

## Avaliação da gestão municipal para as ações da atenção à saúde do idoso

Evaluation of municipal administration of healthcare actions for the elderly

Evaluación de la gestión municipal en las acciones de la atención a la salud del anciano

Keila Cristina Rausch Pereira <sup>1,2</sup>  
Josimari Telino de Lacerda <sup>1</sup>  
Sonia Natal <sup>1</sup>

doi: 10.1590/0102-311X00208815

### Resumo

O processo de envelhecimento fragiliza o indivíduo e compromete sua independência e autonomia. A atenção à saúde do idoso deve garantir a recuperação da saúde e a manutenção da autonomia conforme assegurado no Estatuto do Idoso e nas políticas que orientam o Sistema Único de Saúde. O objetivo foi avaliar a capacidade da gestão municipal em prover a atenção à saúde do idoso por meio de um estudo de casos múltiplos. A avaliação foi orientada por um modelo avaliativo validado entre especialistas de gestão e avaliação, com 16 indicadores que analisam aspectos político-organizacionais e técnico-operacionais. A atenção ao idoso foi considerada regular em todos os cinco casos analisados. As ações de promoção e prevenção foram identificadas como as melhores práticas, e o maior desafio foi nos processos de articulação intra e intersectorial necessários para a atenção à saúde do idoso.

*Atenção à Saúde; Garantia da Qualidade dos Cuidados de Saúde; Idoso*

### Correspondência

K. C. R. Pereira  
Rua Almirante Lamego 910, apto. 604B, Florianópolis, SC  
88015-600, Brasil.  
keilarausch@gmail.com

<sup>1</sup> Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, Brasil.

<sup>2</sup> Universidade do Sul de Santa Catarina, Florianópolis, Brasil.



## Introdução

O envelhecimento é um processo natural, de diminuição progressiva da reserva funcional dos indivíduos<sup>1</sup>. O desafio na atenção à pessoa idosa é contribuir para que elas redescubram possibilidades de viver sua própria vida com a máxima qualidade possível, apesar das progressivas limitações inerentes ao processo.

Nesse contexto, as ações para atenção à saúde do idoso devem pautar-se na otimização das oportunidades de saúde, de participação e de segurança, com o objetivo de melhorar a qualidade de vida no processo de envelhecimento. Para tanto, necessitam de políticas públicas que promovam a independência ou a redução do risco de vulnerabilidade em todas as instâncias da sociedade. Tais ações contribuirão para o alcance de um envelhecimento que signifique também um ganho na qualidade de vida e saúde<sup>2</sup>.

Na Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI)<sup>3</sup>, saúde é traduzida como capacidade funcional. Para a política, capacidade funcional é composta por: *autonomia*, capacidade de gerir a própria vida e de tomar decisões; e *independência*, capacidade de realizar atividades cotidianas sem auxílio. A independência e a autonomia, pelo maior tempo possível, são metas a serem alcançadas nas ações direcionadas à pessoa idosa. A dependência é o maior temor nessa faixa etária e evitá-la ou postergá-la passa a ser uma função de toda a equipe de saúde, em todos os níveis<sup>4</sup>. O *Estatuto do Idoso*<sup>5</sup> em conjunto com a PNSPI asseguram à pessoa idosa uma atenção à saúde de forma integral e em todos os níveis. A atenção deve ser de tal maneira que garanta a autonomia e a independência por meio de serviços organizados e qualificados de responsabilidade do gestor municipal.

É responsabilidade do gestor municipal garantir acesso preferencial e contínuo à atenção em saúde em todos os níveis. Para tal, é preciso garantir profissionais e infraestrutura em quantidade e qualidade suficientes, bem como a articulação com os outros setores das políticas públicas e com a própria comunidade. A atenção à saúde do idoso deve ser oferecida de maneira que contemple todas as suas necessidades de saúde e a manutenção de sua autonomia no tempo certo e da maneira correta<sup>3</sup>.

O objetivo deste trabalho foi avaliar a gestão municipal no que se refere às ações para atenção à saúde do idoso, referenciado pelos pressupostos das políticas de saúde que abordam o envelhecimento e *Estatuto do Idoso*.

## Metodologia

Estudo de casos múltiplos desenvolvido em cinco municípios de Santa Catarina, Brasil, com abordagem quantitativa e qualitativa, tendo como objeto de avaliação as ações da gestão municipal na atenção à saúde do idoso.

A seleção dos casos foi pautada na análise de 5 indicadores utilizados em estudos do Núcleo de Extensão e Pesquisa em Avaliação em Saúde/Universidade Federal de Santa Catarina (NEPAS/UFSC; <http://nepas.ufsc.br/>), 12 em estudos do Sistema de Indicadores de Saúde e Acompanhamento de Políticas do Idoso (SISAP; <http://www.saudeidoso.icict.fiocruz.br>) e 5 em estudos da Secretaria Estadual de Saúde/Santa Catarina (SES/SC; <http://portalses.saude.sc.gov.br>), que abordavam aspectos de atenção ao idoso. Foram incluídos nesta etapa 293 municípios, 2 foram excluídos por terem sido recentemente emancipados e as informações necessárias não estarem disponíveis nos sistemas pesquisados. Para a seleção dos casos, os municípios foram agrupados segundo o porte populacional considerando cinco níveis: porte 1 (menos de 10.000 habitantes, n = 170 municípios); porte 2 (10.001 a 25.000 habitantes, n = 71 municípios); porte 3 (25.001 a 50.000 habitantes, n = 23 municípios); porte 4 (50.001 a 100.000 habitantes, n = 14 municípios); e porte 5 (acima de 100.000 habitantes, n = 11 municípios). Coletada as informações dos indicadores selecionados, foi realizada uma análise da consistência dos dados e os valores extremos foram substituídos pela média. Cada indicador foi analisado pelos quartis (Q), que recebeu um escore ( $1^oQ = 0$ ,  $2^oQ = 1$  e  $4^oQ = 2$ ) de acordo com o seu desempenho. O resultado final do desempenho do município em cada porte foi calculado pela média. Os casos selecionados foram os municípios que apresentaram as melhores médias dos 22 indicadores, em cada um dos cinco estratos de porte populacional. Todos os municípios, casos selecionados, aceitaram responder ao instrumento de coleta desenvolvido para este estudo, exceto o município

do porte 5 que recusou por motivos operacionais, sendo então incluído o segundo município de melhor desempenho no porte. Dessa maneira, cada porte populacional foi representado por um caso.

O Modelo Avaliativo foi elaborado para esta avaliação, orientado por marcos teóricos e legais da atenção ao idoso de responsabilidade do gestor municipal<sup>3,5,6</sup>. O Modelo Avaliativo foi submetido para análise e validação em oficinas de consenso. A técnica utilizada foi o comitê tradicional, em carga horária de 20 horas com quatro doutores da área de avaliação (NEPAS/UFSC), dois doutores em geriatria/gerontologia, dois gestores da atenção primária à saúde e estudantes de pós-graduação (NEPAS/UFSC). Trata-se do produto de um estudo de avaliabilidade cujos elementos avaliativos foram validados e sua aplicabilidade testada em um estudo piloto realizado anteriormente. É composto por duas dimensões: Político-organizacional e Técnico-operacional desagregadas em seis subdimensões e 16 indicadores distribuídos nas subdimensões (Tabela 1).

Os procedimentos usados para a coleta dos dados primários incluíram entrevista, visita para observação direta e, para os dados secundários, coleta em relatórios e atas dos Conselhos Municipais de Saúde e páginas da Internet do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS) e do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).

As entrevistas foram realizadas e gravadas com o secretário municipal da saúde ou uma pessoa indicada por ele, e um representante de uma unidade básica de saúde (UBS), orientadas por um roteiro de entrevista semiestruturado, previamente testado e validado em estudo piloto. Essas entrevistas foram transcritas em sua íntegra e as informações inseridas em planilha eletrônica, assim como os dados coletados para análise documental, dados quantitativos e observação direta. Por meio da análise de conteúdo, proposta por Bardin, as categorias de análises foram preestabelecidas na Matriz de Análise e Julgamento. A análise sistemática e objetiva das informações obtidas, com base nas

**Tabela 1**

Elementos da Matriz de Análise e Julgamento nas dimensões da gestão da atenção à saúde do idoso.

Dimensão	Subdimensão	Indicadores	Medida	Fonte	Parâmetro	
Político-organizacional	Recursos Humanos	Suficiência da Atenção Básica de Saúde/ Atenção Primária de Saúde	Taxa de cobertura da ESF	Dados secundários	Suficiente: > 70% Regular: 50% a 70% Insuficiente: < 70%	
			Composição da equipe	Entrevista	Composição das equipes Regular: equipe mínima Bom: equipe expandida Ruim: sem equipe completa	
		Atenção Especializada	Percepção quanto à suficiência de RH	Entrevista	Bom: percepção positiva	
			Qualificação da Atenção Básica de Saúde/Atenção Primária de Saúde	Incentivo para a qualificação	Entrevista	Bom: ter incentivos sem ônus para o profissional
			Serviço de geriatria/ gerontologia	Entrevista	Bom: próprio ou conveniado a uma distância mínima de 50km do município Regular: distância superior a 50km Ruim: se não tem referência	
			Percepção	Entrevista	Bom: percepção boa do uso da especialidade	

(continua)

Tabela 1 (continuação)

Dimensão	Subdimensão	Indicadores	Medida	Fonte	Parâmetro
Político-organizacional	Infraestrutura	Adequação da Estrutura Física	Percentual de UBS com condições de acessibilidade ao idoso	Observação direta	Bom: tem de ter rampas de acessos, corrimãos, banheiros adaptados
				Observação direta	Bom: entorno seguro
		Continuidade dos Insumos	Disponibilidade de medicamentos de uso contínuo	Entrevista	Bom: não pode faltar nenhum dia (100%)
				Entrevista	Bom: não pode faltar mais que 7 dias
	Articulação	Atuação Intersetorial	Representante do setor de planejamento e/ou infraestrutura urbana no CMS	Entrevista	Bom: presença
				Entrevista	Bom: ações intersetoriais envolvendo as áreas do planejamento e/ou infraestrutura urbana
	Articulação	Atuação Intersetorial	Protocolo de vigilância elaborado pela secretaria, discutido e pactuado com outras instâncias	Observação direta	Bom: presença de um protocolo pactuado
				Controle Social	Representação do idoso no CMS
	Controle Social	Frequência de abordagem ao tema envelhecimento	Análise documental		

(continua)

categorias determinadas no estudo, permitiu identificar elementos para descrever as ações para atenção à saúde do idoso. Os extratos das entrevistas transcritas e dos registros das observações de campo que expressavam as opiniões e as ações dos secretários de saúde municipais e os trechos retirados dos documentos analisados foram organizados de forma manual, cada texto isoladamente. A análise por categorias funcionou por operações de desmembramento do texto e reagrupamento por unidades de registro. A análise dos dados secundários foi igualmente orientada pela Matriz de Análise e Julgamento. Nos casos em que a aferição dos indicadores estava orientada por diferentes fontes de coleta e na possibilidade da discordância das informações, a observação direta orientou a decisão final.

A análise dos indicadores foi orientada pelos parâmetros normativos e revisão da literatura científica, pactuados em oficinas de consenso com *expert* na área de avaliação, geriatria/gerontologia e gestão.

A agregação dos elementos avaliativos seguiu os critérios estabelecidos de modo a permitir o ajuizamento de cada um deles, possibilitando a identificação de ponto de fragilidades e fortalezas (Tabela 2). Os critérios foram os seguintes: na agregação de três elementos avaliativos: (i) “bom” quando mais de 50% dos elementos foram avaliados como “bom” e nenhum “ruim”; (ii) “ruim” quando 50% ou

**Tabela 1 (continuação)**

Dimensão	Subdimensão	Indicadores	Medida	Fonte	Parâmetro
Técnico-operacional	Promoção e Prevenção	Educação em Saúde	Existência de grupos de convivência com reuniões periódicas	Análise documental	Bom: ter grupo com frequência de pelo menos 1 vez ao mês
			Oferta de cursos para a população com temáticas do interesse do idoso	Entrevista	Bom: ter curso com frequência 1 vez ao ano
		Cobertura Vacinal	Taxa de idosos imunizados contra a influenza no último ano	Dados secundários	Bom: $\geq 80\%$
	Diagnóstico e Tratamento	Agilidade no Diagnóstico de Especialista	Tempo de espera para consulta em cardiologia e neurologia	Entrevista	Bom: cardiologia não pode passar de 15 dias
			Mecanismo para redução do tempo de espera	Entrevista	Bom: neurologista não pode passar de 30 dias
			Mecanismo para redução do tempo de espera	Entrevista	Bom: ter mecanismo para reduzir a esper
		Adequação do Tratamento	Taxa da população cadastrada e com carteira do idoso	Observação direta/ Análise documental	Bom: 100% a 80% Regular: 79% a 50% Ruim: > 50%
	Manutenção e Reabilitação	Resolubilidade da Atenção Básica	Disponibilidade de protocolo qualificado de atenção	Observação direta/ Entrevista/Análise documental	Bom: ter protocolo pactuado e disponível
			Redução internações por causas sensíveis a atenção básica nos idosos acima de 70 anos no decênio	Dados secundários	Bom: tendência de redução estatisticamente significativa no decênio
		Monitoramento	Disponibilidade de instrumentos de avaliação funcional pactuados com a equipe	Observação direta/ Entrevista/Análise documental Entrevista	Bom: ter instrumento de avaliação Bom: pactuado (para fins de uso)
	Qualidade do Cuidado	Acesso a Serviços de Manutenção e Reabilitação	Oferta periódica de cursos de capacitação/formação de cuidadores	Entrevista/Análise documental Observação direta/ Entrevista	Bom: ter capacitação Bom: pelo menos a cada 2 anos
			Disponibilidade de próteses dentárias totais	Observação direta Entrevista	Bom: serviço de próteses Bom: ter o serviço de fisioterapia
		Acesso tempestivo a serviço de fisioterapia	Entrevista	Bom: tempo de espera menor que 10 dias	

CMS: Conselho Municipal de Saúde; ESF: Estratégia Saúde da Família; RH: recursos humanos; UBS: unidade básica de saúde.

mais elementos foram avaliados como “ruim” e nenhum “bom”; e (iii) “regular” nas demais situações. Na agregação de dois elementos: (i) “bom” quando um elemento foi avaliado como “bom” e nenhum “ruim”; (ii) “ruim” quando um elemento foi avaliado como “ruim” e nenhum “bom”; (iii) “regular” para as outras situações. No sucessivo processo de agregação foram atribuídos os escores 0, 1 e 3 para a classificação “ruim,” “regular” e “bom”, respectivamente.

Todos os indicadores e subdimensões foram considerados com o mesmo peso. No julgamento final considerou-se a dimensão Técnico-operacional com peso 2.

**Tabela 2**

Forma de agregação e juízos de valores.

Dimensão	Subdi- mensão	Indicador	Medida	Escores das medidas	Resultado dos indicadores	Resultado da subdi- mensão	Resultado da dimensão	Resultado
Político- operacional	Recursos Humanos	Suficiência da Atenção Básica de Saúde/Atenção Primária de Saúde	Taxa de cobertura da atenção básica de saúde/atenção primária de saúde	(3); (1); (0)	9 a 7: Bom 6 a 2: Regular 0 a 1: Ruim	Bom Regular Ruim		
			Composição da equipe	(3); (1); (0)				
			Percepção da suficiência	(3); (0)				
		Qualificação da Equipe	Ter/indicar curso para qualificar a equipe	(3); (0)	≥ 4: Bom 3: Regular < 3: Ruim			
			Dispensar para qualificação sem ônus	(3); (0)				
		Atenção Especializada	Ter acesso a serviços de geriatria/gerontologia	(3); (0)	9 a 7: Bom 6 a 2: Regular 0 a 1: Ruim			
			Distância segura do serviço	(3); (1); (0)				
	Infraes- trutura	Adequação da Estrutura Física	100% das UBS com acessibilidade interna	(3); (0)	≥ 4: Bom 3: Regular < 3: Ruim			
			100% das UBS com entorno seguro	(3); (0)				
		Continuidade dos Insumos	Disponibilidade de medicamentos de uso contínuo	(5); (0)	> 10: Bom 10 a 3: Regular 0 a 2: Ruim	Bom Regular Ruim	Bom Regular Ruim	Bom Regular Ruim
			Disponibilidade de medicamentos auxiliares	(5); (0)				
			Mecanismo de correção da falta	(3); (0)				
		Condição de Mobilidade da Equipe	100% das UBS com carro disponível	(3); (0)	≥ 4: Bom 3: Regular < 3: Ruim			
			Atendimento domiciliar estruturado	(3); (0)				
	Articulação	Atuação Intersetorial	Ter representante do setor de planejamento e/ ou infraestrutura no CMS	(3); (0)	9 a 7: Bom 6 a 2: Regular 0 a 1: Ruim			
			Ações interstoriais do planejamento e/ou infraestrutura	(3); (0)				
			Protocolo pactuado de vigilância à violência	(3); (0)		Bom Regular Ruim		
Controle Social		Ter idoso ou representante de idosos na composição do CMS	(3); (0)	≥ 4: Bom 3: Regular < 3: Ruim				
	Reunião no CMS pelo menos 1 vez ao ano com o tema envelhecimento	(3); (0)						

(continua)

**Tabela 2 (continuação)**

Dimensão	Subdi- mensão	Indicador	Medida	Escores das medidas	Resultado dos indicadores	Resultado da subdi- mensão	Resultado da dimensão
Técnico- operacional	Promoção e Prevenção	Educação em Saúde	Existência de grupos de convivência com reuniões periódicas	(3); (1); (0)	≥ 4: Bom 3: Regular < 3: Ruim	Bom Regular Ruim	
			Oferta de cursos para a população com temáticas do interesse ao idoso	(3); (1); (0)			
			Cobertura Vacinal Taxa de cobertura vacinal contra a influenza	(3); (1); (0)	3: Bom 1: Regular 0: Ruim		
	Diagnóstico e Tratamento	Agilidade no Diagnóstico de Especialista	Tempo de espera para consulta no cardiologista	(3); (0)	9 a 7: Bom 6 a 2: Regular 0 a 1: Ruim	Bom Regular Ruim	
			Tempo de espera para a consulta no neurologista	(3); (0)			
			Ter mecanismo para redução do tempo de espera	(3); (0)			
		Adequação do Tratamento	Cadastro de idosos e distribuição da carteirinha do idoso	(3); (1); (0)	≥ 4: Bom 3: Regular < 3: Ruim		
			Disponibilidade de protocolo qualificado de atenção	(3); (0)			
		Resolubilidade da Atenção Básica de Saúde/Atenção Primária de Saúde	Redução das internações por causas sensíveis à atenção básica nos idosos até 70 anos no decênio	(3); (0)	3: Bom 0: Ruim		
	Manutenção e Reabilitação	Monitoramento	Disponibilidade de instrumentos de avaliação funcional	(3); (0)	≥ 4: Bom 3: Regular < 3: Ruim	Bom Regular Ruim	
			Disponibilidade de instrumentos pactuados com a equipe	(3); (0)			
			Qualidade do Cuidado	Oferta de cursos para formação de cuidadores	(3); (0)		
			Oferta periódica de curso para formação de cuidadores	(3); (0)			
		Acesso a Serviços de Manutenção e Reabilitação	Disponibilidade de próteses dentárias totais	(3); (0)	9 a 7: Bom 6 a 2: Regular 0 a 1: Ruim		
			Acesso ao serviço de fisioterapia	(3); (0)			
	Acesso tempestivo a fisioterapia	(3); (0)					

CMS: Conselho Municipal de Saúde; UBS: unidades básicas de saúde.

Nota: Bom = 3; Regular = 1; Ruim = 0.

Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (Universidade do Sul de Santa Catarina), sob o parecer nº 668.705/2014, registrada na Plataforma Brasil sob nº 30220713.8.0000.5369.

## Resultados

### Caracterização dos casos

Santa Catarina, de acordo com o IBGE (<http://cidades.ibge.gov.br>, acessado em 30/Set/2015), lidera o *ranking* nacional da taxa de idosos na população, e nos municípios selecionados o comportamento deste indicador mostra esta realidade. Em todos os municípios participantes existe uma estruturação mínima dos serviços de saúde, tanto na atenção primária como na atenção hospitalar. Destaca-se o Caso 1 que registrou maior a proporção de idosos e apresentou também uma relação ESF/população como recomendado, já o Caso 5 apresentou o número de ESF aquém do necessário. O Caso 2 registrou a maior taxa de internação de idosos, e o Caso 4 a maior taxa de mortalidade. A qualidade da assistência aos idosos na atenção básica em saúde/atenção primária em saúde calculada comparando as taxas de idosos internados por doenças sensíveis em relação ao atendimento ambulatorial nos dois últimos triênios, foi desfavorável no Caso 1 (Tabela 3).

Nenhum Caso foi considerado “bom” quanto à gestão da atenção ao idoso e na análise de agregação por dimensão. A subdimensão com o melhor resultado foi Promoção e Prevenção (SUBPP), em que dois Casos conquistaram o conceito “bom” (M2 e M5), e o pior resultado foi Articulação (SUBAR) com três Casos (M1, M3 e M4) julgados como “ruim” (Figura 1).

Os Casos foram analisados em cada um dos indicadores (Figura 1). Do conjunto dos 16 indicadores analisados, o percentual máximo de resultados positivos (classificação “bom”) foi 37%, alcançado por dois Casos (M2 e M5) que, coincidentemente, também foram os que apresentaram a menor quantidade de indicadores avaliados como “ruim”. Um Caso (M3) apresentou o maior número de resultados negativos, nove indicadores.

**Tabela 3**

Características sociodemográficas dos municípios participantes.

	Municípios				
	M1	M2	M3	M4	M5
Porte	1	2	3	4	5
População *	3.253	13.309	26.045	61.968	124.557
Idosos (%) *	14	9	11	8	10
UBS **, **	1	6	6	13	13
EqSF **, **	1	6	5	11	14
Hospitais *	1	1	1	1	7
IDH *	0,67	0,74	0,69	0,78	0,85
IDH-longevidade *	0,84	0,88	0,82	0,87	0,89
Taxa de internação geral de idosos ***	922,60	2.143,10	1.109,20	1.445,50	933,41
Taxa de mortalidade geral de idosos ***	293,18	269,90	267,56	355,68	276,06
Qualidade de assistência aos idosos na atenção primária de saúde #	0,0	0,3	0,3	0,3	0,3
Acesso da população idosa à atenção primária de saúde na UBS #	100	75	75	75	75

EqSF: equipes de saúde da família; IDH: índice de desenvolvimento humano; UBS: unidades básicas de saúde.

Nota: população e proporção estimadas, taxa por 1.000 habitantes.

Fontes: \* Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (<http://cidades.ibge.gov.br>, acessado em 30/Set/2015); \*\* Municípios; \*\*\* Sistema de Indicadores de Saúde e Acompanhamento de Políticas do Idoso (<http://www.saudeidoso.icict.fiocruz.br>); # Núcleo de Extensão e Pesquisa em Avaliação em Saúde/ Universidade Federal de Santa Catarina (<http://nepas.ufsc.br/>).

**Figura 1**

Análise dos casos estudados.

Município	População (1.000 habitantes)	Dimensão Político-organizacional								Dimensão Técnico-operacional								% bom nos casos
		Recursos Humanos			Infraestrutura			Articulação		Promoção e Prevenção		Diagnóstico e Tratamento			Manutenção e Reabilitação			
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	
M1	Até 10	Regular	Regular	Ruim	Regular	Regular	Bom	Regular	Ruim	Ruim	Bom	Regular	Regular	Bom	Ruim	Ruim	Regular	19,0
M2	10 a 25	Regular	Regular	Regular	Ruim	Ruim	Bom	Ruim	Bom	Bom	Regular	Regular	Regular	Bom	Ruim	Ruim	Bom	37,0
M3	25 a 50	Regular	Ruim	Ruim	Ruim	Ruim	Bom	Regular	Ruim	Ruim	Bom	Regular	Ruim	Ruim	Ruim	Ruim	Bom	19,0
M4	50 a 100	Regular	Regular	Bom	Ruim	Regular	Regular	Regular	Ruim	Ruim	Bom	Regular	Bom	Bom	Bom	Bom	Regular	31,0
M5	Mais de 100	Regular	Bom	Bom	Ruim	Regular	Bom	Regular	Regular	Bom	Bom	Ruim	Ruim	Bom	Regular	Ruim	Regular	37,0
% bom		0	20	40	0	0	80	0	20	40	80	0	20	80	20	20	40	

JUÍZO FINAL									
Município	Político-organizacional			Técnico-operacional			Dimensão		Total
	Recurso Humanos	Infraestrutura	Articulação	Promoção e Prevenção	Diagnóstico e Tratamento	Manutenção e Reabilitação	Político-organizacional	Técnico-operacional	
M1	Regular	Regular	Ruim	Regular	Regular	Ruim	Regular	Regular	Regular
M2	Regular	Regular	Regular	Bom	Regular	Regular	Regular	Regular	Regular
M3	Ruim	Regular	Ruim	Regular	Regular	Regular	Ruim	Regular	Regular
M4	Regular	Ruim	Ruim	Regular	Bom	Regular	Ruim	Regular	Regular
M5	Bom	Regular	Regular	Bom	Regular	Regular	Regular	Regular	Regular

Ruim   
 Regular   
 Bom 

Indicadores: (1) Suficiência da Atenção Básica de Saúde/Atenção Primária de Saúde; (2) Qualificação da Atenção Básica de Saúde/Atenção Primária de Saúde; (3) Atenção Especializada; (4) Adequação da Estrutura Física; (5) Continuidade dos Insumos; (6) Condição de Mobilidade da Equipe; (7) Atuação Intersetorial; (8) Controle Social; (9) Educação em Saúde; (10) Cobertura Vacinal; (11) Agilidade no Diagnóstico de Especialista; (12) Adequação do Tratamento; (13) Resolubilidade da Atenção Básica de Saúde/Atenção Primária de Saúde; (14) Monitoramento; (15) Qualidade do Cuidado; (16) Acesso a Serviços de Manutenção e Reabilitação.

Os indicadores com os melhores resultados foram Condições de Mobilidade da Equipe e Cobertura Vacinal, com quatro Casos apresentando a melhor classificação. Em segundo lugar, o indicador Resolubilidade da Atenção Básica, que apesar de igual número de Casos com resultado positivo, M3 apresentou classificação “ruim”. Em cinco indicadores (I1 – Suficiência da Atenção Básica em Saúde/Atenção Primária em Saúde, I4 – Adequação da Estrutura Física, I5 – Continuidade dos Insumos, I7 – Atuação Intersetorial e I11 – Agilidade ao Diagnóstico e Tratamento) nenhum Caso foi classificado como “bom”; mas um deles, o que avaliava a Adequação de Estrutura Física (I4), obteve o maior número de municípios com resultado “ruim” (Figura 1).

**Dimensão Político-organizacional**

A subdimensão Recursos Humanos (SUBRH) expressa o empenho da gestão na garantia de profissionais de saúde, em quantidade e qualificação para atuação na atenção básica e aporte de especialistas na atenção ao idoso. Todos os Casos foram classificados como “regular” no indicador Suficiência da Atenção Básica em Saúde/Atenção Primária em Saúde, que analisou cobertura populacional, composição da equipe e percepção. A percepção contribuiu para o resultado da avaliação, uma vez que os Casos M1, M2 e M5 apresentaram cobertura acima de 70%, conforme observa-se na resposta de um dos entrevistados:

*“Cobertura em porcentagem nós temos, mas não é suficiente, a gente organiza pros que têm mais dificuldades, a gente tem uma rotina de visitas, às quintas-feiras à tarde, a gente distribui ao longo do mês só pra esses, e aí então a gente consegue passar a visita em todos eles... mas tem que torcer para um idoso não complicar...”* (E1).

O incentivo para a qualificação sem ônus para o profissional orientou a análise do indicador Qualificação da Atenção Básica. Apenas o Caso M5 cumpriu integralmente essa condição e a dispensa para a participação em cursos ocorre, mas em geral, com exigência de reposição, *“...é dispensando, mas não vale a pena, pois tem que dar conta do serviço, repor as horas...”* (E7).

O indicador Atenção Especializada obteve o maior número de Casos avaliados como “bom” na SUBRH, pois ofereciam serviços especializados com distância inferior a 50km do município, e a percepção dos entrevistados era de que atendiam às necessidades. A distância foi agregada na análise especialmente pelas características da população estudada e referendada por alguns entrevistados, conforme observa E5: *“...se precisar a gente até leva para outro município através do TFD [Transporte Fora do Domicílio], mas eles [idosos] voltam muito esgotados, às vezes nem compensa... eles não aguentam a distância...”*.

A subdimensão Infraestrutura (SUBIE) reflete as responsabilidades da gestão municipal em assegurar ao idoso a acessibilidade e continuidade da atenção à saúde, não importando o nível de independência. Nessa subdimensão, o destaque foi o Caso M4, classificado como “ruim”. No indicador Adequação das Estruturas Físicas, os quatro Casos M2, M3, M4 e M5 foram avaliados como “ruim”, pois suas unidades e/ou seus entornos não propiciavam um acesso seguro ao idoso, colocando-os em risco, como expressa a fala de um entrevistado: *“...o idoso veio aqui na UBS para tomar a vacina, estava bem, só queria a vacina, e daí... com este estacionamento cheio de pedrinha solta, onde a gente escorrega... ele caiu e acabou saindo daqui numa ambulância com fratura, isto não é certo...”* (E8).

O indicador Disponibilidade Ininterrupta de Medicamentos está condicionado às medidas disponibilidade de medicamentos de uso contínuo e uso auxiliar, pois a falta no tempo superior ao estabelecido no parâmetro pode comprometer a terapêutica e complicar o tratamento do idoso. Os Casos M2, M3 e M4 obtiveram avaliação “ruim” e nenhum foi classificado como “bom”. No indicador Condição de Mobilidade da Equipe, que garante o deslocamento da equipe até o idoso, os Casos M1, M2, M3 e M5 foram avaliados como “bom”.

A SUBAR é expressa por dois indicadores: Atuação Intersetorial e Controle Social, que expressam as ações conjuntas ou mesmo a sensibilização dos setores considerados essenciais para os aspectos que incidem sobre a saúde do idoso e a sua representatividade nas instâncias deliberativas. Os Casos M1, M3 e M4 obtiveram as piores avaliações, que são traduzidas no discurso do entrevistado: *“A gente tem um protocolo que o MP [Ministério Público] mandou sobre maus-tratos, mas é impossível aplicar, é extenso, inútil. O MP parece que é contra a gente. Outro dia, o MP mandou a gente ir ver os casos de maus-tratos, com polícia e tudo. Daí nossas agentes vão, por ordem da justiça, e depois são perseguidas, sem apoio algum, e o idoso fica lá desprotegido porque a gente não pode mais ir lá... a gente devia se falar antes de agir... Conselho municipal... a gente não tem faz tempo. Aqui no município, o jurídico diz que somos PSF [Programa Saúde da Família], e que isto pode acabar, não precisa, daí eles não se organizam...”* (E5).

### **Dimensão Técnico-operacional**

O gestor deve garantir ações que promovam o envelhecimento saudável, previnam a perda de capacidade funcional e reduza as morbidades. A SUBPP foi a que conseguiu a melhor avaliação, dois Casos foram avaliados como “bom”. No entanto, para o indicador Educação em Saúde, que reflete as oportunidades educativas por meio de grupos e/ou cursos de atividades informativas sobre o envelhecimento, os Casos M1, M3 e M4 foram avaliados como “ruim”. No indicador Cobertura Vacinal contra influenza, que expressa o empenho da gestão nas ações de prevenção, nenhum município obteve avaliação “ruim”, como se verifica na fala do entrevistado: *“A gente fazia uma festa quando tinha campanha de vacina para idoso, agora eles já entenderam que é importante, não querem nem ter uma gripezinha... mas a gente vacina no sábado, à noite e vai até na casa do idoso, tudo isto pra facilitar a vida dele...”* (E2).

O tempo para o diagnóstico e tratamento em todos os níveis de atenção é uma preocupação para a saúde do idoso, assim, o acesso preferencial do idoso deve ser uma preocupação do gestor. A agilidade nessa avaliação está refletida pelo tempo de espera do idoso para a consulta com o cardiologista, agravado de maior prevalência nesta população, que não deve ser superior a 15 dias, e com o neurologista,

agravo que compromete a autonomia, que não deve ultrapassar 30 dias. Nenhum Caso foi avaliado como “bom”. Um tratamento adequado está na dependência do conhecimento da gestão dos seus idosos por meio do cadastramento e por instrumentos pactuados e disponíveis usados na atenção, e somente o Caso M4 foi avaliado como “bom” neste indicador. A participação da equipe nas decisões dos protocolos sinaliza para o uso do instrumento, como mostra a fala do entrevistado: *“A gente sabe que tem muitos protocolos de avaliação funcional, o geriatra falou... nunca discutimos... mas a gente não usa, e não sei por quê”* (E6).

A Resolubilidade da Atenção Básica, terceiro indicador da subdimensão Diagnóstico e Tratamento (SUBDT), foi calculada usando-se os dados secundários do DATASUS no decênio, verificando a redução das internações de idosos por causas sensíveis à atenção básica; quatro Casos reduziram suas internações classificando-se como “bom”.

A subdimensão Monitoramento e Reabilitação (SUBMR) reflete as ações que asseguram a funcionalidade e autonomia nos aspectos das atividades cotidianas do idoso. A capacidade funcional do idoso deve ser monitorada por meio de protocolos discutidos, pactuados e uteis nas unidades, mas os casos M1, M3 e M4 não faziam uso deste recurso. A qualidade do cuidado está na atenção diária e contínua dispensada ao idoso, mas para isto é necessário que exista qualificação do cuidador, e somente o Caso M4 foi avaliado como “bom”. Ofertas de próteses dentárias e serviços de fisioterapia expressam o acesso a serviços de manutenção e reabilitação pelo idoso, em que dois Casos (M2 e M3) foram avaliados como “bom”.

Nenhum município obteve 50% dos indicadores qualificados como “bom”. Os Casos M1 e M3 obtiveram apenas 19% dos indicadores classificados como “bom”. Os Casos M2 e M5 foram os melhores avaliados e em ambos a concentração de indicadores com uma boa avaliação foi na dimensão Técnico-operacional.

## Discussão

Na análise da Matriz de Análise e Julgamento, a dimensão Técnico-operacional foi considerada a de maior peso. Essa dimensão expressa a organização dos serviços em busca de uma atenção adequada ao idoso. Sua valoração se deu pelo fato de a disponibilidade de serviços para o idoso ter um papel fundamental na manutenção da capacidade funcional e ser responsabilidade da atenção básica em saúde/atenção primária em saúde <sup>6,7</sup>. Nenhum Caso obteve uma boa avaliação nessa dimensão, o que remete à reflexão de que a oferta dos serviços ainda não consegue ser suficiente para a manutenção da capacidade funcional, elemento balizador da qualidade de vida do idoso pelo forte impacto na saúde <sup>8</sup>. Esse maior peso da dimensão contribuiu para que Casos como M4 e M5, que apesar de serem avaliados como “ruim” na dimensão Político-organizacional, tivessem uma avaliação “regular” no total geral. A dimensão Político-organizacional expressa as ações de responsabilidade do gestor municipal para garantir aos idosos acesso preferencial e contínuo à atenção em saúde em todos os níveis. Neste trabalho, cabe refletir que mesmo fazendo parte das ações estratégicas do *Pacto pela Vida* <sup>6</sup>, nenhum Caso alcançou a classificação “bom”. Isso demonstra que ainda não estão assegurados elementos essenciais como profissionais e infraestrutura em quantidade e qualidade suficientes, bem como a articulação com os outros setores das políticas públicas e com a própria comunidade no que se refere à atenção ao idoso.

A avaliação deve ser um instrumento de gestão e não um mecanismo punitivo organizacional. A consolidação do processo avaliativo subsidia o planejamento, auxilia na tomada de decisões e na formação dos sujeitos envolvidos nesses processos <sup>9</sup>. Nesta avaliação, foi possível verificar as ações da gestão municipal na atenção ao idoso nos aspectos gerais pela agregação das dimensões, e quando desagregados, as subdimensões e os indicadores identificaram pontos frágeis da gestão em relação à atenção ao idoso. Dessa maneira, é possível localizar as deficiências para modificá-las ou então subsidiar decisões para a melhoria da atenção. As considerações que seguem pontuam as fragilidades e/ou fortalecimento da gestão na atenção ao idoso.

É necessário que o gestor assegure um RH em quantidade e qualidade para as necessidades de saúde do idoso. A atenção básica em saúde/atenção primária em saúde precisa estruturar-se para ser ordenadora do cuidado, baseada nas reais necessidades da população <sup>10</sup>. O processo de envelheci-

mento significa um crescente incremento relativo das condições crônicas por que essas condições de saúde afetam mais os segmentos de maior idade <sup>11</sup>. A atenção básica em saúde/atenção primária em saúde deve preparar-se para as demandas crônicas que significarão uma atenção de longo prazo, de prognóstico incerto e de um cuidado que não vislumbra a cura <sup>12,13</sup>. No entanto, observar somente a capacidade da oferta não reflete a real necessidade da população que utiliza os serviços. Qualificando a cobertura, a percepção da sua suficiência foi observada neste estudo, pois, mesmo que sejam mantidas as proporções de recursos humanos e assegurada a composição da equipe, sua resolubilidade extrapola esta relação <sup>14</sup>. Parâmetros fixos precisam ser contextualizados como são os casos do M1, M2 e M3 que apresentam uma boa cobertura da atenção básica em saúde/atenção primária em saúde e com equipes com formação ampliada, mas a percepção da equipe é negativa quanto à suficiência para uma boa atenção frente às condições inerentes ao idoso. Ainda acerca do RH, a qualificação da atenção básica em saúde/atenção primária em saúde é processada por estratégias de aperfeiçoamento dos profissionais. Mecanismos que possibilitem a qualificação em geriatria/gerontologia e a liberação sem ônus ao profissional, são potencializadores do desenvolvimento dos cuidados ao idoso no enfrentamento das dificuldades do envelhecimento <sup>15</sup>. Dos cinco Casos analisados, três não ofertavam cursos de aprimoramento profissional, mas estimulavam suas equipes com a liberação sem ônus ao profissional. Compondo a análise dessa subdimensão, o indicador atenção especializada traduz o acesso a serviços especializados ao idoso por intermédio da atenção básica em saúde/atenção primária em saúde <sup>16</sup>. A atenção básica em saúde/atenção primária em saúde tem um limite no que refere à atenção especializada, e o serviço de saúde do município também pode ter deficiência quanto a esta atenção diferenciada, porém mecanismos como a Programação Pactuada e Integrada da Assistência à Saúde (PPI) <sup>17</sup> podem suprir tal deficiência quando bem articulados. No caso do idoso, uma distância superior a 50km torna-se um obstáculo ao acesso. Os Casos M1 e M3 têm referências estabelecidas na PPI, mas a uma distância que para o idoso não contribui para a sua saúde, ficando o serviço muitas vezes subutilizado. Distâncias muito longas expõe o idoso a um desgaste que pode não ser compensatório para a sua saúde.

Para o desenvolvimento das ações da atenção ao idoso, os espaços devem apresentar infraestrutura adequada ao atendimento da população idosa. As UBS precisam de uma arquitetura que garanta acesso e seus entornos devem ser seguros, possibilitando a mobilidade, condições de acessibilidade necessárias às pessoas com reduzida locomoção <sup>18</sup>. É necessário revisar a normativa arquitetônica com a inclusão do entorno, pois a unidade somente se torna segura e acessível quando a chegada e permanência dentro dela não provocar riscos à saúde <sup>19</sup>. A gestão municipal deve assegurar ao idoso o acesso e continuidade à atenção à saúde, independentemente do seu nível de autonomia. Os medicamentos têm um papel decisivo no tratamento das condições de saúde múltiplas agudas e/ou crônicas. O acesso a medicamentos traduz o empenho do gestor em assegurar continuidade e resolubilidade do tratamento prescrito. A não interrupção de medicamentos expressa a preocupação da gestão em garantir condições para a continuidade da atenção ao idoso <sup>20</sup>. Wannmacher <sup>21</sup> relata que assegurar o abastecimento e favorecer o acesso aos medicamentos depende de uma forte decisão política.

É atribuição da gestão municipal possibilitar ações conjuntas ou mesmo sensibilizar os setores considerados essenciais para os aspectos que incidam sobre a saúde do idoso, com destaque para mobilidade urbana e violência. A saúde do idoso não se limita a ações dentro da saúde, portanto, elas devem ser pensadas e discutidas com os setores de interesse. Ações desarticuladas, individuais e isoladas acabam com um resultado comprometido <sup>22,23</sup>. O Conselho Municipal de Saúde é a instância deliberativa da política de saúde local e deve garantir a representação dos interesses dos vários segmentos da população <sup>24</sup>. A presença de representantes de entidades locais dedicadas ao Idoso permite que seus complexos interesses sejam contemplados na definição das políticas públicas locais, mas neste trabalho observou-se que o idoso ainda não é representado nas instâncias de decisão, na maioria dos casos.

O gestor deve garantir a realização de ações que promovam o envelhecimento saudável, previnam a perda da capacidade funcional e reduzam as morbidades, síntese da SUBPP. As atividades educativas em saúde realizadas em reuniões de grupos e/ou cursos têm o objetivo de estimular a situação de autonomia e independência do idoso a cada novo episódio de saúde, confirmado pelo estudo de Wichmann et al. <sup>25</sup> em que as autoras mostraram o impacto positivo na saúde dos idosos que frequentam grupos/cursos. A vacinação contra influenza tem se mostrado uma importante ação de redução de morbidade, contribuindo para a manutenção da capacidade funcional <sup>26</sup>. As estratégias locais

adotadas, independentemente do estímulo federal dispensado nas campanhas de vacinação, estão impactando no sentido positivo o idoso que já entende a importância da vacinação.

A SUBDT faz referência à garantia, em tempo hábil, do diagnóstico e tratamento em todos os níveis de atenção, assim como a preferência do acesso ao idoso. Tais serviços devem atuar de maneira integrada para garantir a continuidade e acesso preferencial em todos os níveis de atenção. O processo de envelhecimento fragiliza o indivíduo, que passa a necessitar de uma atenção prioritária em todos os níveis<sup>3</sup>. As cardiopatias acometem 87%<sup>27</sup> e os declínios cognitivos 36,5%<sup>28</sup> dos idosos. Considerando que as cardiopatias são mais prevalentes em idosos e podem comprometer a vida, e a demência é uma ameaça eminente à autonomia, o tempo entre diagnóstico precoce e a consulta ao especialista traduz a agilidade do serviço. Uma forma de reduzir o tempo de espera e que reflete a preocupação da gestão é contar com estratégias para agilizar o tempo para a consulta.

Protocolos são considerados importantes instrumentos para o enfrentamento de diversos problemas na assistência dos serviços e definem o modelo de atenção. A assistência clínica ao idoso deve ser permeada por um modelo de atenção que englobe a integralidade e a agilidade de decisão, baseado no impacto sobre a capacidade funcional em seus múltiplos aspectos<sup>29</sup>. O uso de um instrumento simples, mas sensível ao diagnóstico precoce e que priorize os principais riscos que pairam sobre os idosos possibilita a identificação dos idosos classificando pelo grau de dependência. O resultado desse instrumento serve para adequar o tratamento à situação complexa do idoso, mas somente um município (M4) faz uso desta estratégia. Essa é uma situação preocupante pois a proposta da PNSPI é construir uma atenção voltada à manutenção da autonomia e independência, e o Ministério da Saúde sugere e disponibiliza protocolos para uso na atenção básica em saúde/atenção primária em saúde<sup>29</sup>.

O processo de envelhecimento interfere no equilíbrio entre saúde e doença. Alguns idosos podem aumentar a fragilidade em algum momento, tornando-se inesperadamente vulneráveis física e funcionalmente. Os idosos frágeis apresentam-se susceptíveis a terem doenças crônicas que limitam suas atividades cotidianas, apresentam alterações biológicas e diminuição da capacidade imunológica, assim como limitações vasculares, neurológicas e sensoriais. A avaliação funcional periódica do idoso permite acompanhar o seu desempenho frente aos eventos de saúde e os resultados dos tratamentos, intervindo precocemente na perda de sua funcionalidade<sup>30</sup>. Neste estudo, observou-se que o monitoramento ainda não faz parte da prática dos Casos analisados. É necessário habilitar recursos humanos para cuidar do idoso, mas somente um município obteve boa avaliação. O cuidador do idoso passa a ser um aliado direto da equipe de saúde, e deve ser qualificado para desempenhar suas atividades. A falta de conhecimento adequado ao cuidado pode contribuir para agravamentos de saúde<sup>31</sup>.

A manutenção da saúde do idoso está na dependência de acesso a serviços que o reabilite a cada evento que atinja a sua vida. A alta prevalência de edentulismo entre os idosos é herança de um modelo assistencial focado em práticas curativas e mutiladoras<sup>32</sup>, e produz efeitos significativos na saúde e qualidade de vida, pois afetam a capacidade mastigatória, o consumo de diversos alimentos, a fonação e causam impactos estéticos importantes. Esses fatores atuam reduzindo o bem-estar, provocando alterações psicológicas e funcionais. A oferta de próteses dentárias está disponível no contexto da política da saúde bucal. Ainda, a dependência funcional vem se destacando como um importante problema de saúde pública. A fisioterapia geriátrica tem como objetivo principal a independência do idoso para as tarefas básicas de atividade da vida diária, no anseio de minimizar as consequências do processo de senescência e senilidade<sup>33</sup>, mas ela deve ocorrer no tempo certo; a espera para o idoso pode significar o comprometimento da independência.

Na análise individual, nenhum Caso obteve boa avaliação em mais de 50% dos indicadores. É uma situação preocupante, mostrando que os municípios ainda não conseguiram se adequar à realidade do envelhecimento e suas complexidades. O despreparo parece ser de tal tamanho que um gestor afirma não querer envelhecer no município, sem estrutura e oportunidades. A sociedade e seus organismos precisam preparar-se para esta população que aumenta constantemente e demanda múltiplos serviços. É responsabilidade da gestão municipal dar condições de um envelhecimento bem-sucedido aos seus municípios, garantindo ações que promovam a dignidade do idoso<sup>34</sup>.

## Conclusão

A avaliação deve estar contextualizada, considerar as peculiaridades locais, que neste modelo está refletido nas medidas de percepção, nas ações de gestão quando relata seus mecanismos para superar as adversidades administrativas.

O objetivo da avaliação não é ser um mecanismo punitivo, mas sim uma ferramenta importante de gestão. Ela deve refletir os pontos fortes e fracos, e mostrar ao gestor de uma forma muito clara os pontos de sua gestão que podem ser melhorados.

O *Estatuto do Idoso* junto com a PNSPI ainda não são ferramentas balizadoras da atenção à saúde do idoso na qualidade esperada. Mecanismos legais existem, sua aplicabilidade é que precisa ser operacionalizada para podermos ter no país um envelhecimento com a dignidade que todos merecemos.

## Colaboradores

K. C. R. Pereira e J. T. Lacerda colaboraram na concepção e projeto, análise dos dados, redação e revisão final do artigo. S. Natal contribuiu na análise dos dados, redação e revisão da versão final do artigo.

## Agradecimentos

A pesquisa recebeu fomento: Chamada Pública FAPESC nº 07/2013MS-DECIT/CNPq/SES.

## Referências

1. Santos CO, Cortina I. O impacto da evolução da doença de Alzheimer para o cuidador familiar. *Revista de Enfermagem da UNISA* 2011; 12:128-32.
2. World Health Organization. Ageing. <http://www.who.int/ageing/en/> (acessado em 25/Ago/2015).
3. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 2.528, de 19 de outubro de 2006. Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. *Diário Oficial da União* 2006; 20 out.
4. Moraes EN. Atenção à saúde do idoso: aspectos conceituais. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2012.
5. Brasil. Lei nº 10.741/2003. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. *Diário Oficial da União* 2003; 10 out.
6. Coordenação-geral de Apoio à Gestão Descentralizada, Departamento de Apoio à Descentralização, Secretaria Executiva, Ministério da Saúde. Diretrizes operacionais dos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão. Brasília: Ministério da Saúde; 2002.
7. Rodrigues MAP. Uso de serviços básicos de saúde por idosos. *Rev Saúde Pública* 2009; 43:604-12.
8. Assis M. Envelhecimento ativo e promoção da saúde: reflexão para as ações educativas com idosos. *Rev APS* 2005; 8:15-24.
9. Nickel DA, Natal S, Hartz ZMA, Calvo MCM. O uso de uma avaliação por gestores da atenção primária em saúde: um estudo de caso no Sul do Brasil. *Cad Saúde Pública* 2014; 30:2619-30.
10. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde; 2012.
11. Mendes EV. O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2012.

12. Mendes EV. As redes de atenção à saúde. *Ciênc Saúde Coletiva* 2010; 15: 2297-305.
13. Ministério da Saúde. Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis no Brasil, 2011-2022. Brasília: Ministério da Saúde; 2011.
14. Cardoso MO, Vieira-da-Silva LM. Avaliação da cobertura da atenção básica à saúde em Salvador, Bahia, Brasil (2000 a 2007). *Cad Saúde Pública* 2012; 28:1273-84.
15. Motta LB, Caldas CP, Assis M. A formação de profissionais para a atenção integral à saúde do idoso: a experiência interdisciplinar do NAI – UNATI/UERJ. *Ciênc Saúde Coletiva* 2008; 13:1143-51.
16. Travassos C, Viacava F. Acesso e uso de serviços de saúde em idosos residentes em áreas rurais, Brasil, 1998 e 2003. *Cad Saúde Pública* 2007; 23:2490-502.
17. Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas, Secretaria de Atenção à Saúde, Ministério da Saúde. Diretrizes para a programação pactuada e integrada da assistência à saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.
18. Associação Brasileira de Normas Técnicas. NBR 9050. Acessibilidade a edificações, mobiliário, espaços e equipamentos urbanos. Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Normas Técnicas; 2004.
19. Portugal MEG, Loyola EAT. Mobilidade urbana adequada para os idosos: uma importante questão de saúde pública. *Revista Gestão & Saúde* 2014; 10:26-34.
20. Paniz VMV, Fassa AG, Facchini LA, Bertoldi AD, Piccini RX, Tomasi E, et al. Acesso a medicamentos de uso contínuo em adultos e idosos nas regiões Sul e Nordeste do Brasil. *Cad Saúde Pública* 2008; 24:267-80.
21. Wannmacher L. Importância dos medicamentos essenciais em prescrição e gestão racionais. In: Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Ministério da Saúde, editor. Uso racional de medicamentos: temas selecionados. Brasília: Editora MS; 2012. (Temas Selecionados, 02).
22. Cavalcante P, Carvalho RN, Medeiros KT. Intersetorialidade, políticas sociais e velhice no Brasil: entre a falácia e a efetivação do direito social. *Polêm!ca* 2012; 11:628-34.
23. Motta LB, Aguiar AC. Novas competências profissionais em saúde e o envelhecimento populacional brasileiro: integralidade, interdisciplinaridade e intersetorialidade. *Ciênc Saúde Coletiva* 2007; 12:363-72.
24. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 333, de 4 de novembro de 2003. Aprova as diretrizes para criação, reformulação, estruturação e funcionamentos dos Conselhos de Saúde. *Diário Oficial da União* 2003; 4 dez.
25. Wichmann FMA, Couto AN, Areosa SVC, Montañés MCM. Melhora da saúde de idosos na convivência em grupos. *Rev Bras Geriatr Gerontol* 2013; 16:821-32.
26. Yano TK, Tiyo R. Eficácia da vacina contra influenza em idosos e sua redução de morte e internamento. *Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research* 2013; 4:46-9.
27. Wajngarten M, Rodrigues AG. Coração no idoso. In: Lopes AC, organizador. Sistema de educação médica continuada à distância – PROCLIM – Programa de Atualização em Clínica Médica. Porto Alegre: Editora Artmed/Panamericana Editora; 2008 p. 9-46.
28. Machado JC, Ribeiro RCL, Cotta RMM, Leal PFG. Declínio cognitivo de idosos e sua associação com fatores epidemiológicos em Viçosa, Minas Gerais. *Rev Bras Geriatr Gerontol* 2011; 14:109-21.
29. Ministério da Saúde. Atenção à saúde da pessoa idosa e envelhecimento. Brasília: Ministério da Saúde; 2012. (Série Pactos pela Saúde 2006, V12).
30. Santana CS, Raymundo TM, Santana MP, Silva DO, Elui VMC, Marques PMA. Uso de equipamentos de monitoramento da saúde por idosos no ambiente doméstico. *Rev Bras Geriatr Gerontol* 2014; 17:383-93.
31. Pereira KCR, Guimarães FS, Alcauza MTR, Campos DA, Moretti-Pires RO. Percepção, conhecimento e habilidades de cuidadores em saúde bucal de idosos acamados. *Saúde Transform Soc* 2014; 5:34-41.
32. Moreira RS, Nico LS, Tomita NE. O risco espacial e fatores associados ao edentulismo em idosos em município do Sudeste do Brasil. *Cad Saúde Pública* 2011; 27:2041-54.
33. Ely JC, Fermio AF, Bassani GR, Oliveira HS, Walter J, Amaral SHE, et al. Atuação fisioterápica na capacidade funcional do idoso institucionalizado. *Revista Brasileira de Ciências do Envelhecimento Humano* 2009; 6:293-7.
34. Néri AL. As políticas de atendimento aos direitos da pessoa idosa expressas no Estatuto do Idoso. *Terceira Idade* 2005; 16:7-24.

## Abstract

*Aging individuals can experience frailty and loss of independence and autonomy. Healthcare for the elderly should help them recover their health and maintain their autonomy, in keeping with the Brazilian Statute of the Elderly and underlying policies in the Brazilian Unified National Health System. Based on a multiple case study, the objective was to assess the capacity of municipal administration to provide healthcare for the elderly. The assessment was oriented by an evaluative model validated by experts in administration and evaluation, with 16 indicators analyzing political, organizational, technical, and operational factors. Care for the elderly was rated fair in all five cases. Health promotion and prevention actions were identified as best practices, and the main challenge was in the intra and inter-sector linkages needed for healthcare for the elderly.*

*Health Care (Public Health); Health Care Quality Assurance; Aged*

## Resumen

*El proceso de envejecimiento fragiliza al individuo y compromete su independencia y autonomía. La atención a la salud del anciano debe garantizar la recuperación de la salud y el mantenimiento de su autonomía, conforme figura señalado en el Estatuto del Anciano del Brasil y en las políticas que orientan el Sistema Único de Salud. El objetivo fue evaluar la capacidad de la gestión municipal en proveer atención a la salud del anciano mediante un estudio de casos múltiples. La evaluación se realizó mediante un modelo evaluativo, validado entre especialistas de gestión y evaluación, con dieciséis indicadores que analizan aspectos político-organizativos y técnico-operacionales. La atención al anciano fue considerada regular en cada uno de los cinco casos analizados. Las acciones de promoción y prevención fueron identificadas como las mejores prácticas, y el mayor desafío tuvo lugar en los procesos de coordinación intra- e intersectorial necesarios para la atención a la salud del anciano.*

*Atención a la Salud; Garantía de la Calidad de Atención de Salud; Anciano*

---

Recebido em 17/Dez/2015

Versão final reapresentada em 24/Mar/2016

Aprovado em 13/Jun/2016