, e demonstra a importância do papel do gestor no envolvimento e liderança de processos de trabalhos novos como a implementação da AMD para fortalecimento da PNSPI na rede de atenção.

Embora o estudo tenha gerado resultados relevantes, algumas limitações devem ser consideradas. Primeiramente, apenas um gestor e um profissional por unidade foram

incluídos, limitando a representação das percepções coletivas das equipes. Ademais, o delineamento transversal limita a análise das mudanças ao longo do tempo. Estudos futuros poderiam adotar um delineamento longitudinal para monitorar a evolução da prontidão organizacional após intervenções direcionadas.

Conclusão

A importância deste estudo está na aplicação prática do ORIC-BR como ferramenta de diagnóstico da prontidão organizacional, fator determinante para o êxito na implementação de mudanças em sistemas de saúde. A identificação de unidades com alto potencial de engajamento e daquelas que apresentam maiores desafios oferece subsídios estratégicos para gestores e planejadores da saúde pública, permitindo a formulação de intervenções assertivas e direcionadas.

No contexto da Atenção Primária à Saúde (APS), que atua como eixo organizador do sistema de saúde e garante o acesso universal e equitativo, essa avaliação se mostra especialmente relevante. Os resultados evidenciaram variações na prontidão organizacional entre as unidades de APS do município de São Carlos-SP, destacando a importância de identificar tais diferenças para o desenvolvimento de estratégias que atendam às realidades locais. Isso contribui para que as mudanças sejam implementadas de forma eficiente e sustentável.

Dessa forma, o estudo reforça a necessidade de avaliar a prontidão organizacional como etapa estratégica da gestão no planejamento de ações voltadas ao fortalecimento dos sistemas de saúde. Ao reconhecer as unidades que estão preparadas para liderar processos de transformação e aquelas que demandam maior suporte, torna-se possível estruturar uma atenção à saúde eficiente, equitativa e alinhada às reais necessidades da população.

Referências

- 1- Schramm JMA, Oliveira AF, Leite IC, Valente JG, Gadelha AMJ, Portela MC, Campos MR. et al. Transição epidemiológica e o estudo de carga de doença no Brasil. *Cien Saude Colet* 2004; 9(4).
- 2- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). *Pirâmide Etária. Conheça o Brasil-População*. IBGE Educa [Internet]. 2022. Disponível em: <https://educa.ibge.gov.br/jovens/conheca-o-brasil/populacao/18318-piramide-etaria.html>.
- 3- Brasil. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário Oficial da União* 1990; 19 set.
- 4- Facchini LA, Tomasi E, Dilélio AS. Qualidade da Atenção Primária à Saúde no Brasil: avanços, desafios e perspectivas. *Saúde Debate* 2018; 42(1): 208-223.
- 5- Pires JCS, Macêdo KB. Cultura organizacional em organizações públicas no Brasil. *Rev. Adm. Pública* 2006; 40(1).
- 6- Santos ME. *Análise dos determinantes da implementação do MonitoraSB em equipes de saúde bucal da atenção primária à saúde* [dissertação]. Minas Gerais (MG): Universidade Federal de Minas Gerais; 2024.
- 7- Silva DP, Freitas RF, Souza LF, Teixeira NA, Dias EC, Rocha JSB. Práticas profissionais em saúde do trabalhador na Atenção Primária: desafios para implementação de políticas públicas. *Cien Saude Colet* 2021; 26: 6005-6016.
- 8- Silva JFT, Oliveira IMM, Santos SL, Candeia RMS, Guedes TSA, Sátiro VDS. Os desafios para a implementação das práticas integrativas e complementares na atenção primária à saúde. *Rev Casos Consultoria* 2021; 12(1):e26298-e26298.
- 9- Oliveira LGF, Magalhães M. Percurso da implantação da política nacional de saúde integral da população negra no Brasil. *Rev Bras Estud Popul* 2022; 39:e0214.
- 10- Sá AC, Varoto VAG, Costa-Guarisco LP, Pantoni CBF, Ansai JH, Gramani-Say K, Carmelo VVB, Porcatti LR, Gomes GAO. Diagnóstico organizacional sobre avaliação multidimensional da pessoa idosa no Brasil: uma experiência advinda de reuniões virtuais para gestores. *Estud Interdisciplinares Envelhec* 2024; 29.
- 11- Siqueira FM, Delgado CE, Carbogim FC, Castro EAB, Santos RC, Cavalcante RB. Avaliação multidimensional de pessoas idosas na Atenção Primária à Saúde: uma revisão de escopo. *Rev Bras Geriatr Gerontol* 2023; 26:e230051.
- 12- Brasil. Estratégia Brasil Amigo da Pessoa Idosa. *Ministério dos Direitos Humanos* [Internet]. 2018 abr. Disponível em: <https://www.gov.br/mdh/pt-br/navegue-por-temas/pessoa-idosa/estrategia-brasil-amigo-da-pessoa-idosa>.

- 13- Bonfim RA, Braff EC, Frazão P. Adaptação transcultural e propriedades psicométricas da versão em português (Brasil) do questionário Prontidão Organizacional para Implementação de Mudança em serviços de saúde. *Rev Bras Epidemiol*. 2020;23:e200039.
- 14- Gallon BC. *Prontidão organizacional para mudanças dos profissionais da atenção primária à saúde: implementação de educação em dor* [dissertação]. Campo Grande (MS): Fundação Universidade Federal de Mato Grosso do Sul; 2024.
- 15- Adelson P, Yates R, Frota JA, McKellar L. Measuring organizational readiness for implementing change (ORIC) in a new midwifery model of care in rural South Australia. *BMC Health Serv Res* 2021; 21(1): 1–6.
- 16- Silva LHL, Oliveira KCPN, Porciúncula MNG, Cardoso DSA. Barreiras de acesso à saúde na atenção primária: entre o enfrentamento e a superação. *Rev JRG Estud Acad* 2024; 7(14):e141043-e141043.
- 17- Gleriano JS, Fabro GCR, Tomaz WB, Forster AC, Chaves LDP. Gestão do trabalho de equipes da saúde da família. *Esc Anna Nery* 2020; 25: e20200093.
- 18- Guedes TA, Silva FS. Gestão de Saúde Pública no Brasil à luz da teoria da burocracia: escassez de médicos especialistas e desigualdade regional de acesso. *BOCA* 2023 ;13(37): 111-29.
- 19- Carvalho ML, Carvalho MI, Carvalho M, Valido S, Tomás J, Severino S, Sousa L. Liderança eficaz: imperativo para o sucesso das organizações de saúde. In: Zangão MOB, Poeira AFS, Bilro PCV, Sousa LMM. *Gestão em enfermagem baseada em evidências: prática, procedimentos e intervenções*. São Paulo: Editora Científica Digital; 2024. p. 98-108.
- 20- Gomes GHS, Lemos RR, Nascimento LL, Marra AV, Souza MMP. Cultura organizacional em organizações públicas: uma revisão sistemática. *Revista da FAE* [Internet]. 2024 dez;27. Disponível em: <https://revistafae.fae.emnuvens.com.br/revistafae/article/view/811>.
- 21- Cavinatto TJ, Santos LL, Moriguchi CS, Silva MF, Camarotto JA, Mininel VA. Fortalecimento da Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador pela mobilização social: relato de experiência. *Rev Bras Saúde Ocup* 2024; 49: e1.
- 22- Brasil. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Ministério da Saúde. *Diário Oficial da União* 2017; 21 set.
- 23- Oliveira RAD, Duarte CMR, Pavão ALB, Viacava F. Barreiras de acesso aos serviços em cinco Regiões de Saúde do Brasil: percepção de gestores e profissionais do Sistema Único de Saúde. *Cad Saúde Pública* 2019; 35(11):e00120718.
- 24- Ferreira L, Barbosa JSDA, Esposti CDD, Cruz MMD. Educação Permanente em Saúde na atenção primária: uma revisão integrativa da literatura. *Saúde Debate*. 2019;43(120):223-39.
- 25- Trece B, Elaine G, Guido J, Dias L, Rodrigues M, Queiroz P. Gestão estratégica: um modelo que promova o engajamento e melhoria no desempenho estratégico [Internet].

Brasília: Fundação Dom Cabral; Instituto de Transporte e Logística; 2019 [citado 2025 Jan 15]. Disponível em: <https://repositorio.itl.org.br/jspui/handle/123456789/341>

26- Ribeiro BMSS, Meneghini IN. Teorias administrativas na gestão de qualidade em serviços de saúde. *Rev Saúde Pública Paraná*. 2023;6(1):1-12.

27- Brasil. Portaria nº198, de 13 de fevereiro de 2004. Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde para formação e do desenvolvimento de trabalhadores para o setor e dá outras providências. *Diário Oficial da União* 2004; 13 fev.

28- Brum BR dos S, Oliveira FRC, Soares JPAS, Martins PAL, Guedes TV, Gonçalves Júnior TM. As políticas públicas e privadas de sustentabilidade organizacional. *REASE* 2023;:12-96.

4. ESTUDO 2

Título: Impacto do apoiador institucional de saúde da pessoa idosa na APS: realização e registro de avaliações multidimensionais.

Luana Rafaela Porcatti^{1,3}; Verena de Vassimon-Barroso³; Mateus Barbosa Romão^{2,3}; Bianca Miguel Nóbrega Olmo^{2,3}; Areta Dames Cachapuz Novaes^{1,3}; Isabela Thaís Machado de Jesus³; Karina Gramani-Say^{1,3}.

¹ Programa de Pós Graduação em Gerontologia da UFSCar

² Graduação em Gerontologia da UFSCar

³ Laboratório de Estudo da Dor e Funcionalidade no Envelhecimento - LADORFE UFSCar

Resumo

O envelhecimento populacional desafia a Atenção Primária à Saúde (APS), exigindo estratégias que garantam um cuidado integral. A Avaliação Multidimensional da Pessoa Idosa (AMD) é essencial para identificar vulnerabilidades, mas sua implementação ainda enfrenta barreiras. **Objetivo:** Avaliar o impacto do apoiador institucional de saúde da pessoa idosa na APS, com foco na realização e registro da AMD. **Metodologia:** Ensaio comunitário com grupo paralelo (intervenção e controle), alocação 1:1, realizado em oito unidades de saúde de São Carlos-SP. A intervenção incluiu capacitação profissional e acompanhamento presencial do apoiador institucional para apoiar a AMD. Foram utilizados o ORIC-Br para medir prontidão organizacional, o Formulário de Diário de Equipe para monitoramento da adesão e um formulário de satisfação para avaliar a percepção dos profissionais. **Resultados:** Houve aumento significativo ($p < 0.001$) no registro de AMD no grupo intervenção, evidenciando a efetividade do apoiador institucional na qualificação das equipes e no fortalecimento da APS. **Conclusão:** O apoiador institucional de saúde da pessoa idosa se mostra uma estratégia viável para ampliar a AMD, otimizar recursos e aprimorar o cuidado à população idosa, sendo uma abordagem replicável.

Palavras-chave: Envelhecimento. Idoso. Política Pública de Saúde. Assistência Integral à Saúde do Idoso. Rede de Assistência à Saúde do Idoso.

Abstract

Population aging challenges Primary Health Care (PHC), requiring strategies to ensure comprehensive care. The Multidimensional Assessment of the Elderly (AMD) is essential for identifying vulnerabilities, but its implementation still faces barriers. **Objective:** To evaluate the impact of the institutional supporter for elderly health in PHC, focusing on the execution and recording of AMD. **Methodology:** A community trial with a parallel group design (intervention and control), with 1:1 allocation, conducted in eight health units in São

Carlos-SP. The intervention included professional training and in-person support from the institutional supporter to assist in AMD implementation. The ORIC-Br was used to measure organizational readiness, the Team Diary Form for adherence monitoring, and a satisfaction form to assess professionals' perceptions. **Results:** There was a significant increase ($p<0.001$) in AMD records in the intervention group, demonstrating the effectiveness of the institutional supporter in improving team qualifications and strengthening PHC. **Conclusion:** The institutional supporter for elderly health proves to be a viable strategy to expand AMD, optimize resources, and enhance elderly care, making it a replicable approach.

Keywords: Aging. Older Adults. Public Health Policy. Comprehensive Elderly Health Care. Elderly Health Care Network.

Resumen

El envejecimiento poblacional desafía la Atención Primaria de Salud (APS), exigiendo estrategias que garanticen una atención integral. La Evaluación Multidimensional de la Persona Mayor (AMD) es esencial para identificar vulnerabilidades, pero su implementación aún enfrenta barreras. **Objetivo:** Evaluar el impacto del apoyo institucional en la salud de la persona mayor en la APS, con enfoque en la realización y el registro de la AMD. **Metodología:** Ensayo comunitario con un diseño de grupo paralelo (intervención y control), con asignación 1:1, realizado en ocho unidades de salud de São Carlos-SP. La intervención incluyó capacitación profesional y acompañamiento presencial del apoyo institucional para facilitar la implementación de la AMD. Se utilizaron el ORIC-Br para medir la preparación organizacional, el Formulario de Diario de Equipo para el monitoreo de la adherencia y un formulario de satisfacción para evaluar la percepción de los profesionales. **Resultados:** Se observó un aumento significativo ($p<0.001$) en el registro de AMD en el grupo de intervención, evidenciando la efectividad del apoyo institucional en la capacitación de los equipos y el fortalecimiento de la APS. **Conclusión:** El apoyo institucional en la salud de la persona mayor se muestra como una estrategia viable para ampliar la AMD, optimizar recursos y mejorar la atención a la población mayor, siendo un enfoque replicable.

Palabras clave: Envejecimiento. Persona Mayor. Política Pública de Salud. Atención Integral a la Salud del Adulto Mayor. Red de Atención a la Salud del Adulto Mayor.

Introdução

Nos últimos anos, a população tem sido caracterizada pela longevidade, um fenômeno que se traduz no crescimento do número de pessoas idosas^{1,2}. Com essa mudança, muitos pesquisadores têm concentrado seus estudos em entender o processo de envelhecimento, o qual exige uma compreensão biopsicossocial, uma vez que, segundo a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS³), o envelhecimento se trata de “um processo sequencial, individual, acumulativo, irreversível, universal e não patológico, de deterioração de um

organismo maduro”. Ainda, essa mudança do perfil demográfico pode ser explicada por inúmeros outros fatores, entre eles a transição epidemiológica, a qual constitui na melhora das condições de saúde entre a população e a maior oferta dos serviços de atenção à saúde ^{4,1}.

Diante deste aumento crescente da população idosa, a fim de identificar as necessidades que surgem para o indivíduo que envelhece e levando em conta os fatores relacionados ao envelhecimento, é possível afirmar que aspectos fisiológicos, juntamente com as condições de vida, características socioeconômicas e comportamentais, influenciam a presença ou ausência de um estado de vulnerabilidade do indivíduo^{5,6}. Posto isso, o envelhecimento se torna um dos principais desafios da saúde pública no Brasil, uma vez que o desenvolvimento e acúmulo de morbidades ocasiona o comprometimento de sua capacidade clínica e funcional, podendo ainda, desencadear a síndrome da fragilidade, a qual pode gerar inúmeros desfechos negativos. Portanto, a intensificação dos cuidados voltados para a pessoa idosa se faz necessária^{7,8}.

Nesse contexto, a Atenção Primária à Saúde (APS) desempenha um papel central na organização e oferta de cuidados à população idosa. Como porta de entrada do Sistema Único de Saúde (SUS), a APS tem a responsabilidade de coordenar o cuidado, promovendo a integralidade e a continuidade dos serviços de saúde. De acordo com Starfield⁹, a APS é essencial para a organização eficiente dos sistemas de saúde, especialmente em contextos de alta demanda, como o envelhecimento populacional. Dentre as ferramentas essenciais nesse cenário, destaca-se a Avaliação Multidimensional da Pessoa Idosa (AMD), que permite identificar vulnerabilidades e planejar intervenções personalizadas. Segundo a Portaria nº 2.528, de 19 de outubro de 2006, que institui a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI), a AMD é um instrumento fundamental para a promoção da saúde e para a prevenção de agravos¹⁰.

A AMD consiste em uma abordagem abrangente que avalia diferentes domínios de saúde da pessoa idosa, como aspectos clínicos, psicossociais e funcionais. Entre seus benefícios, destaca-se a possibilidade de identificar precocemente condições de vulnerabilidade, como o risco de quedas, a presença de doenças crônicas não transmissíveis e o comprometimento cognitivo, permitindo intervenções oportunas¹¹. Conforme descrito por Manso¹², a utilização da AMD não apenas melhora a qualidade do cuidado prestado, mas também realiza a identificação de agravos que comprometem a capacidade funcional das pessoas idosas, permitindo a implementação de estratégias de cuidado mais eficazes, otimizando os recursos do sistema de saúde ao direcionar as ações para as reais necessidades dos indivíduos.

Um dos indicativos para um bom desempenho da APS é a articulação da rede de atenção com os demais serviços, no caso do apoiador institucional de saúde da pessoa idosa, o trabalho é o de unir alguns pontos de encaixe entre os profissionais e serviços de toda a rede, a nível biopsicossocial, a fim de monitorar ações e abordagens que melhorem a qualidade do serviço prestado¹³⁻¹⁵. Ainda, a boa manutenção dos serviços oferecidos para essa população garante a otimização do trabalho e a diminuição dos custos com a atenção especializada, uma vez que a população envelhece de maneira expressiva e há um aumento da carga de condições crônicas de saúde e inúmeras outras morbidades que são sensíveis à APS^{16,17}.

É certo que, a articulação dos serviços de saúde pública exigem esforços de todos os lados, uma vez que a gestão das ações a serem propostas carregam inúmeros desafios, como por exemplo a sensibilização dos profissionais e população a respeito de determinada mudança, ou até mesmo a organização da rede e controle dos resultados e indicadores^{13,18}. Atualmente na literatura, ainda existem lacunas a serem preenchidas a respeito do impacto de

um apoiador institucional na melhora dos indicadores e resultados, dado que este tema é importantíssimo para estudos secundários que envolvem análises de recursos humanos e financeiros.

O objetivo do estudo é avaliar o impacto da introdução do apoiador institucional de saúde da pessoa idosa na APS sobre a realização e o registro de AMD. O foco está na análise intergrupos e intragrupo, comparando os resultados entre unidades de saúde com e sem a presença do apoiador institucional. Além disso, o estudo busca relacionar os registros realizados com as percepções de qualidade e adesão às intervenções propostas, destacando o papel do apoiador institucional na qualificação das equipes e na melhoria dos indicadores de cuidado à saúde da pessoa idosa.

Metodologia

Foi realizado um ensaio comunitário com grupo paralelo, composto por dois braços (Grupo Intervenção - GI e Grupo Controle - GC), com razão de alocação de 1:1. O município de São Carlos-SP foi escolhido como amostra por conveniência, por ser a sede da Universidade Federal de São Carlos (UFSCar), onde está inserido o Departamento de Gerontologia, do qual os pesquisadores deste estudo são membros. O município apresenta um processo de envelhecimento avançado, com índice de envelhecimento (IE) $\geq 80\%$, e um percentual de registros da AMD abaixo da média nacional, que é de 1,48%. Embora o município tenha aderido ao Projeto DgeroBrasil e à Estratégia Brasil Amigo do Idoso (EBAPI), não implementou ações efetivas desses programas e possui apenas 0,10% de idosos avaliados pela AMD.

A primeira etapa do estudo consistiu na aplicação do instrumento Organizational Readiness for Implementing Change Brazil (ORIC-Br)¹⁹ nas 34 Unidades de Saúde da

Família (USF) e Unidades Básicas de Saúde (UBS) do município, a fim de avaliar a prontidão para mudanças organizacionais. As unidades que indicaram prontidão para mudança segundo o ORIC-Br e atenderam aos critérios de inclusão foram selecionadas para compor o estudo. Unidades que não participaram da capacitação inicial foram excluídas. Ao todo, oito unidades foram incluídas e distribuídas aleatoriamente entre os grupos controle e intervenção, mantendo a razão de alocação de 1:1.

Os profissionais de ambos os grupos participaram de treinamento e capacitação para implementação da AMD. No entanto, apenas o GI contou com acompanhamento presencial para implementação da AMD, com a inserção de um comitê gestor e de um apoiador institucional de saúde da pessoa idosa na rede de atenção.

O apoiador institucional foi um profissional bacharel em gerontologia qualificado para atuar com as demandas do envelhecimento, responsável pelo acompanhamento mensal das ações realizadas pelas USF e UBS para a saúde da pessoa idosa durante seis meses. Suas funções incluíram a qualificação da equipe para aplicar e registrar a AMD, aplicação da AMD nos idosos cadastrados nas unidades de saúde, auxílio na criação de planos de cuidado baseados na estratificação funcional dos idosos, a capacitação da equipe para a aplicação de instrumentos complementares, a criação de grupos específicos e o contato direto com idosos e familiares para garantir a continuidade do cuidado, levantamento das demandas a partir da AMD a serem apresentadas ao gestor municipal.

O comitê gestor foi composto pela secretária municipal de saúde da pessoa idosa, pelo apoiador institucional de saúde da pessoa idosa e pelos gestores de cada unidade de saúde. Sua função foi apresentar os dados levantados por meio da AMD para articular ações voltadas para a saúde do idoso, desenvolver um plano de ação municipal, estabelecer um cronograma e agenda das atividades, definir estratégias e indicadores de monitoramento e

avaliação, além de fomentar ações intersetoriais que fortalecessem a rede de atenção e de apoio para as equipes da APS.

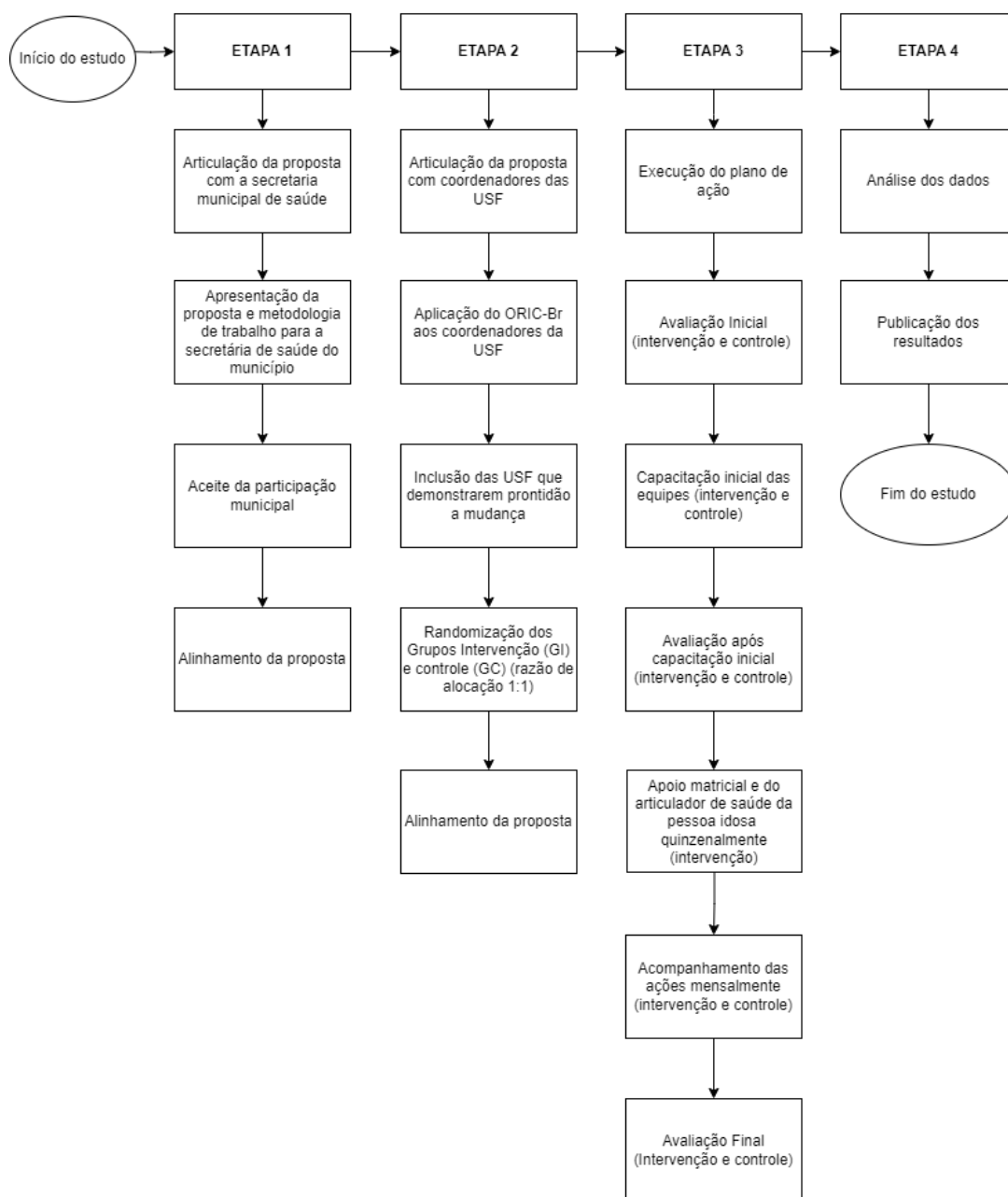
No início da intervenção, foi realizado contato com a Secretaria Municipal de Saúde para apresentação da proposta e obtenção do aceite de participação. Após a adesão, a secretaria realizou o primeiro contato com as USF e UBS para articular o desenvolvimento do projeto e aplicar o ORIC-Br nas equipes. As oito unidades selecionadas participaram de uma articulação inicial, na qual foram apresentados os objetivos e pactuadas metas para a implementação da AMD. Esse momento marcou o início formal da fase de intervenção.

Após essa etapa, todas as unidades selecionadas participaram de uma capacitação inicial, com a inclusão do apoiador institucional de saúde da pessoa idosa no grupo intervenção. Esse profissional recebeu treinamento específico baseado no modelo adaptado de gestão inovadora da atenção à saúde do idoso, o "The Geriatric Resources for Assessment and Care of Elders" (GRACE). Nesse modelo, o apoiador institucional trabalha em conjunto e de maneira integrada com os profissionais responsáveis pela avaliação biopsicossocial da pessoa idosa e com a equipe reguladora. Os achados dessa avaliação foram compartilhados com os demais membros da equipe, permitindo a elaboração de um plano de cuidado estruturado, que incluía ações individuais e coletivas, estratégias preventivas, acompanhamento medicamentoso e intervenções terapêuticas, além do suporte social e familiar.

Mensalmente, as equipes das unidades de saúde registraram informações sobre os procedimentos relacionados à AMD por meio de um diário de equipe, preenchido no Google Forms. Esse formulário continha dados sobre o número de AMDs realizadas e registradas no prontuário eletrônico, a quantidade de grupos criados a partir dos resultados da AMD e a implementação de linhas de cuidado específicas para idosos.

As metas terapêuticas foram repassadas aos idosos e seus familiares, e o apoiador institucional foi responsável por desenvolver estratégias para viabilizar a implementação do plano de cuidado. Além disso, estabeleceu-se um fluxo de contato contínuo com os idosos e seus familiares, permitindo um acompanhamento próximo e intervenções rápidas em casos de urgência e emergência, buscando evitar internações desnecessárias e possibilitando a reavaliação e ajuste do plano de cuidado quando necessário. A figura 1 demonstra o passo a passo da implementação do ensaio comunitário.

Figura 1. Fluxograma geral de implementação do estudo



Neste estudo foram utilizados os seguintes instrumentos: O ORIC-Br foi utilizado para medir a prontidão das unidades de saúde para mudanças organizacionais. O Formulário de Diário de Equipe registrou a adesão das unidades ao protocolo de implementação da AMD (APÊNDICE B). A Avaliação Multidimensional da Pessoa Idosa na Atenção Básica (AMPI-AB) (ANEXO C) permitiu a avaliação dos idosos e criação dos Projetos Terapêuticos Singulares (PTS). Por fim, um questionário de satisfação, baseado no Short Assessment of

Patient Satisfaction (SAPS), foi aplicado para mensurar a percepção dos profissionais sobre a intervenção (APENDICE C).

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFSCar (CAAE: 777704254.3.0000.5504 - Parecer: 6.831.170), seguiu as recomendações da resolução 462/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) e todos os participantes receberam informações detalhadas sobre os objetivos da pesquisa e as avaliações a serem realizadas.

As análises estatísticas foram realizadas no programa Jamovi 2.3.28. As características da amostra foram expressas como médias e desvios padrão, uma vez que os dados demonstraram normalidade para as variáveis quantitativas ($p > 0,05$) e porcentagens para as qualitativas. Para verificar a normalidade dos dados foi utilizado o teste de Shapiro-Wilk. Para avaliar o impacto da introdução do apoiador institucional de saúde da pessoa idosa na APS sobre a realização e o registro de AMD foi utilizado o teste Anova Two-Way de medidas repetidas com post-hoc de Tukey. Dessa forma foi possível avaliar a presença de interação entre as variáveis independentes (grupos - controle e intervenção - e os momentos de avaliação - pré e pós capacitação) sobre a variável dependentes (número de registros no PEC). A fim de comparar o número de registros de AMD no PEC entre as Unidades de Saúde, foi utilizado o teste de Anova One-Way.

Resultados

O apoiador institucional de saúde da pessoa idosa realizou três reuniões em cada unidade, nas quais foram entregues relatórios contendo as informações coletadas até aquele momento por meio da AMD. Esses relatórios incluíam dados sobre condições crônicas, estratificação funcional e demandas identificadas, permitindo um acompanhamento mais

detalhado do perfil de saúde dos idosos e auxiliando na definição de estratégias para o cuidado individual e coletivo e a assistência necessária.

A partir da articulação realizada, foram estruturados três grupos nas unidades de saúde voltados para a pessoa idosa, além de um grupo específico para o trabalho de cognição e memória. Das 345 pessoas idosas avaliadas pela AMD, 164 pontuaram para o desfecho da cognição, 96 para risco de quedas e 142 para presença de dor. Diante desse cenário, esses indivíduos foram encaminhados para a Unidade Saúde-Escola (USE) da UFSCar, outros níveis de atenção à saúde e diversas intervenções, de acordo com suas necessidades, promovendo um acompanhamento mais adequado e integral.

Ademais, foram elaborados PTS, com enfoque prioritário nos idosos que apresentaram pontuação indicativa de fragilidade. Esses projetos foram estruturados de forma interdisciplinar, considerando as necessidades específicas de cada indivíduo, visando a promoção da funcionalidade, a prevenção de agravos e a melhoria da qualidade de vida.

Além disso, o comitê gestor realizou uma reunião com a Secretaria de Saúde do município para discutir os desfechos mais prevalentes identificados e definir as ações a serem implementadas. Durante esse encontro, foi relatado a prevalência de idosos com dificuldades com o uso de próteses dentárias, levando à solicitação de um mutirão ou mais vagas mensais pelo Centro de Especialidades Odontológicas para atendimento e ajustes necessários. Para os idosos com declínio visual, foi solicitada uma revisão para verificar se já estavam na fila de encaminhamento para oftalmologia e, caso necessário, a organização de um mutirão para atendimento especializado. Da mesma forma, para aqueles com declínio auditivo, foram solicitados atendimentos com fonoaudiólogos e otorrinolaringologistas por meio da rede de saúde, garantindo um acompanhamento mais amplo e adequado às demandas identificadas.

O questionário de satisfação aplicado aos profissionais revelaram percepções positivas em relação à presença do apoiador institucional, sugerindo que essa figura contribuiu para a melhoria dos serviços prestados. Além disso, os gestores também expressaram satisfação com os resultados do estudo, conforme alguns destaques: *“A saúde do idoso é um tema que precisamos realmente prestar mais atenção e essa pesquisa trouxe um olhar mais qualificado para a equipe neste cuidado”*; *“Os dados colhidos agregaram muito ao nosso território”*.

A tabela 1 demonstra dados dos usuários avaliados nas Unidades intervenção os quais poderiam inferir sobre o contexto socioeconômico no qual cada unidade está inserida. Observa-se que a maioria dos idosos avaliados são aposentados, da mesma forma que vivem acompanhados por algum familiar, e possuem o suporte de alguém caso fiquem doentes ou tenham alguma intercorrência.

Tabela 1. Dados socioeconômicos sobre os usuários do Grupo Intervenção (GI) (n=4)

Pergunta	Unidade	Sim	Não
Você é aposentado?	UBS 1	55 (73,33%)	20 (26,67%)
	UBS 2	74 (74,00%)	26 (26,00%)
	USF 3	84 (82,35%)	18 (17,65%)
	USF 4	40 (58,82%)	28 (41,18%)
Você mora sozinho?	UBS 1	11 (14,67%)	64 (85,33%)
	UBS 2	17 (17,00%)	83 (83,00%)
	USF 3	21 (21,42%)	81 (82,62%)
	USF 4	15 (22,06%)	53 (77,94%)
Caso fique doente ou tenha algum problema tem com quem contar?	UBS 1	72 (96,00%)	3 (04,00%)
	UBS 2	90 (90,00%)	10 (10,00%)
	USF 3	97 (95,10%)	5 (4,90%)
	USF 4	61 (89,71%)	7 (10,29%)

Os resultados da Tabela 2 mostraram que grupo e momento influenciaram nos registros da AMD, já que foi vista uma interação entre estes fatores ($p < 0.001$), sendo que o

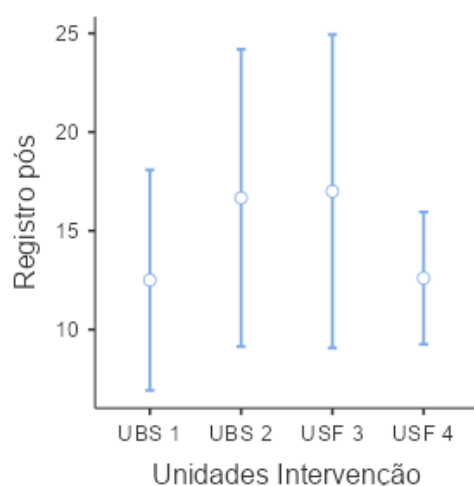
GI apresentou uma melhora significativa no momento pós em relação ao momento anterior à intervenção ($p < 0.001$), bem como registrou mais em relação ao GC considerando-se apenas o momento pós intervenção ($p < 0.001$).

Tabela 2. Efeito do apoiador institucional de saúde da pessoa idosa no registro de AMD no GC e GI pré e pós intervenção

Variável	GI		GC		Valor de p		
	Pré	Pós	Pré	Pós	Grupos	Momentos	Interação
Registro	1.00±2.00	86.25±17.29	0.00±0.00	0.00±0.00	< .001	< .001	< .001

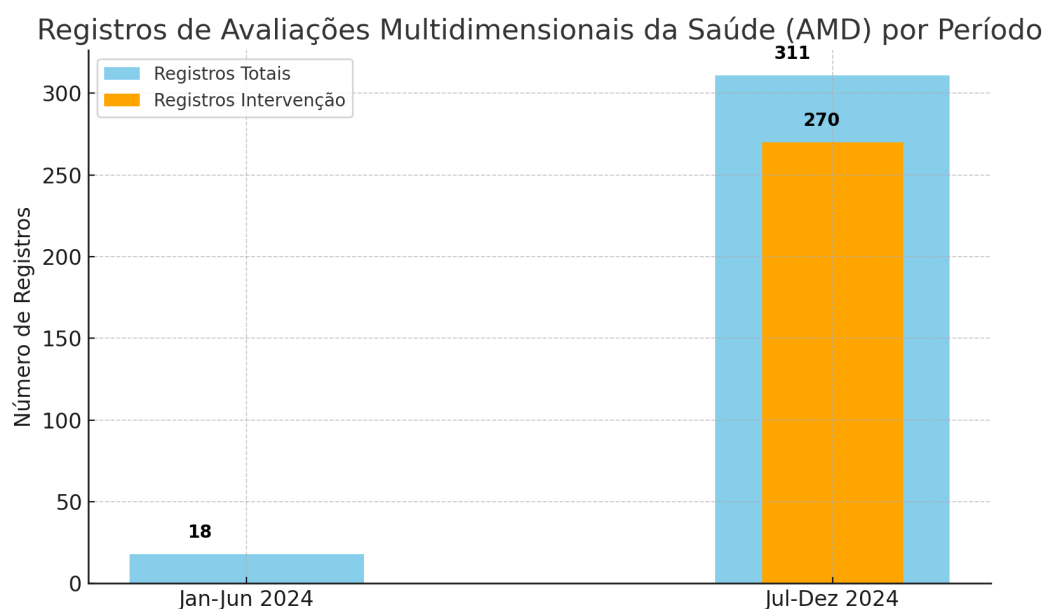
A Figura 2 apresenta a comparação das médias e desvio-padrão do número de registros pós-intervenção entre as unidades intervenção, ou seja, naquelas em que o apoiador institucional esteve presente. Observa-se que, embora existam variações nas médias entre as unidades, essas diferenças não foram estatisticamente significativas. As médias de registros pós-intervenção para cada unidade foram: UBS 1 ($12,5 \pm 5,32$), UBS 2 ($16,7 \pm 7,17$), USF 3 ($17,0 \pm 7,56$) e USF 4 ($11,3 \pm 3,93$). Esses resultados indicam que, apesar do aumento geral de registros em todas as unidades do GI, as diferenças entre elas não alcançaram significância estatística ($p = 0,326$).

Figura 2. Médias e desvio-padrão dos registros pós-intervenção por unidade do GI



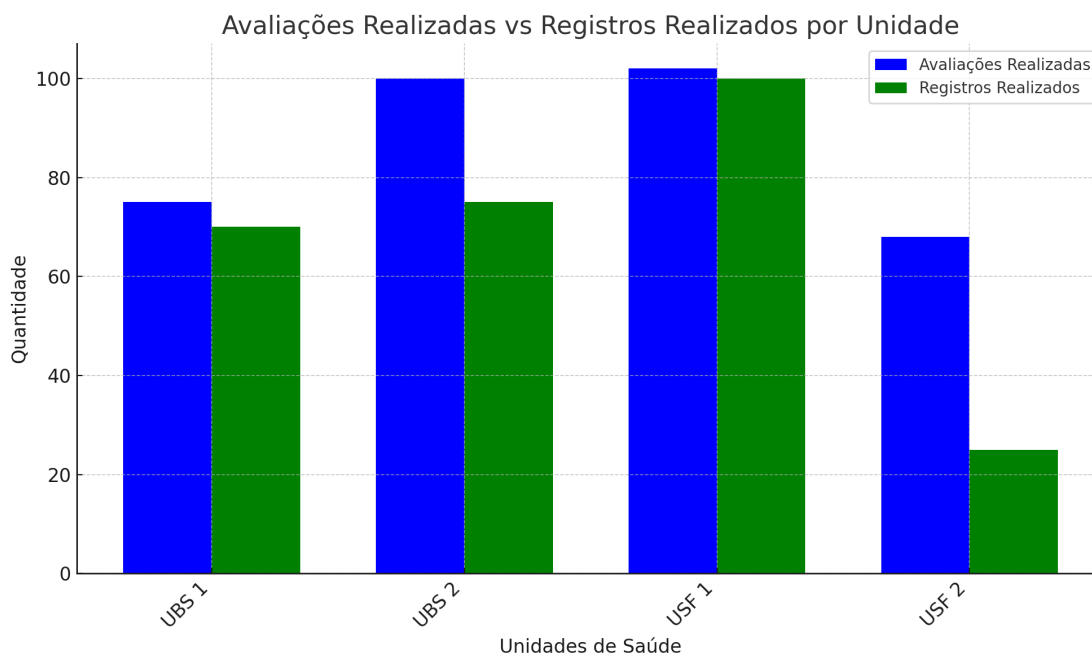
No período de janeiro a junho de 2024, foram registradas no Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC) 18 AMD no município de São Carlos. Em contrapartida, entre julho e dezembro de 2024, esse número aumentou para 311 registros, representando um aumento de aproximadamente 1.628% no total de registros (Gráfico 1). Dentre esses, 270 avaliações foram realizadas pelas unidades do GI incluídas neste estudo, sugerindo uma contribuição significativa do grupo intervenção no aumento global dos registros.

Gráfico 1. Registros de Avaliações Multidimensionais da Saúde (AMD) no PEC do município de São Carlos-SP por período



Adicionalmente, as unidades apresentaram dados discrepantes entre o total de AMD realizadas e registradas (Gráfico 2). Por exemplo, a UBS 1 realizou 75 avaliações e registrou 70; a UBS 2 realizou 100 e registrou 75; a USF 1 realizou 102 e registrou 100; e a USF 2 realizou 68 e registrou 25.

Gráfico 2. Avaliações realizadas e registradas por unidade no PEC por unidade do GI



Discussão

Os dados deste estudo evidenciaram a relevância do apoiador institucional de saúde da pessoa idosa como uma estratégia eficaz para ampliar tanto a realização quanto o registro das avaliações na APS. O aumento expressivo de 1.628% no número de registros no GI após a implementação do apoiador institucional, reflete uma melhora importante na integração das práticas de cuidado, garantindo um acompanhamento mais estruturado e contínuo da saúde da população idosa. Além disso, quando comparado ao GC, o GI apresentou um crescimento estatisticamente significativo ($p < 0,001$) no registro das AMDs, reforçando a efetividade da intervenção.

Esse achado destaca a importância desse profissional na qualificação dos serviços de APS, promovendo uma abordagem mais organizada e eficiente na gestão do cuidado à pessoa idosa. A presença do apoiador institucional não apenas facilitou a implementação de práticas

estruturadas, mas também ampliou a cobertura das avaliações, contribuindo para um planejamento mais estratégico e uma oferta de cuidados mais alinhada às reais necessidades dessa população. Diante disso, investir na incorporação desse modelo na rede de atenção à saúde pode representar um avanço significativo na efetividade das políticas públicas voltadas ao envelhecimento, fortalecendo o compromisso com um cuidado mais acessível, integral e humanizado^{20,21,22}.

Uma revisão integrativa realizada por Costa e Cols. (2023) objetivou conhecer a produção científica sobre educação permanente na atenção à saúde da pessoa idosa no Brasil, no período de 2004 a 2020 desenvolvida na atenção primária. O estudo evidenciou o exíguo conhecimento dos profissionais sobre o processo de envelhecimento associado à ausência de processo de educação em saúde, prejudicando o desenvolvimento da clínica ampliada em pessoas idosas²¹.

Outro estudo objetivou desvelar saberes e práticas sobre envelhecimento ativo a partir da proposta educativo-cuidativo dialógica com profissionais da Estratégia de Saúde da Família em um município no Norte Central do Paraná. Os autores identificaram que os profissionais de saúde enfrentam dificuldades para atuar na atenção à pessoa idosa e que os possuem concepções diversas em relação ao envelhecimento, devido a formação profissional que não aborda tal temática²³. Tais evidências reforçam a necessidade de capacitação contínua alinhadas às demandas do envelhecimento e aos princípios da atenção integral à saúde da pessoa idosa.

Na comparação com estudos prévios, percebe-se a originalidade da figura do apoiador institucional de saúde da pessoa idosa, que vai além de promover a capacitação das equipes, exercendo um papel ativo na mediação e execução das práticas assistenciais. Esse diferencial torna a proposta viável para replicação em outras localidades que enfrentam desafios

semelhantes na organização e registro da AMD. Embora a literatura já enfatize a relevância de intervenções para aprimorar os cuidados na APS, o impacto de um profissional dedicado exclusivamente à facilitação desses processos ainda é pouco explorado^{24,20,10}.

Para além disso, o papel do apoiador institucional enquanto gestor do envelhecimento com foco na organização da rede e em modelos que compreendam políticas intersetoriais, considerando as especificidades territoriais, favorece a implementação de ações na APS, a qual ainda direciona a atenção para as doenças crônicas não transmissíveis²⁵. Esta importância do papel do apoiador institucional é evidenciada na implementação efetiva de ações previstas em marcos legais e internacionais com vista à garantia do envelhecimento ativo e saudável²⁶.

Paralelamente à importância da presença do apoiador institucional, a utilização de ferramentas padronizadas, como a AMPI-AB, o Índice de Vulnerabilidade Clínico-Funcional-20 (IVCF-20), a Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa e a Ficha Espelho, é essencial para o sucesso da intervenção. Esses instrumentos permitem a estratificação de riscos, o rastreamento, o monitoramento e o planejamento de ações mais precisas e personalizadas, otimizando os resultados obtidos. Ademais, o modelo adaptado do GRACE utilizado como parâmetro no presente estudo e que norteou as atividades do apoiador institucional, mostrou-se eficiente na coordenação de cuidados biopsicossociais, corroborando a literatura sobre o assunto^{27,22}.

Além disso, é essencial destacar que a AMD oferece uma visão ampla e integrada das condições de saúde da pessoa idosa, possibilitando intervenções mais alinhadas às suas necessidades reais. O diagnóstico baseado em múltiplas dimensões não apenas orienta os profissionais na tomada de decisões, mas também contribui para prevenir agravos e promover o envelhecimento saudável^{28,27,22}.

A capacitação das equipes de saúde e a educação permanente são componentes indispensáveis para assegurar a continuidade e a qualidade dos cuidados na APS. Investir no aprimoramento das habilidades dos profissionais é essencial para enfrentar os desafios impostos pelo envelhecimento populacional, garantindo um atendimento humanizado e eficiente^{20,10}.

Entretanto, alguns desafios foram encontrados, especialmente no que diz respeito à adesão das equipes, à sobrecarga de trabalho, à rotatividade de profissionais e às limitações estruturais de algumas unidades de saúde. A resistência inicial por parte de alguns profissionais e a insuficiência de recursos evidenciam a necessidade de estratégias complementares, como o fortalecimento da gestão local e o incremento de investimentos em infraestrutura. Tais ações são fundamentais para garantir a sustentabilidade das intervenções propostas^{24,20}.

Embora o estudo tenha apresentado limitações, como o pequeno número de unidades incluídas e a delimitação geográfica, seus achados reforçam o potencial do modelo para promover avanços na saúde da pessoa idosa. Apesar dessa delimitação, destaca-se a necessidade de descentralização do serviço para viabilizar o atendimento no território²⁹. Pesquisas futuras poderiam investigar o impacto em longo prazo e a aplicabilidade dessa abordagem em diferentes contextos, bem como analisar outros desfechos, como a redução de internações e a melhoria na qualidade de vida dos idosos^{21,10}.

Há esforços por meio da política de Educação Permanente no SUS que tem como uma de suas potencialidades o fortalecimento dos profissionais da saúde e a melhoria na qualidade dos serviços prestados. No entanto, desafios são enfrentados como a garantia de implementação efetiva em todos os níveis do sistema de saúde e a necessidade de engajamento dos profissionais³⁰. Essas lacunas podem ser mediadas por meio de espaços de

formação contínua, com a valorização do saber prático e teórico dos profissionais no cuidado com a pessoa idosa por meio da figura de um apoiador institucional, que este poderá realizar papel de controlador social no SUS por meio de capacitação e educação permanente. Nesse contexto, efetiva-se a construção coletiva junto à gestão com olhar da priorização da saúde da população idosa, que por sua vez está embrionária em algumas localidades.

Por fim, o apoiador institucional enquanto protagonista crucial, conectando serviços e apoiador institucional estratégias de cuidado de forma coordenada e centrada nas necessidades das pessoas idosas^{24,21,10} contribui para a integração entre os diferentes níveis de atenção à saúde e o fortalecimento das redes de apoio social, que são fundamentais para a efetividade da continuidade e integralidade do cuidado. Dessa forma, a valorização desse papel na estruturação dos serviços pode favorecer a implementação de políticas garantindo atendimento humanizado e qualificado à população idosa.

Conclusão

Este estudo mostrou, na prática, como a presença do apoiador institucional de saúde da pessoa idosa pode fazer a diferença no dia a dia das equipes da APS. Além de aumentar os registros das AMDs, a inserção desse profissional ajudou a organizar o cuidado, capacitar os profissionais e conectar os diferentes serviços, garantindo um olhar mais atento e qualificado para a saúde da população idosa.

Os resultados apontam que, quando há uma estrutura bem definida e profissionais preparados para lidar com as demandas do envelhecimento, o cuidado se torna mais efetivo e acessível. O aumento expressivo no número de AMDs registradas reforça a importância de intervenções que vão além da capacitação pontual, trazendo suporte contínuo às equipes de saúde e fortalecendo a rede de atenção.

Ainda assim, os desafios permanecem. A sobrecarga dos profissionais, a resistência a mudanças e as limitações estruturais das unidades de saúde são questões que precisam ser enfrentadas para garantir que estratégias como essa sejam sustentáveis a longo prazo. Por isso, futuras pesquisas podem contribuir avaliando a implementação do apoiador institucional em diferentes contextos e analisando seus impactos não apenas nos serviços, mas também na qualidade de vida dos idosos atendidos.

De maneira geral, este estudo reforça a necessidade de investir em ações concretas para qualificar o cuidado à pessoa idosa na APS, garantindo que o envelhecimento seja um processo acompanhado com atenção, respeito e compromisso por parte dos serviços de saúde. Além disso, os achados apontam para a importância de adaptar e fortalecer as políticas públicas voltadas à saúde da pessoa idosa, garantindo que elas reflitam as reais necessidades dessa população e possam ser efetivamente implementadas na rotina dos serviços. A criação de estratégias que favoreçam a integração entre os diferentes níveis de atenção e a capacitação contínua dos profissionais são passos fundamentais para que o sistema de saúde esteja preparado para responder aos desafios do envelhecimento populacional de forma humanizada e eficiente.

Referências

- [1] Souza MY. *Velhice e envelhecimento: questões e aspectos contemporâneos* [Dissertação]. Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social Hesio Cordeiro; 2022.
- [2] Souza ÉL. *O Fenômeno do Envelhecimento e seus múltiplos aspectos*. Terezina: IV Simpósio Internacional sobre Estado, Sociedade e Políticas Públicas - SINESPP; 2022.
- [3] Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS). *Relatório 30 anos de SUS. Que SUS para 2030?* Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde; 2018.
- [4] Schramm JMA, Oliveira AFD, Leite IDC, Valente JG, Gadelha ÂMJ, Portela MC, Campos, MR. Transição epidemiológica e o estudo de carga de doença no Brasil. *Ciência &*

Saúde Coletiva [periódico na Internet] 2004; 9(4): [cerca de 12 p.]. Disponível em: <https://www.scielosp.org/article/ssm/content/raw/?resource_ssm_path=/media/assets/csc/v9n4/a11v9n4.pdf>.

[5] Alexandre TDS, Corona LP, Brito TR, Santos JL, Duarte YA, Lebrao ML. Gender Differences in the Incidence and Determinants of Components of the Frailty Phenotype Among Older Adults: Findings From the SABE Study. *Journal of Aging and Health* [periódico na Internet] 2016; 30(2): [cerca de 23 p.]. Disponível em: <<https://doi.org/10.1177/0898264316671228>>.

[6] Sanglard C, Pereira MC, Pampolim G, Sogame LCM. Fatores associados à vulnerabilidade clínico-funcional de idosos de uma Unidade Básica de Saúde. *Journal of Human Growth and Development* [periódico na Internet] 2023; 33(2): [cerca de 9 p.]. Disponível em: <<https://doi.org/10.36311/jhgd.v33.13675>>.

[7] Lana LD, Schneider RH. Síndrome de fragilidade no idoso: uma revisão narrativa. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia* [periódico na Internet] 2014; 17(3): [cerca de 8 p.]. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/1809-9823.2014.12162>>.

[8] dos Santos TN, Mendoza IYQ, da Silva SM, Alvarenga MRM, Ribeiro EG. Perfil clínico e funcional do idoso na atenção primária à saúde em Belo Horizonte. *Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro* [periódico na Internet] 2020; 10: [cerca de 9 p.]. Disponível em: <<https://doi.org/10.19175/recom.v10i0.4038>>.

[9] Starfield B. *Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia*. Brasília: : UNESCO, Ministério da Saúde; 2006.

[10] Ministério da Saúde (MS). *Caderno de Atenção Básica nº 19: Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa*. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.

[11] Ministério da Saúde (MS). *Orientações técnicas para a implementação de Linha de Cuidado para Atenção Integral à Saúde da Pessoa Idosa no Sistema Único de Saúde–SUS*. Brasília: Ministério da Saúde; 2018.

[12] Manso MEG, Osti AV, Borrozino NF, Maresti LTP. Avaliação multidimensional do idoso: resultados em um grupo de indivíduos vinculados a uma operadora de planos de saúde.

Revista Kairós-Gerontologia [periódico na Internet] 2018; 21(1): [cerca de 21 p.]. Disponível em:<<https://doi.org/10.23925/2176-901X.2018v21i1p191-211>>.

[13] Pires JCS, Macêdo KB. Cultura organizacional em organizações públicas no Brasil. *Rev. Adm Pública* <https://doi.org/10.1590/S0034-76122006000100005>>.

[14] Bonilha AC, Rodrigues MC, Roza QJ, Placidei RN, Cruz de Barros T. A atuação profissional do bacharel gerontólogo na atenção primária em saúde. *Rev Kairós* [periódico na Internet] 2023; 26(33): [cerca de 24 p.]. Disponível em:<<https://doi.org/10.61583/kairs.v26i33.5>>.

[15] Massuda A, Fernandez M, Kemper ES, Paschoalotto MAC, Tapia R. Análise de políticas de investimento na Atenção Primária à Saúde: neoinstitucionalismo histórico aplicado ao sistema de saúde brasileiro. *Rev Adm Pública* [periódico na Internet] 2024; 58(5): [cerca de 23 p.]. Disponível em:<<https://doi.org/10.1590/0034-761220230391>>.

[16] Viacava F, Carvalho CC, Martins M, Oliveira RD. *Interações por Condições Sensíveis à Atenção Primária (ICSAP): análise descritiva por sexo e idade e diagnósticos principais. Projeto de Avaliação do Desempenho do Sistema de Saúde (PROADESS)* [Trabalho de Conclusão de Curso]. Rio de Janeiro:Universidade Federal da Integração Latino-Americana 2022.

[17] Gomes HMS, Borgert A. Custos da Saúde Pública no Brasil: Uma análise entre 2004 e 2021. *Cien Saude Colet* [periódico na internet] mar de 2024; 58(5): [cerca de 10 p.]. Disponível em:<<http://cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/custos-da-saude-publica-no-brasil-uma-analise-entre-2004-e-2021/19140>>.

[18] Doricci, GC; Guanaes-Lorenzi C, Pereira MJB. O Programa Articuladores da Atenção Básica: uma proposta inovadora para qualificação da Atenção Básica. *Ciência & Saúde Coletiva*, [periódico na Internet] jun. de 2017; 22(6): [cerca de 24 p.]. Disponível em:<<https://doi.org/10.1590/1413-81232017226.17412016>>.

[19] Bonfim RA, Braff EC, Frazão P. Adaptação transcultural e propriedades psicométricas da versão em português (Brasil) do questionário Prontidão Organizacional para

Implementação de Mudança em serviços de saúde. *Rev Bras Epidemiol* [periódico na Internet] 2020; 23: [cerca de 13 p.]. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1980-549720200100>>.

[20] Siqueira FM, Delgado CE, Carbogim FDC, Castro EABD, Santos RCD, Cavalcante RB. Avaliação multidimensional de pessoas idosas na Atenção Primária à Saúde: uma revisão de escopo. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia* [periódico na Internet] 2023; 26: [cerca de 14 p.]. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1981-22562023026.230051.pt>>.

[21] Costa LHC. *Cuidado à saúde do idoso na Atenção Primária: uma proposta de mudança para a atenção integral* [Dissertação]. Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais; 2023.

[22] Ministério da Saúde (MS). *Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa*. 5. ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2018.

[23] Labegalini CMG, Nogueira IS, Hammerschmidt KSDA, Jaques AE, Carreira L, Baldissera VDA. Percurso cuidativo-educativo dialógico sobre envelhecimento ativo com profissionais da estratégia saúde da família. *Texto & Contexto-Enfermagem* [periódico na Internet] 2020; 29: [cerca de 14 p.]. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2018-0235>>.

[24] Coelho LP, Motta LB da, Caldas CP. Rede de atenção ao idoso: fatores facilitadores e barreiras para implementação. *Physis: Revista de Saúde Coletiva* [periódico na Internet] fev de 2019; 28(4): [cerca de 19 p.]. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0103-73312018280404>>.

[25] Placideli N, Castanheira ERL, Dias A, Silva PAD, Carrapato JLF, Sanine PR, Machado DF, ... Nemes MIB. Avaliação da atenção integral ao idoso em serviços de atenção primária.

Revista de Saúde Pública [periódico na Internet] 2020; 54: [cerca de 13 p.]. Disponível em: <<https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2020054001370>>.

[26] Organização Mundial da Saúde (OMS). *Década do Envelhecimento Saudável 2021–2030*. Genebra: OMS; 2020.

[27] Prefeitura de São Paulo. *Avaliação Multidimensional da Pessoa Idosa na Atenção Básica (AMPI-AB): Manual de Aplicação*. São Paulo: SMS; 2021.

[28] CONASS. *Manual de Avaliação Multidimensional da Pessoa Idosa para a APS*. Brasília: CONASS; 2023.

[29] Ribeiro FMV, dos Santos Lima EC, Meschede MSC, da Silva FG, dos Reis ECE. Promoção de saúde e inclusão social no envelhecimento: políticas públicas para idosos no Brasil. *Revista Políticas Públicas & Cidades* [periódico na Internet] 2025; 14(1): [cerca de 13 p.].

[30] Ministério da Saúde (MS). *Política Nacional de Educação Permanente em Saúde*. Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão da Educação em Saúde. Brasília : Ministério da Saúde; 2009

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O envelhecimento populacional e a crescente demanda por cuidados em saúde exigem respostas organizadas e estratégicas por parte da APS. A AMD se apresenta como uma ferramenta essencial para qualificar esse cuidado, permitindo um olhar ampliado sobre as necessidades individuais e promovendo intervenções mais assertivas. No entanto, sua implementação efetiva ainda enfrenta desafios estruturais e operacionais que precisam ser superados.

Os achados desta pesquisa demonstram que a presença do apoiador institucional de saúde da pessoa idosa na APS foi fundamental para a realização e registro da AMD,

refletindo diretamente na qualificação das equipes e no fortalecimento do cuidado à pessoa idosa. Ainda assim, algumas barreiras persistem, como a sobrecarga de trabalho, dificuldades na adesão dos profissionais e a necessidade de maior suporte institucional.

O estudo reforça que mudanças estruturais exigem não apenas diretrizes normativas, mas também engajamento das equipes e investimento contínuo em capacitação e suporte organizacional. O papel do gestor se destaca como um fator determinante para a criação de um ambiente favorável à inovação e ao aprimoramento dos serviços prestados à população idosa.

Dessa forma, os resultados apresentados apontam que a introdução de um apoiador institucional na APS pode ser uma estratégia viável e replicável para fortalecer a implementação da AMD, otimizando recursos e garantindo um cuidado mais integral e humanizado. No entanto, para que essa estratégia seja sustentável, é essencial que haja políticas públicas que incentivem sua continuidade, aliadas a um modelo de gestão que valorize a qualificação profissional e a construção coletiva do cuidado.

Por fim, esta pesquisa contribui para o debate sobre a importância da articulação entre diferentes atores na APS e reforça a necessidade de transformar desafios em oportunidades. Que este estudo possa servir de base para novas pesquisas e para ações que efetivamente impactem a qualidade de vida da população idosa, promovendo um envelhecimento mais digno, ativo e saudável.

6. REFERÊNCIAS GERAIS

ALMEIDA, P. F. de et al. Coordenação do cuidado e atenção primária à saúde no Sistema Único de Saúde. *Saúde em Debate*, v. 42, p. 244-260, 2018.

BRASIL. Ministério da Cidadania. *Orientações técnicas: implementação do cuidado integral à pessoa idosa*. Brasília, 2019. Disponível em: https://www.mds.gov.br/webarquivos/publicacao/assistencia_social/ApresentacoesIdoso/zipados/Mesa%202%20-%202%C2%AA%20Parte/Mesa%202%20-%202%C2%AA%20Parte/Se%20ss%C3%A3o%204%20-%20Mesa%202%20-%20Orienta%C3%A7%C3%B5es%20t%C3%A9cnicas%20para%20a%20implementa%C3%A7%C3%A3o%20do%20cuidado%20integral%20a%20pessoa%20idosa.pdf.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Caderno de Atenção Básica: Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa*. Brasília, 2009. Disponível em: https://www.bvsmms.saude.gov.br/bvs/folder/politica_nacional_pessoa_idosa_2009.pdf.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Caderno de Saúde da Pessoa Idosa*. Brasília, 2020. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderneta_saude_pessoa_idosa_5ed_1re.pdf.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Guia de cuidados para a pessoa idosa* [recurso eletrônico]. Brasília, 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Linha de Cuidado para a Atenção Integral à Saúde da Pessoa Idosa no Sistema Único de Saúde (SUS)*. Brasília, 2018. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/linha_cuidado_atencao_pessoa_idosa.pdf.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Política Nacional de Atenção Básica*. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa*. Portaria nº 2.528, de 19 de outubro de 2006. Disponível em: https://www.bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt2528_19_10_2006.html.

BRITO, C. D. S. et al. Apoio institucional na Atenção Primária em Saúde no Brasil: uma revisão integrativa. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 27, n. 4, p. 1377-1388, 2022.

CABRAL, J. F. et al. Avaliação da atenção integral à saúde do idoso na percepção de profissionais. *Revista Brasileira em Promoção da Saúde*, 2019.

CHAVES, L. A.; ANDRADE, E. I. G.; SANTOS, A. F. Configuração das redes de atenção à saúde no SUS: análise a partir de componentes da atenção básica e hospitalar. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 29, n. 06, p. e18392022, 2024.

CHIAVERNI, D. H. (Org.). *Guia prático de matriciamento em saúde mental*. Brasília: Ministério da Saúde/Centro de Estudo e Pesquisa em Saúde Coletiva, 2011.

CIOSEK, S. I. et al. Senescência e senilidade: novo paradigma na atenção básica de saúde. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, v. 45, p. 1763-1768, 2011.

COELHO, L. P.; MOTTA, L. B.; CALDAS, C. P. Rede de atenção ao idoso: fatores facilitadores e barreiras para implementação. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, v. 28, p. e280404, 2019.

GONÇALVES, D. A. et al. *Guia prático de matriciamento em saúde mental*. Brasília: Ministério da Saúde/Centro de Estudo e Pesquisa em Saúde Coletiva, 2011.

GONÇALVES, M. R. Associação entre qualidade da atenção primária à saúde e internações por condições sensíveis à atenção primária à saúde nos serviços públicos de saúde em Porto Alegre: um estudo através de relacionamento probabilístico de base de dados. 2013.

GONÇALVES, M. S. et al. A implementação da Política Nacional de Atenção à Saúde da Pessoa Idosa: desafios e estratégias. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 25, n. 5, p. 1627-1638, 2020.

LIMA, R. R. T. D.; CASTRO, J. L. D.; LIMA, K. C. D. A formação em saúde frente às necessidades das pessoas idosas. *Revista Baiana de Saúde Pública*, v. 42, n. 1, 2018.

MENDES, E. V. As redes de atenção à saúde. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 44, n. 2, p. 346-354, 2010.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Caderno de Saúde da Pessoa Idosa*. Brasília, 2020. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderneta_saude_pessoa_idosa_5ed_1re.pdf.

MORAES, E. N. de. *Atenção à saúde do idoso: aspectos conceituais*. 2018.

OLIVEIRA, T. L. et al. Fatores associados ao custo das internações hospitalares por doenças sensíveis à Atenção Primária no Sistema Único de Saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 26, n. 10, 2021.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. *Envelhecimento ativo: uma política de saúde*. 2002. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/envelhecimento_ativo.pdf.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). *Relatório Mundial de Envelhecimento*. USA: Organização Mundial de Saúde, 2015.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE. Brasília, D.F.; OPAS; 2020.

PAPALÉO NETTO, M. O estudo da velhice no século XX: histórico, definição do campo e termos básicos. *Tratado de Geriatria e Gerontologia*, v. 1, p. 2-19, 2002.

PEREIRA, A. A. et al. Experiências exitosas nas políticas de saúde para idosos: uma análise de redes de assistência integral. *Ciência, Cuidado e Saúde*, v. 22, e4695, 2023.

SILVA, A. M. M. Fragilidade entre idosos e percepção de problemas em indicadores de atributos da atenção primária à saúde: resultados do ELSI-Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 37, n. 9, 2021.

SILVA, J. de A. Avaliação Multidimensional da Pessoa Idosa na Atenção Primária à Saúde. 2022.

SIQUEIRA, F. M. et al. Avaliação multidimensional de pessoas idosas na Atenção Primária à

Saúde: uma revisão de escopo. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, v. 26, p. e230051, 2023.

SOUZA, M. S. de et al. O Programa Articuladores da Atenção Básica: uma proposta inovadora para qualificação da Atenção Básica. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, v. 30, n. 2, p. e300206, 2020.

VERAS, R.; OLIVEIRA, M. Linha de cuidado para o idoso: detalhando o modelo. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, v. 19, n. 6, p. 887-905, 2016.

VIACAVA, F. et al. *Boletim Informativo do PROADESS*, nº 9, out. 2022.

7. APÊNDICES

APÊNDICE A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

EQUIPE

(Resolução 466/2012 do CNS)

Impacto da articulação de saúde da pessoa idosa na atenção primária à saúde com foco na implantação da avaliação multidimensional: um ensaio comunitário.

Você está sendo convidado para participar da pesquisa **“Impacto da articulação de saúde da pessoa idosa na atenção primária à saúde com foco na implantação da avaliação multidimensional: um ensaio comunitário.”**

O objetivo deste estudo é verificar se a articulação de saúde da pessoa idosa influenciam no número de avaliações multidimensionais realizadas e registradas no prontuário eletrônico.

Sua equipe foi selecionada por pertencer ao município de São Carlos (população deste estudo). A participação é voluntária, o que significa que você pode desistir de participar e retirar seu consentimento a qualquer momento. Sua recusa não terá nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador ou com a instituição de pesquisa.

Os instrumentos escolhidos para a pesquisa são o Organizational Readiness for Implementing Change Brazil (ORIC-Br), assim como formulários, sendo eles: Forms de Capacitação, Forms de Diário de Equipe, Forms de Barreiras e Facilitadores Organizacionais. Por último será aplicado dois questionários sobre a aderência e a satisfação: Questionário sobre aderência de uma intervenção para implantação da AMD e o Questionário de satisfação que será elaborado especialmente para esse estudo baseado no Short Assessment of Patient Satisfaction (SAPS). A equipe pesquisadora acompanhará as avaliações e a equipe da unidade, oferecendo auxílio sempre que necessário. A coleta de dados será realizada de forma contínua por seis meses.

No entanto, apenas o grupo intervenção, participará de reuniões presenciais do comitê gestor com os atores intersetoriais relevantes, a fim de formular linhas de cuidado para o

município, de acordo com o cronograma a ser definido. Essas reuniões também discutirão a organização e articulação da rede, sua avaliação e o replanejamento estratégico, quando necessário, para melhor adequação da sua operacionalização.

Gostaria de ressaltar que a participação neste estudo não apresenta riscos imediatos para os participantes. No entanto, existe a possibilidade de riscos subjetivos, uma vez que algumas perguntas podem causar desconforto, evocar sentimentos ou lembranças desagradáveis, ou mesmo gerar um leve cansaço após a resposta aos questionários. Caso ocorra qualquer uma dessas possibilidades, você poderá optar por suspender imediatamente sua participação. Você terá o direito a indenização por qualquer tipo de dano resultante de sua participação na pesquisa. Não haverá nenhum custo ou compensação financeira pela sua participação no estudo. No entanto, esse trabalho poderá contribuir indiretamente para a melhoria da atenção ofertada à saúde da pessoa idosa em seu município. Os resultados da pesquisa estarão disponíveis quando concluídos. Vale ressaltar que apenas o pesquisador terá acesso ao seu endereço de e-mail e informações. Você receberá uma via deste termo, que será rubricado em todas as páginas pelo pesquisador e por você. Nele constarão 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

Endereço para contato (24horas por dia e sete dias por semana): Pesquisador Responsável: Karina Gramani Say. Endereço: UFSCar, Departamento de Gerontologia, Rodovia Washington Luiz, Km. 235- Caixa Postal 676 - CEP 13.565-905 - São Carlos - SP .

Contato telefônico: (16) 3306-6667

E-mail: gramanisay@ufscar.br

Local e data: _____

Nome e Assinatura do
Pesquisador: _____

APÊNDICE B - Formulário de Diário de Equipe

PERGUNTAS	RESPOSTAS
Nome completo:	Espaço para resposta curta
Data do preenchimento:	Mês, dia, ano
Unidade de Saúde da Família:	Espaço para resposta curta
Quantas avaliações multidimensionais de saúde da pessoa idosa foram realizadas neste mês?	Espaço para resposta curta
Quantas avaliações multidimensionais de saúde da pessoa idosa foram registradas no prontuário eletrônico neste mês?	Espaço para resposta curta
Foi criado algum grupo específico para a pessoa idosa neste mês? Se sim, qual (is)?	Espaço para resposta longa
Foi criada alguma linha de cuidado específica para a pessoa idosa neste mês? Se	Espaço para resposta longa

sim, qual (is)?	
A partir dos resultados da avaliação multidimensional de saúde da pessoa idosa foi realizada alguma avaliação específica com o idoso? Se sim, qual?	Espaço para resposta longa
Houve alguma experiência exitosa com a pessoa idosa neste mês? Se sim, qual(is)?	Espaço para resposta longa
Neste mês houve alguma ação específica para a pessoa idosa? Se sim, qual?	Espaço para resposta longa

APÊNDICE C - Questionário de Satisfação

Nome:

E-mail:

Unidade de Saúde:

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 às 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 as perguntas.

1. Quão satisfeito você está com o efeito da articulação de saúde da pessoa idosa?

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

2. Quão satisfeito você está com as explicações que os profissionais lhe deram sobre a AMD?

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

3. Os profissionais foram cuidadosos nas reuniões e explicações necessárias.

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

4. Quão satisfeito você está com os resultados da intervenção no seu ambiente de trabalho?

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

5. Quanto tempo você se sentiu respeitado pela equipe da rede articuladora?

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

6. O tempo que você teve com a equipe de articulação foi muito curto e insuficiente.

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

7. Você está satisfeito com as orientações que recebeu?

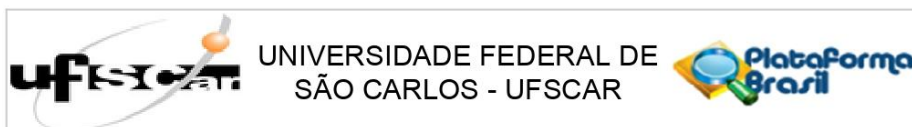
Muito satisfeito	Satisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Insatisfeito	Muito insatisfeito
------------------	------------	---------------------------------	--------------	--------------------

8. O (a) Sr. (Sra.) gostaria de adicionar mais alguma questão em relação à satisfação?

9. Sua expectativa em relação à intervenção foi alcançada? Comente sobre.

8. ANEXOS

ANEXO A - Aprovação no comitê de ética em pesquisa da UFSCar



Continuação do Parecer: 6.831.170

eletrônico na APS. Método: Trata-se de um ensaio comunitário com grupo paralelo com dois braços (Grupo Intervenção-GI, Grupo Controle-GC), razão de alocação por conveniência de 1:1, em 3 momentos de avaliação (inicial, após capacitação e após acompanhamento). Ambos os grupos receberão a capacitação inicial a respeito da AMD. No entanto, o grupo intervenção terá um articulador de saúde da pessoa idosa, que realizará acompanhamento presencial uma vez ao mês. Ambos deverão responder a um questionário de qualificação, diário de equipe, um questionário de adesão e aderência e um questionário de satisfação ambos especificamente elaborados para esse estudo, sendo o segundo baseado no Short Assessment of Patient Satisfaction (SAPS). Espera-se que o grupo intervenção com apoio do articulador da pessoa idosa apresente maior número de avaliações multidimensionais realizadas e registradas no prontuário eletrônico, assim como, maior número de Projeto Terapêutico Singular (PTS) discutidos, de grupos preventivos formados e maior número de linhas de cuidados discutidas intersetorialmente, organizadas e implementadas. Espera-se também que todos esses indicadores colaborem para a satisfação no processo de trabalho e consequentemente, melhorem a qualidade do serviço ofertado à pessoa idosa na APS.

HIPÓTESE

Espera-se que este projeto estimule a adoção da articulação de saúde como estratégia efetiva para fortalecer o atendimento à pessoa idosa na APS, promovendo uma maior integração e satisfação entre os profissionais de saúde e uma melhor coordenação do cuidado, gerando adesão e aderência às políticas de saúde da pessoa idosa já existentes.

METODOLOGIA

Trata-se de um ensaio comunitário com grupo paralelo com dois braços (Grupo Intervenção-GI, Grupo Controle-GC), razão de alocação por conveniência de 1:1, em 3 momentos de avaliação (inicial, após capacitação e após acompanhamento). Será realizado um ensaio comunitário no município de São Carlos no interior do estado de São Paulo que está localizado na DRS III. São Carlos foi escolhido por conveniência por se tratar da sede da Universidade Federal de São Carlos (UFSCar) onde esta inserido o departamento de gerontologia do qual os pesquisadores desse estudo são membros. Este município possui uma população em progresso de envelhecimento (índice de envelhecimento [IE] $\geq$ 80%), e o indicador de registro da AMD abaixo da média nacional que é de 1,48%, além disso embora o município tenha aderido o Projeto DgeroBrasil e a Estratégia Brasil Amigo do Idoso (EBAPI), não realizou nenhuma das ações

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

Página 02 de 08



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 510 de 2016, manifesta-se por considerar "Aprovado" o projeto. Conforme dispõe o Capítulo VI, Artigo 28, da Resolução Nº 510 de 07 de abril de 2016, 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".

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_2282455.pdf	22/04/2024 13:24:26		Aceito
Outros	Carta_Resposta_versao1.pdf	22/04/2024 13:24:01	LUANA RAFAELA PORCATTI	Aceito
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_2282455.pdf	18/04/2024 17:14:37		Aceito
Outros	CARTAACEITE.pdf	18/04/2024 17:14:12	LUANA RAFAELA PORCATTI	Aceito
Outros	CARTAACEITE.pdf	18/04/2024 17:14:12	LUANA RAFAELA PORCATTI	Postado
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_IDOSO1.pdf	18/04/2024 17:12:32	LUANA RAFAELA PORCATTI	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_IDOSO1.pdf	18/04/2024 17:12:32	LUANA RAFAELA PORCATTI	Postado
TCLE / Termos de Assentimento /	TCLE_EQUIPE1.pdf	18/04/2024 17:12:12	LUANA RAFAELA PORCATTI	Aceito

Endereço: WASHINGTON LUIZ KM 235

Bairro: JARDIM GUANABARA

CEP: 13.565-905

UF: SP

Município: SÃO CARLOS

Telefone: (16)3351-9685

E-mail: cephumanos@ufscar.br



UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SÃO CARLOS - UFSCAR



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: IMPACTO DA ARTICULAÇÃO DE SAÚDE DA PESSOA IDOSA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE COM FOCO NA IMPLEMENTAÇÃO DA AVALIAÇÃO MULTIDIMENSIONAL: UM ENSAIO COMUNITÁRIO

Pesquisador: Karina Gramani Say

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 77770424.3.0000.5504

Instituição Proponente: Centro de Ciências Biológicas e da Saúde

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 6.831.170

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_2282455.pdf, de 22/04/2024) e/ou do Projeto Detalhado (PROJETO_CEP.pdf, de 18/04/2024):

RESUMO

Introdução: A Avaliação Multidimensional de Saúde da Pessoa Idosa (AMD) é um instrumento de avaliação e monitoramento de saúde do idoso que auxilia a equipe de saúde na construção do plano de cuidado, detectando a vulnerabilidade dessa população, além de ser um instrumento de gestão na área da saúde. Embora tenha sido sugerida desde 2006 no Caderno de Atenção Primária - Envelhecimento e saúde da Pessoa idosa a AMD ainda é pouco utilizada para a tomada de decisões de gestores e equipes e organização da rede de atenção. Para o envelhecimento saudável, o monitoramento das condições de saúde da pessoa idosa é fundamental, bem como ações de integração intersetorial. Dessa forma, torna-se necessário adotar estratégias para implementar esse valioso instrumento na Atenção Primária à Saúde (APS) e seu uso na organização das linhas de cuidado. **Objetivo:** Verificar se a articulação de saúde da pessoa idosa influencia no número de AMD realizadas e registradas no prontuário

Endereço: WASHINGTON LUIZ KM 235

Bairro: JARDIM GUANABARA

CEP: 13.565-905

UF: SP

Município: SÃO CARLOS

Telefone: (16)3351-9685

E-mail: cephumanos@ufscar.br



UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SÃO CARLOS - UFSCAR



Continuação do Parecer: 6.831.170

propostas por estes e possui apenas 0,10% de idosos avaliados pela AMD. As 27 Unidades de Saúde da Família (USF) deste município responderão um questionário que avalia a prontidão para mudança (Organizational Readiness for Implementing Change Brazil (ORIC-Br). Aquelas que indicarem prontidão há mudança e estiverem de acordo com os critérios de inclusão serão incluídas neste projeto. As USF serão randomizadas em Grupo Controle (GC) e Grupo Intervenção (GI) com razão 1:1 por meio de envelopes selados. Os grupos intervenção e controle participarão de treinamento e capacitação virtual para implementação da avaliação multidimensional da pessoa idosa e, apenas o intervenção, terá acompanhamento presencial desse processo com a inserção de um comitê gestor e de um articulador de saúde da pessoa idosa na rede de atenção. Em síntese, no primeiro momento será realizado contato com a secretária municipal de saúde do município de São Carlos para apresentação da proposta e aceite de participação. Após termo de aceite, a secretária municipal realizará o primeiro contato com as USF do município para articular o desenvolvimento do projeto e será aplicado o ORIC-Br na equipe de cada USF do município. Nesse primeiro momento, as USF que apresentarem prontidão para mudança participarão de uma articulação que consiste na apresentação do projeto junto a equipe responsável, para apresentação dos objetivos e pactuação de metas, além de auxiliar no cronograma de atividade dos grupos intervenção e controle. A execução de tais pontos e o aceite consentido dos gestores municipais, marcam o início da fase de intervenção. Após, será realizada uma capacitação para todas as USF selecionadas (intervenção-controles). Para as unidades consideradas intervenção, além da capacitação, será selecionado e treinado o articulador de saúde da pessoa idosa, que deverá desempenhar sua função tendo como base o modelo adaptado de gestão inovadora de atenção à saúde do idoso, o *The Geriatric Resources for Assessment and Care of Elders* (GRACE). Neste modelo, o articulador atua em conjunto e de maneira sinérgica com os profissionais responsáveis por avaliar o idoso do ponto de vista biopsicossocial e equipe reguladora. Os achados da avaliação deverão ser compartilhados com o restante da equipe, a fim de que seja elaborado um plano de cuidado baseado na estratificação funcional obtida e que englobe a continuidade e coordenação do cuidado, individual e coletivo, estratégias de prevenção e manutenção da saúde, medicamentos e intervenções terapêuticas, cuidado social e familiar. Grupos intervenção e controle terão que responder um diário de equipe através do Google Forms mensalmente com informações sobre procedimentos relacionados à saúde do idoso que foram realizados na unidade, como: número de AMD realizada; número de AMD registrada no prontuário eletrônico; número de grupos criados a partir dos resultados da AMD; número de

Endereço: WASHINGTON LUIZ KM 235

Bairro: JARDIM GUANABARA

CEP: 13.565-905

UF: SP

Município: SÃO CARLOS

Telefone: (16)3351-9685

E-mail: cephumanos@ufscar.br

Página 03 de 08



UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SÃO CARLOS - UFSCAR



Continuação do Parecer: 6.831.170

linhas de cuidados criadas). Por fim, as metas terapêuticas serão repassadas ao idoso e familiares e o articulador ficará responsável pela elaboração das estratégias.

CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Serão incluídas nesse projeto as USF que demonstrarem prontidão para mudança através do ORIC-Br e assinarem o termo de consentimento livre esclarecido (TCLE).

CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Serão excluídas as USF que participarem da capacitação inicial e/ou não tiverem Agentes Comunitários de Saúde disponíveis para realizar as avaliações.

Objetivo da Pesquisa:

Verificar se a articulação de saúde da pessoa idosa influencia no número de AMD realizadas e registradas no prontuário eletrônico na APS.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos: Ressalta-se que a participação neste estudo não apresenta riscos imediatos para os voluntários. No entanto, existe a possibilidade de riscos subjetivos, uma vez que algumas perguntas podem causar desconforto, evocar sentimentos ou lembranças desagradáveis, ou mesmo gerar um leve cansaço após a resposta aos questionários.

Benefícios: Não haverá nenhum custo ou compensação financeira pela participação no estudo. No entanto, esse trabalho poderá contribuir indiretamente para a melhoria da atenção ofertada à saúde da pessoa idosa no município de São Carlos-SP.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de uma pesquisa que deve seguir os preceitos éticos estabelecidos pela Resolução CNS nº 510 de 2016 e suas complementares.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Documentação apresentada conforme solicitação/pendência em parecer anterior.

Documentação completa.

Endereço: WASHINGTON LUIZ KM 235

Bairro: JARDIM GUANABARA

CEP: 13.565-905

UF: SP

Município: SÃO CARLOS

Telefone: (16)3351-9685

E-mail: cephumanos@ufscar.br

Página 04 de 08



UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SÃO CARLOS - UFSCAR



Continuação do Parecer: 6.831.170

Recomendações:

Vide campo "Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações"

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Agradecemos as providências e os cuidados tomados pelos pesquisadores ao apresentarem a 2ª versão do protocolo de pesquisa ao CEP da UFSCar.

Trata-se de análise de resposta ao parecer pendente n. 6.733.764 emitido pelo CEP em 31/03/2024.

Seguem abaixo as pendências listadas no parecer anterior do CEP e seu status (atendida, não atendida, parcialmente atendida).

PENDÊNCIA 1. Nos TCLEs, acrescentar COMO os participantes terão acesso aos resultados da pesquisa. Dados gerais da pesquisa serão compartilhados com os participantes em formato específico (como folder com dados resumidos)? Haverá divulgação do produto final entre os participantes (como o exemplar no repositório institucional ou artigo científico)?

RESPOSTA: Foi adicionado ao TCLE o seguinte parágrafo: O resultado das avaliações serão entregues aos participantes como uma devolutiva, além disso, as publicações resultantes da pesquisa, como, artigos científicos e a dissertação resultante deste trabalho, serão enviadas aos participantes.

ANÁLISE: Pendência atendida.

PENDÊNCIA 2. Nos TCLEs, para além do direito de desistência, acrescentar se haverá algum outro tipo de apoio e encaminhamento? Por exemplo, escuta qualificada, outras intervenções e/ou fornecimento de uma lista de serviços de atenção (e, saúde, educação e social) que existem no município para ajudar o participante em sua demanda.

RESPOSTA: Foi adicionado ao TCLE o seguinte parágrafo: Gostaria de ressaltar que a participação neste estudo não apresenta riscos imediatos para os participantes. No entanto, existe a possibilidade de riscos subjetivos, uma vez que algumas perguntas podem causar desconforto, evocar sentimentos ou lembranças desagradáveis, ou mesmo gerar um leve cansaço após a resposta aos questionários. Caso ocorra qualquer uma dessas possibilidades, você poderá optar por suspender imediatamente sua participação. Se necessário, será disponibilizada uma escuta qualificada, fornecimento de uma lista dos serviços de atenção disponíveis no município e o acompanhamento de caso do voluntário.

ANÁLISE: Pendência atendida.

Endereço: WASHINGTON LUIZ KM 235

Bairro: JARDIM GUANABARA

CEP: 13.565-905

UF: SP

Município: SÃO CARLOS

Telefone: (16)3351-9685

E-mail: cephumanos@ufscar.br

Página 05 de 08



PENDÊNCIA 3. Necessário indicar no método e no TCLE como os dados serão usados e cuidados (quem terá acesso, como serão arquivados ou se serão apagados/excluídos após um determinado período, sobre a responsabilidade de não deixar em nuvens de uma rede global de servidores).

RESPOSTA: Foi adicionado ao TCLE e na metodologia do projeto o seguinte parágrafo: As respostas dos voluntários serão tratadas de forma anônima e confidencial, ou seja, em nenhum momento será divulgado seu nome em qualquer fase do estudo. Para isso, as respostas serão preservadas sendo armazenadas fora da nuvem do servidor logo após o preenchimento dos questionários, no intuito de proteger o acesso aos dados. Os dados serão armazenados em um banco de dados de dados por um período de 5 anos após o fim da pesquisa.

ANÁLISE: Pendência atendida.

PENDÊNCIA 4. O projeto de pesquisa não esclarece como será o modo de convite e recrutamento dos participantes. Solicita-se esclarecer.

RESPOSTA: Foi adicionado no projeto o seguinte parágrafo: Em síntese, no primeiro momento será realizado contato com a secretária municipal de saúde do município de São Carlos para apresentação da proposta e aceite de participação. Após termo de aceite, a secretária municipal realizará o primeiro contato com as USF do município para articular o desenvolvimento do projeto e enviar um documento de adesão do projeto. Os idosos serão abordados nas USF ou encaminhados pela equipe de profissionais da mesma, após aceito nos termos estabelecidos pelo TCLE e resposta dos instrumentos, estarão inclusos na pesquisa. 4.1. Este CEP orienta que de acordo com a Lei Geral de Proteção de Dados, a instituição não pode disponibilizar a lista de pessoas e seus contatos. Em nenhuma fase do projeto o nome ou contato dos participantes será divulgado. Essa informação consta no TCLE e no projeto.

ANÁLISE: Pendência atendida.

PENDÊNCIA 5. Enviar a carta de anuência para realização da pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de São Carlos.

RESPOSTA: A carta de anuência foi anexada na Plataforma Brasil.

ANÁLISE: Pendência atendida.

Endereço: WASHINGTON LUIZ KM 235

Bairro: JARDIM GUANABARA

CEP: 13.565-905

UF: SP

Município: SÃO CARLOS

Telefone: (16)3351-9685

E-mail: cephumanos@ufscar.br



UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SÃO CARLOS - UFSCAR



Continuação do Parecer: 6.831.170

Justificativa de Ausência	TCLE_EQUIPE1.pdf	18/04/2024 17:12:12	LUANA RAFAELA PORCATTI	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_EQUIPE1.pdf	18/04/2024 17:12:12	LUANA RAFAELA PORCATTI	Postado
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO_CEP.pdf	18/04/2024 17:10:59	LUANA RAFAELA PORCATTI	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO_CEP.pdf	18/04/2024 17:10:59	LUANA RAFAELA PORCATTI	Postado
Folha de Rosto	folhaDeRosto_luanap.pdf	26/02/2024 12:47:12	LUANA RAFAELA PORCATTI	Aceito
Outros	ApendicesAnexos.pdf	19/02/2024 17:23:30	LUANA RAFAELA PORCATTI	Aceito
Folha de Rosto	folhaDeRosto_luana_2.pdf	19/02/2024 14:25:50	LUANA RAFAELA PORCATTI	Aceito
Folha de Rosto	folhaDeRosto_luana_.pdf	12/02/2024 11:36:33	LUANA RAFAELA PORCATTI	Aceito
Outros	Anexos_apendices.pdf	02/02/2024 13:50:02	Karina Gramani Say	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA.pdf	02/02/2024 13:44:14	Karina Gramani Say	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

SAO CARLOS, 17 de Maio de 2024

Assinado por:
Sonia Regina Zerbetto
(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

Página 08 de 08

ANEXO B - ORIC-Br

Sobre o processo de implementação de mudança na Unidade de Saúde Família (USF), responda às seguintes perguntas assinalando o número correspondente:					
1	2	3	4	5	
Discordo	Discordo um pouco	Não Discorda/Nem concorda	Concorda um pouco	Concorda	
1- As pessoas que trabalham aqui estão empenhadas na implementação dessa mudança.		1 2 3 4 5			
2- As pessoas que trabalham aqui se sentem confiantes de que conseguirão acompanhar o progresso da implementação dessa mudança.		1 2 3 4 5			
3- As pessoas que trabalham aqui farão tudo que for necessário para implementar essa mudança.		1 2 3 4 5			
4- As pessoas que trabalham aqui se sentem confiantes de que a organização dará apoio às pessoas enquanto elas se adaptam a essa mudança.		1 2 3 4 5			
5- As pessoas que trabalham aqui querem implementar essa mudança.		1 2 3 4 5			

6- As pessoas que trabalham aqui se sentem confiantes de que conseguirão manter o ritmo da implementação dessa mudança.	1	2	3	4	5
7- As pessoas que trabalham aqui se sentem confiantes de que conseguirão superar os desafios que possam surgir na implementação dessa mudança.	1	2	3	4	5
8- As pessoas que trabalham aqui estão determinadas a implementar essa mudança.	1	2	3	4	5
9- As pessoas que trabalham aqui se sentem confiantes de que poderão coordenar tarefas para que a implementação seja realizada sem problemas.	1	2	3	4	5
10- As pessoas que trabalham aqui estão motivadas a implementar essa mudança.	1	2	3	4	5
11- As pessoas que trabalham aqui se sentem confiantes de que poderão administrar a política de implementação dessa mudança.	1	2	3	4	5

ANEXO C - AMPI-AB

AVALIAÇÃO MULTIDIMENSIONAL DA PESSOA IDOSA NA ATENÇÃO BÁSICA (AMPI - AB)

NOME:

DN:

NOME SOCIAL:

SEXO: F () M ()

RAÇA/COR: () Branca () Preta () Amarela () Parda () Indígena

CNS:

ENDEREÇO:

TEL:

UBS:

Aplicação: () Próprio Idoso () Cuidador /Responsável Aplicação: () Presencial () Telefone

1 Idade

Qual a sua idade? () 60|-|74 (0 PONTO) () 75|-|89 (1 PONTO) () 90 ou + (2 PONTOS)

2 Auto Percepção da saúde

Em geral, comparado com outras pessoas de sua idade, o(a) Sr.(a.) diria que sua saúde é: () Muito boa / boa (0 PONTOS) () Regular/ ruim / muito ruim (1 PONTO)

3 Suporte Social

O(A) Sr.(a.) mora sozinho? () NÃO (0 PONTO) () SIM (1 PONTO)

4 Condições Crônicas

O(A) Sr.(a.) teve/tem algumas dessas condições abaixo? () NENHUMA (0 PONTO) () 1 ou 2 (1 PONTO) () 3 ou + (2 PONTOS)

Diabetes mellitus, Hipertensão arterial sistêmica, Acidente vascular encefálico, Doença arterial coronariana, Doenças vasculares, Lesão por pressão, Anemia, Asma, Doença pulmonar obstrutiva crônica, Úlcera péptica, Osteoartrose, Obesidade, Neoplasia, Demência, Epilepsia, Depressão, Doença de Parkinson, DST/HIV/AIDS, Amputação de membro, Tabagismo/Alcoolismo/Outras drogas e Dor crônica.

5 Medicamentos

Quantos medicamentos o(a) Sr.(a.) toma ao dia? () 1 a 4 (0 PONTO) () 5 ou + (1 PONTO)

6 Internações

Quantas vezes o(a) Sr.(a.) ficou internado(a) nos últimos 12 meses? () NENHUMA (0 PONTO) () 1 INTERNAÇÃO (1 PONTO) () 2 INTERNAÇÕES OU + (2 PONTOS)

7 Quedas

Quantas vezes o(a) Sr.(a.) caiu nos últimos 12 meses? () NENHUMA (0 PONTO) () 1 EPISÓDIO (1 PONTO) () 2 EPISÓDIOS OU + (2 PONTOS)

8 Visão

O(A) Sr.(a.) tem alguma dificuldade para enxergar? (mesmo usando óculos) () NÃO (0 PONTO) () SIM (1 PONTO)

9 Audição

O(A) Sr.(a.) tem alguma dificuldade para ouvir ou as pessoas acham que o(a) senhor(a) ouve mal? () NÃO (0 PONTO) () SIM (1 PONTO)

10 Limitação Física

Verificar se o(a) idoso(a) é capaz de tocar a nuca com ambas as mãos. SIM () NÃO ()

() SIM para todas os itens (0 PONTO) () NÃO em 1 a 4 itens (1 PONTO)

Verificar se o(a) idoso(a) é capaz de apanhar um lápis sobre a mesa com uma das mãos e colocá-lo de volta. SIM () NÃO ()

Perguntar: o(a) Sr.(a.) consegue andar 400 metros (aproximadamente quatro quarteirões)? SIM () NÃO ()

Perguntar: o(a) Sr.(a.) consegue sentar-se ou levantar-se sem dificuldade? SIM () NÃO ()

11 Cognição

O(A) Sr.(a.) acha ou algum familiar/amigo falou que o(a) Sr.(a.) está ficando esquecido? SIM () NÃO () () NÃO para todos os itens (0 PONTO) () SIM em 1 a 3 itens (1 PONTO)

O esquecimento está piorando nos últimos meses? SIM () NÃO ()

O esquecimento está impedindo a realização de alguma atividade do cotidiano? SIM () NÃO ()

12 Humor

No último mês, o(a) Sr.(a.) sentiu desânimo, tristeza ou desesperança? SIM () NÃO ()

() NÃO para todas os itens (0 PONTO) () SIM em 1 a 2 itens (1 PONTO)

No último mês, o(a) Sr.(a.) perdeu o interesse ou prazer em atividades anteriormente prazerosas? SIM () NÃO ()

13 Atividades Básicas da Vida Diária - ABVD

O(a) Sr.(a.) precisa de ajuda para sair da cama? SIM () NÃO () () NÃO para todas os itens (0 PONTO) () SIM em 1 a 4 itens (1 PONTO)

O(a) Sr.(a.) precisa de ajuda para vestir-se? SIM () NÃO ()

O(a) Sr.(a.) precisa de ajuda para alimentar-se? SIM () NÃO () O(a) Sr(a) precisa de ajuda para tomar banho? SIM () NÃO ()

14 Atividades Instrumentais da Vida Diária – AIVD

O(a) Sr.(a.) precisa de ajuda para realizar atividades fora de casa? SIM () NÃO ()

() NÃO para todas os itens (0 PONTO) () SIM em 1 a 2 itens (1 PONTO)

O(a) Sr.(a.) precisa de ajuda para lidar com seu dinheiro (pagar contas, conferir troco, ir ao banco, etc.)? SIM () NÃO ()

15 Incontinência

O(a) Sr.(a.) perde urina sem querer? SIM () NÃO () () NÃO para todas os itens (0 PONTO) () SIM em 1 a 3 itens (1 PONTO)

O(a) Sr.(a.) perde fezes sem querer? SIM () NÃO ()

16 Perda de peso não intencional

Nos últimos 12 meses o(a) Sr.(a.) perdeu peso sem ter feito dieta ou mudado qualquer hábito de vida? (4,5 kg ou 5% de perda nos últimos 12 meses) NÃO () (0 PONTO) SIM () (1 PONTO)

17 Condições bucais

O(a) Sr.(a.) tem problemas para mastigar devido a problemas nos seus dentes ou na sua prótese? SIM () NÃO () () NÃO para todas os itens (0 PONTO) () SIM em 1 a 4 itens (1 PONTO)

O(a) Sr.(a.) tem problemas para engolir ou apresenta engasgos ao se alimentar? SIM () NÃO ()

O(a) Sr.(a.) deixou de comer algum tipo de alimento pela falta de dentes ou problemas nos seus dentes ou na sua prótese? SIM () NÃO () Sua(s) prótese(s) está(ão) lhe trazendo desconforto? SIM () NÃO ()

CLASSIFICAÇÃO () SAÚDAVEL - 0 a 5 pontos () PRÉ-FRÁGIL – 6 a 10 pontos () FRÁGIL - > 11 pontos Total

DATA:

Nome e Assinatura do Profissional:

AMPI-AB:QUESTIONÁRIO DE DADOS SOCIAIS

1.Estado civil:

casado(a) () solteiro(a) () outros (), qual?

viúvo(a) () há quanto tempo?

2. Gênero/Orientação sexual:

O Sr.(a) está satisfeito com sua sexualidade? Sim () Não () Gostaria de conversar sobre isso?

3. Reside com quem:

sozinho () cônjuge () familiar () ,quem? outros (), quem?

4. Caso esteja residindo sozinho:

Porque o Sr.(a) está residindo sozinho(a)?

5. Reside em:

Casa, apartamento ou sobrado () Cômodo/Edícula () Instituição de Longa Permanência ()
República () Residência terapêutica () Locação social () Centro de Acolhida () Rua ()
Outros (), qual?

6. Imóvel:

Próprio () Alugado () Cedido () Público () Outros (), qual?

7. Caso fique doente ou tenha algum problema, o Sr.(a) tem com quem contar?

Não () Sim () Quem?

8. Possui suporte de alguma pessoa?

Não () Sim () Para: ABVD () AIVD () AAVD () Quem?

9. Tem alguma fonte de renda fixa?

Não () Sim () Aposentado () Pensionista () BPC/LOAS () BOLSA FAMÍLIA ()

10. Mantém alguma atividade de trabalho com ou sem registro em carteira?

Não () Sim () Atividade:

11. Recebe ajuda financeira?

Não () Sim () Familiar () Amigos () Outros (), qual? Instituição de Assistência ()

12. Frequentou a escola?

Não () Sim () Quantos anos?

13. Possui religião ou credo/espiritualidade?

Não () Sim () Qual?

14. Meio de Transporte utilizado:

Ônibus () Táxi/Aplicativo () Veículo de conhecidos () Metrô/Trem () Motocicleta ()
Bicicleta () Outros (), qual?

15. Tem alguma dificuldade para sair de sua casa e andar nas redondezas?

Não () Sim () Qual a dificuldade e por quê? 16. Atualmente algo ou alguém o (a) incomoda?
Não () Sim () O quê ou quem?

17. Já sofreu alguma situação de violência (física, psicológica, sexual, medicamentosa, emocional, social, negligência, abandono, abuso financeiro/econômico ou autonegligência)?

Não () Sim () Gostaria de conversar sobre isso?

Data:

Nome e Assinatura do profissional: