

## **Atenção à saúde da pessoa idosa e ao envelhecimento em uma Rede de Serviços de Atenção Primária**

*Elderly people's health care and aging in a Primary Care Services Network*

*El cuidado de la salud y el envejecimiento de las personas mayores en una Red de Servicios de Atención Primaria*

Nádia Placideli  
Elen Rose Lodeiro Castanheira

**RESUMO:** O objetivo deste estudo foi analisar os serviços de Atenção Primária à Saúde quanto à oferta e organização de ações ao envelhecimento e à saúde da pessoa idosa, de uma Rede Regional de Atenção à Saúde do centro-oeste paulista. Foram utilizados indicadores do Questionário de Avaliação da Qualidade de Serviços de Atenção Básica (QualiAB) de 2014. Os resultados sugerem que estes serviços desenvolvem ações de atenção ao envelhecimento de modo incipiente e limitado às doenças crônicas não transmissíveis.

**Palavras-chave:** Atenção Primária à Saúde; Envelhecimento; Pessoa Idosa; Avaliação de Serviços de Saúde.

**ABSTRACT:** *The objective of this study was to analyze the Primary Health Care services regarding the supply and organization of actions to aging and health of the elderly, a Regional Health Care Network of the center-west of São Paulo. We used indicators from the Quality Assessment Questionnaire for Basic Attention Services (QualiAB) in the year 2014. The results suggest that these services develop actions of attention to aging in an incipient way and limited to chronic diseases.*

**Keywords:** *Primary Health Care; Aging; Elderly; Evaluation of Health Services.*

**RESUMEN:** *El objetivo de este estudio fue analizar los servicios de Atención Primaria de Salud en relación con el suministro y la organización de acciones para el envejecimiento y la salud de las personas mayores, una Red Regional de Atención Médica del centro-oeste de São Paulo. Utilizamos indicadores del Cuestionario de Evaluación de Calidad para Servicios Básicos de Atención (QualiAB) en el año 2014. Los resultados sugieren que estos servicios desarrollan acciones de atención al envejecimiento de manera incipiente y limitadas a enfermedades crónicas.*

**Palabras clave:** *Atención primaria de salud; Envejecimiento; Personas Mayores; Evaluación de Servicios de Salud.*

## Introdução

Uma das mais importantes mudanças demográficas que o Brasil experienciou ao término do século passado foi o acentuado envelhecimento da população, gerando conseqüentemente o aumento de indivíduos de sessenta anos e mais no país (Lebrão, & Duarte, 2003). Fato que acarretou alterações no perfil epidemiológico, evidenciado com o aumento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), uma das possíveis características do envelhecimento populacional, onerando o sistema de saúde com demandas complexas e que exigem seguimento contínuo (Veras, 2009).

Analisando-se o envelhecimento populacional brasileiro, o Sistema Único de Saúde (SUS) encontra-se diante de grandes desafios: assistir a pessoa idosa que, via de regra, já apresenta uma ou mais das DCNT, oferecer assistência preventiva aos senescentes e à população que se encontra em fases anteriores à velhice<sup>1</sup> e ainda combater as doenças infecciosas que perduram significativamente em alguns locais do país, atingindo inclusive a população idosa (Schmidt, *et al.*, 2011).

A Atenção Primária à Saúde (APS)<sup>2</sup> vem sendo enfatizada como o nível prioritário para desenvolvimento de ações de prevenção e promoção da saúde para o alcance do envelhecimento ativo da população, especialmente tendo como público-alvo a pessoa idosa.

---

<sup>1</sup> A velhice entendida, aqui, no seu marco oficial em países em desenvolvimento que é aos 60 anos.

<sup>2</sup> No presente estudo optou-se pelo uso do termo “Atenção Primária à Saúde (APS)” para designação do nível primário de atenção à saúde no Brasil e no mundo. Entretanto, em trechos extraídos de manuais técnicos e recomendações do Ministério da Saúde, bem como em denominações de instrumentos específicos, é mantida a terminologia adotada no Brasil “Atenção Básica”.

Tal fato pode ser evidenciado em políticas, manuais técnicos, recomendações no Brasil e em países do mundo todo, destacando-se o projeto “Towards Age-friendly Primary Health Care”, proposto pela Organização Mundial da Saúde, em 2004 (WHO, 2004), e o Caderno de Atenção Básica de n.º 19, “Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa”, recomendado pelo Ministério da Saúde em 2006 (Brasil, 2006).

A Atenção Primária à Saúde (APS) caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, na esfera individual e coletiva, envolvendo a promoção, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde (Brasil, 2012 a), sendo o nível de atenção estratégico fundamental do SUS (Onocko-Campos, *et al.*, 2012).

Uma das maiores preocupações da velhice é a diminuição do nível de independência e autonomia, e evitá-la ou postergá-la torna-se uma função da equipe de saúde, em especial na Atenção Primária. A atenção à pessoa idosa deve ser um trabalho-conjunto entre equipe de saúde, idoso e família. Além disso, a Atenção Primária é o contato preferencial dos usuários com o SUS (Brasil, 2006).

Segundo Ciosak (2011), é necessário facilitar o acesso da pessoa idosa aos serviços de saúde, principalmente tendo como porta de entrada a APS; considerando-se suas limitações, o que deve ser incorporado como preocupação e responsabilidade dos profissionais de saúde para a instituição de práticas de atenção integral aos indivíduos de mais idade.

Diante desse contexto, a avaliação de serviços de saúde torna-se ferramenta possibilitadora de um processo de mudança no sistema de saúde, demonstrando necessidades e provendo informações para uma reflexão crítica quanto ao trabalho de gestores e profissionais, e assim também para a comunidade (Castanheira, Sanine, Zarili, & Nemes, 2015).

A avaliação da oferta, organização, e utilização dos serviços de Atenção Primária no contexto da pessoa idosa, permite medir a efetividade da tradução de políticas direcionadas ao segmento idoso em práticas de cuidado, proporcionando aos serviços a possibilidade de analisar as ações em curso e ampliar a oferta de cuidados adequados e recomendados aos mais longevos (Oliveira, Bozzetti, Hauser, Duncan, & Harzheim, 2013).

Sendo o envelhecimento um fenômeno universal e um processo multifatorial que acomete de maneira diferenciada, todos os indivíduos, faz-se necessário que no Brasil, os gestores dos serviços de Atenção Primária, bem como a equipe de saúde, conheçam a realidade sanitária dessa população (Bara, *et al.*, 2015).

No contexto brasileiro, há poucos estudos que avaliem a temática da APS na perspectiva do desenvolvimento de ações junto à população de idosos, bem como as dificuldades e os desafios gerados pelo envelhecimento populacional a estes serviços (Oliveira, Bozzetti, Hauser, Duncan, & Harzheim, 2013).

Diante desta lacuna, o presente estudo teve por objetivo contribuir com a avaliação e análise da organização das ações dirigidas à atenção ao envelhecimento e à saúde da pessoa idosa em serviços de Atenção Primária à Saúde (APS) de uma Rede Regional de Atenção à Saúde, do estado de São Paulo.

## **Materiais e Métodos**

Trata-se de um estudo exploratório, descritivo, quantitativo, transversal, construído para caracterizar e avaliar a organização das práticas de atenção ao envelhecimento e à saúde da pessoa idosa desenvolvidas em serviços de APS, da Rede Regional de Atenção à Saúde (RRAS) 09, a partir da aplicação de um instrumento para avaliação da atenção primária, o QualiAB (Questionário de Avaliação da Qualidade de Serviços de Atenção Básica), no ano de 2014.

O QualiAB é um questionário estruturado e de autorresposta, validado, desenvolvido para investigar a estrutura e organização do processo de trabalho por meio de indicadores de assistência e gerenciamento de serviços de saúde da atenção primária, independentemente do seu modelo organizacional, seja a Estratégia Saúde da Família, as Unidades Básicas de Saúde tradicionais (UBS)<sup>3</sup> ou os diferentes arranjos entre esses dois modelos, o que reflete uma das maiores potencialidades do instrumento, e favorece a adequação quanto à realidade paulista mediante esses serviços (Castanheira, Sanine, Zarili, & Nemes, 2015).

---

<sup>3</sup> Compreende-se, como Unidade Básica de Saúde (UBS) tradicional, a unidade de saúde sem equipe de Saúde da Família.

O instrumento foi revisto e atualizado, por meio da aplicação em várias localidades do país e em diferentes momentos; os dados utilizados neste estudo são correspondentes à aplicação do QualiAB no ano de 2014, em serviços de APS pertencentes à Rede Regional de Atenção à Saúde 09, do estado de São Paulo.

No estado de São Paulo, foram pactuadas dezessete Redes Regionais de Atenção à Saúde (RRAS), correspondentes a arranjos organizativos de ações e serviços de saúde (Bombarda, 2012). A RRAS 09 localizada no centro-oeste do Estado constitui-se por sessenta e oito municípios, dividida em cinco regiões de saúde: região de saúde de Bauru; região de saúde de Jaú; região de saúde de Lins; região de saúde Pólo Cuesta; e região de saúde Vale do Jurumirim, com o total de trezentos e três serviços de APS (Brasil, 2012a).

O universo da pesquisa foi de cento e cinquenta e sete serviços de APS, distribuídos em quarenta e um municípios inseridos nas diferentes regiões de saúde da RRAS 09, correspondendo a 63% destes serviços referentes aos municípios que aderiram à pesquisa. Ressalta-se que o total de serviços respondentes ao questionário foi de cento e sessenta e três; dessa forma, seis deles não se enquadraram no critério de inclusão do estudo: ser serviço de atenção primária à saúde que assiste toda a população (por exemplo, não ser centro de saúde de especialidades, ou de assistência apenas à criança, adulto, mulher, entre outros).

O questionário foi aplicado de forma censitária na RRAS 09 no período de outubro a dezembro de 2014, uma vez que todos os municípios e os serviços de APS foram convidados a aderirem à pesquisa, com convite aos gestores de saúde municipais em reuniões de Câmaras Técnicas (CT) e Comissão Intergestores Regionais (CIR).

O instrumento utilizado neste estudo é composto por 126 questões estruturadas e de múltipla escolha que caracterizam os serviços e geram indicadores de qualidade. Em função do QualiAB não ser um instrumento específico para avaliar as ações relacionados à saúde da pessoa idosa e ao envelhecimento, foram selecionados apenas as variáveis correspondentes à temática estudada, definindo-se um total de cento e cinquenta e cinco indicadores analisados.

Foi realizada uma categorização dos indicadores da dimensão avaliada, com a formação de três domínios e dez subdomínios, nos quais foram distribuídos os indicadores de acordo com a finalidade de cada um deles, como pode ser observado no quadro 1.

Os critérios que orientaram a definição dos indicadores e sua categorização, assim como, os padrões utilizados para avaliação, tomaram por base as políticas de atenção ao idoso e ao envelhecimento e as propostas de operacionalização de ações na APS definidas pelo Ministério da Saúde (Brasil, 2006; Brasil, 2011; Brasil, 2013).

**Quadro 1.** Síntese da categorização segundo o número de indicadores por domínio e subdomínio, para descrição da oferta e organização de ações á saúde da pessoa idosa e envelhecimento por serviços de APS

<b>Domínios</b>	<b>Subdomínios</b>	<b>N.º de Indicadores</b>
<b>Atenção à Saúde para o Envelhecimento Ativo</b>	Ações de Promoção, Prevenção e Assistência para a Pessoa Idosa	17
	Atenção ao Processo de Envelhecimento: promoção e prevenção	6
	Atenção aos Cuidadores de idosos	6
	Estratégias e Ações em situação de Violência contra a Pessoa Idosa	16
<b>Total de indicadores do domínio</b>		<b>45</b>
<b>Organização para atenção às Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT)</b>	Ações de rotina para pessoas com DCNT e estratégias de abordagem à não adesão ao tratamento	18
	Atenção programática, exames de rotina e medicamentos disponíveis para pessoas com Hipertensão Arterial	35
	Atenção programática, exames de rotina e medicamentos disponíveis para pessoas com Diabetes Mellitus tipo II	25
	Ações para o cuidado de pessoas acamadas	11
<b>Total de indicadores do domínio</b>		<b>89</b>
<b>Estrutura e Rede de Apoio na Atenção ao Envelhecimento</b>	Infraestrutura, insumos e qualificação profissional	11
	Conexão com a Rede de Apoio	10
<b>Total de indicadores do domínio</b>		<b>21</b>
<b>Total de indicadores nos 3 domínios</b>		<b>155</b>

FONTE: QualiAB 2014, pelas autoras

Para processamento das frequências de respostas ao questionário QualiAB 2014, quanto aos indicadores selecionados especificamente para o presente estudo, utilizou-se o programa IBM SPSS Statistics Base, versão 20.0.

O presente estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa, da Faculdade de Medicina de Botucatu (SP), por meio do parecer n.º 855.404.

## **Resultados e Discussão**

A partir da análise das frequências de respostas dos serviços de APS sobre os indicadores correspondentes aos domínios e subdomínios construídos, segue-se a caracterização e avaliação dos serviços de APS pertencentes à RRAS 09 quanto à atenção à saúde da pessoa idosa e ao envelhecimento.

De acordo com o universo estudado, 157 serviços de APS, conforme autoclassificação prevaleceram as Unidades de Saúde da Família (USF) (42%); em seguida, as Unidades Básicas de Saúde (UBS) tradicionais (36,9%). Foi observada a participação de 8,2% UBS com Estratégia Saúde da Família (ESF); e 8,9% de UBS com Programa Agente Comunitário de Saúde (PACS); UBS tradicionais ou USF integrada a Pronto Atendimento (1,2%); e 2,5% dos serviços optaram por outras modalidades.

O domínio “Atenção à Saúde para o Envelhecimento Ativo” é composto por um conjunto de indicadores que abordam ações especificamente dirigidas à saúde da pessoa idosa e a promoção do envelhecimento ativo que são preconizadas para serem desenvolvidas pelos serviços de APS, segundo as diretrizes da OMS para atenção ao envelhecimento ativo e o Caderno de Atenção Básica sobre envelhecimento e saúde da pessoa idosa (WHO, 2004; Brasil, 2006). Este domínio foi dividido em quatro subdomínios.

No subdomínio “Ações de Promoção, Prevenção e Assistência para a Pessoa Idosa”, observa-se que menos da metade dos serviços avaliados realiza práticas que se relacionam especificamente à promoção e prevenção de saúde para a pessoa idosa. Os serviços investigados realizam, em sua maioria, ações relativas a: orientações sobre alimentação e nutrição (63%), orientações quanto à saúde bucal (61,7%), atenção domiciliar (58,5%), prevenção de quedas (52,8%) e assistência odontológica, tendo como público-alvo a pessoa idosa (50,3%).

Um pouco menos da metade desenvolve orientações sobre incontinência urinária (44,5%); menopausa e andropausa (43,3%); atividades físicas (40,7%); e avaliação de quadros depressivos (41,4%); avaliação cognitiva (39,4%); e funcional (24,2%); ações quanto à sexualidade e DST/Aids (33,1%); orientações sobre os direitos da pessoa idosa (29,2%); e investigação de uso abusivo de álcool e outras drogas (25,4%).

A abordagem do tema “promoção do envelhecimento ativo” em educação em saúde, desenvolvida na comunidade e nos próprios serviços de APS, é realizada respectivamente por 22,2%; e 25,4% dos serviços; e 18,4% realizam apoio a idosos institucionalizados. Destaca-se que 19,1% dos serviços alegaram não desenvolver atividades específicas de educação em saúde dirigidas à pessoa idosa.

É possível constatar que as ações voltadas à saúde da pessoa idosa, especialmente preventivas, de promoção, e educação em saúde ainda são pouco incorporadas por estes serviços. Há necessidade de se repensar o modelo de atenção das equipes dos serviços de APS, a fim de trabalhar com a lógica de uma linha de cuidado integrando promoção e atenção à saúde para o segmento idoso, em todos os níveis, visando-se à manutenção da capacidade funcional, a identificação precoce de agravos e fatores de risco, tornando-se, assim, uma estratégia aprofundada de práticas preventivas (Veras, Caldas, & Cordeiro I, 2013).

Estudo realizado a fim de obter um panorama geral sobre ações preventivas e de promoção da saúde desenvolvidas pelos serviços Estratégia Saúde da Família, que participaram do PMAQ-AB (Programa de Melhoria do Acesso e Qualidade da Atenção Básica), em 2012, foi constatado que 36,5% dos serviços realizam ações dirigidas à pessoa idosa, demonstrando a escassez de tais práticas (Medina, *et al.*, 2014).

O subdomínio “Atenção ao Processo de Envelhecimento: promoção e prevenção” organiza um conjunto de indicadores sobre prevenção e promoção de saúde contra agravos mais comuns em fases tardias de vida; a maioria dos serviços demonstrou realizar detecção precoce de câncer de mama como ação programada à saúde da mulher (80,8%); prevenção e rastreamento de câncer de próstata; e outras neoplasias na atenção à saúde do homem (74,5%).



Menos da metade dos serviços realiza prevenção e educação sobre impotência sexual masculina (42,6%); solicitação de mamografia feita a cada dois anos para mulheres com idade entre 50 e 74 anos sem fatores de risco (34,2%); cuidados e reabilitação da incontinência urinária masculina (21,6%); e orientações sobre andropausa (17,1%).

Nessa perspectiva, pode-se afirmar que as práticas desenvolvidas nos serviços incorporaram como fundamental o desenvolvimento de ações de prevenção secundária, ou seja, de diagnóstico precoce de neoplasias, para a Atenção à Saúde da mulher e do homem; uma vez que no presente estudo foi observado que a maioria dos serviços realiza o rastreamento desses agravos; contudo, um percentual menor referiu desenvolver ações de orientações e educação em saúde.

Estudo realizado em uma USF do interior paulista para avaliar a atenção prestada à saúde de mulheres de cinquenta anos ou mais, constatou que as mulheres adscritas ao serviço encontravam-se em vulnerabilidade programática em relação aos indicadores avaliados, como participação em grupo educativo, atendimento por visita domiciliar e realização de mamografia, entre outros (Pasqual, Carvalhaes, & Parada, 2015).

A Atenção à Saúde do homem ganha destaque no cenário de saúde pública, principalmente após a criação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem, que coloca a necessidade de prover acolhimento e cuidado adequado a esta população, essencialmente pelos serviços de APS (Brasil, 2009).

Apesar de ser algo novo para os serviços, há ações exitosas sendo realizadas para o alcance das recomendações, como as estratégias implantadas em USF de Vitória (Espírito Santo), onde se realizam grupos para homens e ações em dia de sábado, com resultados satisfatórios relatados pelos profissionais (Souza, Meireles, Tavares, & Menandro, 2015).

De acordo com o subdomínio “Estratégias e Ações em Situação de Violência contra a Pessoa Idosa”, que representa o quadro de indicadores sobre ações de prevenção, detecção, e suporte para a pessoa idosa em situações de violência, pode-se afirmar que a maioria dos serviços realiza ações de detecção de violência por meio da declaração do idoso (70,7%); escuta de relatos de outros usuários (69,4%); identificação de sintomas (68,1%); e a visita domiciliar (59,8%).

Entretanto, menos da metade dos serviços faz discussão desses casos (40,1%); sensibilização e capacitação da equipe (26,7%). Nota-se que apenas 12,1% utiliza protocolo de atendimento para estes casos.

Ainda sobre indicadores deste subdomínio quanto às ações realizadas em casos de idosos em situação de violência, a maioria dos serviços realiza denúncia ao Centro de Referência de Assistência Social (CRAS) e Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS) (64,9%); e menos da metade deles realiza atendimento interdisciplinar com os profissionais do próprio serviço de APS (37,5%); atendimento e acompanhamento dos cuidadores (33,7%); notificação compulsória (32,4%); denúncia à autoridade policial (27,3%); encaminhamento para o NASF ou equipe de apoio (15,2%); acompanhamento intersetorial (11,4%); e disque 100 (9,5%). Destaca-se que 6,3% dos serviços alegaram não atender essa demanda específica.

Quanto a estes indicadores, foi observado que a maioria dos serviços realiza a identificação da violência contra o idoso; porém um percentual pequeno desenvolve ações de acompanhamento e construção do trabalho interdisciplinar e intersetorial dos casos.

Em estudo realizado por Wanderbroocke e Moré (2013), junto aos profissionais de uma UBS, a fim de descrever a abordagem sobre a violência familiar contra a pessoa idosa, foi evidenciado que a rotina estabelecida no serviço desfavorecia a execução do trabalho interdisciplinar, dificultando tanto a detecção como o acompanhamento desses casos.

Pesquisas realizadas sobre diversas perspectivas da Atenção Primária e assistência aos casos de violência contra a pessoa idosa e a outros públicos, demonstram que uma das principais dificuldades está na complexidade envolvida nesta questão, uma vez que não é necessário apenas o empoderamento das equipes locais de saúde para execução de atenção adequada a esses casos, mas, sim, da parceria com outras instituições e a efetiva execução do trabalho intersetorial (Wanderbroocke, & Moré, 2013).

Quanto ao subdomínio “Atenção aos cuidadores de idosos”, que trata especificamente das ações direcionadas à atenção ao cuidador (formal ou familiar)<sup>4</sup> de idosos, a maioria dos serviços de APS apenas realiza o fornecimento de suporte informativo aos cuidadores de idosos (50,9%);

Todos os demais indicadores investigados são desenvolvidos por menos da metade dos serviços, como identificação e orientação de cuidadores (44,5%); avaliação da funcionalidade familiar do cuidador (43,3%); avaliação do estresse do cuidador (28,6%); investigação da rede de apoio social do cuidador (35%); e grupo de apoio aos cuidadores (8,2%). Destaca-se que 33,7% dos serviços alegaram não realizar atividades para cuidadores de idosos.

Pode ser observada a ínfima implementação de ações para os cuidadores de idosos desenvolvida pelos serviços investigados, algo preocupante diante do aumento do número de familiares que desenvolvem o papel de cuidador principal do idoso. A maioria desses cuidadores não dispõe de informações e apoio necessários, o que acaba por constituir-se em maior exposição a sobrecargas na atividade de cuidar, com prejuízo para a qualidade de vida e maior de risco de adoecimento para os que assumem essa função.

Coloca-se, assim, para os serviços de Atenção Primária a necessidade de assistir adequadamente o cuidador, envolvendo também outros pontos da Rede de Cuidados à Saúde, o que ainda não foi incorporado pelos serviços (Vieira, Rodrigues, Segundo, Lima, & Melo, 2015).

O domínio “Organização para Atenção às Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT)” reúne um conjunto de indicadores de atenção às pessoas com doenças crônicas, com ênfase na hipertensão arterial e diabetes mellitus tipo II e na atenção às pessoas acamadas.

Ainda que os idosos representem grande parte da demanda de cuidados para as DCNT, essas condições não se restringem apenas ao público idoso, mas incluem outras faixas etárias também suscetíveis a elas, perpassando por ações assistenciais, preventivas e de reabilitação.

---

<sup>4</sup> O termo “cuidador de idoso formal” refere-se a um profissional capacitado a desenvolver o trabalho de cuidador com remuneração; já o “cuidador de idoso informal” refere-se ao(s) membro(s) da família do idoso responsável pelo cuidado (Born, 2008).

Os critérios que definem os indicadores utilizados são norteados principalmente pelas diretrizes preconizadas pelo Ministério da Saúde para cuidados de pessoas com doenças crônicas e pelo Caderno de Atenção Básica sobre envelhecimento e saúde da pessoa idosa (Brasil, 2006; 2013). Este domínio foi dividido em quatro subdomínios.

Quanto ao subdomínio “Ações de rotina para Pessoas com DCNT e Estratégias de Abordagem a Não Adesão ao Tratamento”, os indicadores apontam que a maioria dos serviços de APS oferta: ações de controle de pressão arterial e/ou glicemia, em horários e dias específicos, e conforme necessidade (90,4%); esclarecimento e orientação dos resultados de exames (82,1%); renovação de receitas sem consulta médica no dia (75,1%); agendamento ao final de cada atendimento (72,6%); e orientação de atividades físicas (72,6). Uma parcela menor dos serviços de APS realiza busca ativa de faltosos (50,3%); grupos de apoio para pessoas com DCNT (33,1%); seguimento desses casos após encaminhamento para serviço especializado (38,2%); e registro dos pacientes com risco diferenciado (31,2%).

Ainda nesse subdomínio, quanto às estratégias de abordagem para as pessoas com DCNT não aderentes ao tratamento, observa-se que a maioria dos serviços de APS realiza busca ativa (56,6%) e visita domiciliar (56%); menos da metade deles realiza discussão em equipe sobre alternativas de abordagem (37,5%); discute o caso com supervisão externa (10,8%); e encaminha para grupo de adesão no próprio serviço (12,1%). Note-se que 32,5% dos serviços de APS encaminham para serviços de referência; e 7% realizam alta administrativa, destacando-se que 15,9% não realiza atividades para não aderentes.

As ações quanto à atenção às doenças crônicas, em sua maioria, são desenvolvidas pelos serviços de APS investigados; contudo ainda há baixa implementação de algumas práticas recomendadas, como grupos para pessoas com DCNT; seguimento dos casos; registro de risco diferenciado; e atividades planejadas para não aderentes.

De acordo com o Modelo de Cuidados de Crônicos, amplamente aceito e difundido em diversos países, como o Canadá, seis elementos são necessários para otimizar a organização para cuidados destes indivíduos pelos sistemas de saúde: apoio à decisão; apoio à autogestão; sistema de informação clínica; distribuição do desenho do sistema; liderança organizacional; e vínculos comunitários (Noël, *et al.*, 2014).

Em estudo realizado por Raupp, *et al.* (2015), junto a pessoas com DCNT, usuárias de serviços primários de uma região do Rio Grande do Sul, os entrevistados pouco relataram sobre o desenvolvimento de ações de prevenção e promoção da saúde.

Referiram, ainda, que nos casos que apresentavam sintomas e complicações decorrentes de uma ou mais DCNT não eram efetivados acompanhamentos sistemáticos pelas equipes de saúde, fato preocupante, e também corroborado no presente estudo.

Na atenção às pessoas com DCNT, a falta de acesso às ações de promoção à saúde, prevenção de agravos e cuidados necessários diante dos processos de adoecimento, são obstáculos à oferta de uma atenção universal, integral e de qualidade pelo SUS (Raupp, *et al.*, 2015).

O subdomínio “Atenção Programática, Exames de Rotina e Medicamentos disponíveis para Pessoas com Hipertensão Arterial” é constituído por um conjunto de indicadores de ações assistenciais, preventivas e de reabilitação para pessoas com hipertensão arterial, ofertadas pelos serviços de APS.

As análises das frequências de respostas dos serviços podem ser acompanhadas na tabela 1, a seguir.

**Tabela 1.** Distribuição da frequência de respostas dos serviços de APS da RRAS 09 segundo o subdomínio “Atenção Programática, Exames de Rotina e Medicamentos disponíveis para Pessoas com Hipertensão Arterial”, Botucatu, 2017

Indicadores	N.º	%
Acompanhamento com protocolo	65	41,4%
Aferição de 3 medidas de pressão arterial em momentos diferentes	94	59,8%
Orientação de dieta	145	92,3%
Tratamento e/ou prevenção de obesidade	100	63,6%
Solicitação periódica de exames	131	83,4%
Introdução de terapêutica não medicamentosa como primeira	82	52,2%
Avaliação de risco cardiovascular para terapêutica	88	56%
Atividades em grupo	73	46,4%
Orientação de atividade física	123	78,3%
Orientação e suporte para abandono do tabagismo	93	59,2%
Investigação de uso abusivo de álcool e outras drogas	70	44,5%
Urina I como exame solicitado de rotina para pessoas com Hipertensão Arterial	145	92,3%
Potássio como exame solicitado de rotina para pessoas com Hipertensão Arterial	140	89,1%

Creatinina sérica como exame solicitado de rotina para pessoas com Hipertensão Arterial	142	90,4%
Glicemia de jejum como exame solicitado de rotina para pessoas com Hipertensão Arterial	149	94,9%
Colesterol total, frações (LDL e HDL) como exame solicitado de rotina para pessoas com Hipertensão Arterial	154	98,0%
Triglicerídeos como exame solicitado de rotina para pessoas com Hipertensão Arterial	148	94,2%
Ácido úrico como exame solicitado de rotina para pessoas com Hipertensão Arterial	141	89,8%
ECG como exame solicitado de rotina para pessoas com Hipertensão Arterial	146	92,9%
Exame de fundo de olho como exame solicitado de rotina para pessoas com Hipertensão Arterial	32	20,3%
Dispensação de Hidroclorotiazida na atenção às pessoas com Hipertensão Arterial	133	84,7%
Dispensação de Espironolactona na atenção às pessoas com Hipertensão Arterial	107	68,1%
Dispensação de Atenolol na atenção às pessoas com Hipertensão Arterial	104	66,2%
Dispensação de Propanolol na atenção às pessoas com Hipertensão Arterial	131	83,4%

FONTE: QualiAB 2014

Foram destacados aqui apenas alguns indicadores sobre medicamentos dispensados nos serviços para pessoas com hipertensão arterial, embora no instrumento QualiAB estejam contemplados todos os medicamentos preconizados pela RENAME (Relação Nacional de Medicamentos Essenciais).

O subdomínio “Atenção Programática, Exames de Rotina e Medicamentos disponíveis para Pessoas com Diabetes Mellitus tipo II” trata de um conjunto de indicadores sobre atenção às pessoas com diabetes mellitus tipo II, investigando as ações de cunho assistenciais, preventivas e de reabilitação. As análises das frequências de respostas dos serviços podem ser acompanhadas na tabela 2.

**Tabela 2.** Distribuição da frequência de respostas dos serviços de APS da RRAS 09 segundo o subdomínio “Atenção Programática, Exames de Rotina e Medicamentos disponíveis para Pessoas com Diabetes Mellitus tipo II”, Botucatu (SP), 2017

Indicadores	N.º	%
Acompanhamento com protocolo	70	44,5%
Orientação de dieta	147	93,6%

Tratamento e/ou prevenção de obesidade	114	72,6%
Exame anual de colesterol total e frações, triglicérides	110	70,0%
Solicitação periódica de exames	137	87,2%
Controle, avaliação e orientação de cuidados com os pés	120	76,4%
Treinamento para auto-aplicação de insulina	123	78,3%
Fornecimento do glicosímetro	113	71,9%
Atividades em grupo	77	49,0%
Orientação de atividade física	119	75,7%
Orientação e suporte para abandono do tabagismo	81	51,5%
Glicemia de jejum como exame solicitado de rotina para pessoas com Diabetes Mellitus tipo II	153	97,4%
Urina I como exame solicitado de rotina para pessoas com Diabetes Mellitus tipo II	142	90,4%
Microalbuminúria como exame solicitado de rotina para pessoas com Diabetes Mellitus tipo II	74	47,1%
Creatinina sérica como exame solicitado de rotina para pessoas com Diabetes Mellitus tipo II	133	84,7%
Colesterol total, frações (LDL e HDL) como exame solicitado de rotina para pessoas com Diabetes Mellitus tipo I	144	91,7%
Triglicérides como exame solicitado de rotina para pessoas com Diabetes Mellitus tipo II	142	90,4%

---

FONTE: QualiAB 2014

Ressalte-se que, em 12,1% dos serviços, há falta eventual de medicamentos relacionados tanto ao tratamento de hipertensão arterial, como para diabetes mellitus tipo II. Do total de serviços avaliados, 14% deles não dispensam medicamentos.

Quase a totalidade dos indicadores de ações desenvolvidas para pessoas com hipertensão e diabetes mellitus tipo II, são realizados por mais da metade dos serviços. Tal fato pode ser explicado por tais práticas estarem mais incorporadas, dentre outros fatores devido a difusão do Programa HiperDia, do Ministério da Saúde que, desde 2006, traçou recomendações para o trato deste público, tornando-se uma das principais ações programáticas da Atenção Primária (Lima, Schwartz, Muniz, Zillmer, & Ludtke, 2011).

É importante que os profissionais das equipes de atenção primária desenvolvam ações preventivas e de promoção da saúde direcionadas às pessoas com DCNT, dentre elas, a hipertensão e diabetes mellitus tipo II, tanto em uma dimensão individual como coletiva, com a implementação de práticas de educação e comunicação em saúde, direcionadas ao incentivo a hábitos e estilos de vida mais saudáveis, com a participação das equipes em ações intersetoriais, a fim de contribuir com a promoção de uma melhor qualidade de vida com uso dos recursos disponíveis em cada contexto (Medina, *et al.*, 2014).

Em suma, para sucesso no gerenciamento das condições crônicas é necessário aproveitar melhor os recursos humanos do setor saúde, centralizar o tratamento no paciente e na família, visto que se requerem alterações em costumes e hábitos da vida cotidiana, assim como apoiar os pacientes e enfatizar a prevenção, pois muitas das condições crônicas e de suas complicações são evitáveis (Silva, Cotta, & Rosa, 2013).

Quanto ao subdomínio “Ações para Cuidados de Pessoas Acamadas”, no conjunto de indicadores que o compõe, a maioria dos serviços de APS realiza: procedimentos domiciliares (82,1%); registro das ações domiciliares em prontuário (65,6%); visitas periódicas com médico (61,7%) e com equipe de apoio (53,5%); além de orientação de higiene bucal (51,5%).

Uma parcela menor desenvolve discussão de casos com rede de saúde (39,4%); orientação quanto aos direitos sociais (33,7%); atenção à família em caso de óbito (31,2%); assistência odontológica domiciliar (20,3%); e prevenção e acompanhamento em caso de uso abusivo de álcool e outras drogas (16,5%).

Destaque-se que mais da metade dos serviços realiza diagnóstico e encaminha para outros níveis de atenção para os casos de pessoas acamadas (57,9%); e 7,6% deles não realizam cuidados no domicílio.

Dentre as atribuições da equipe de saúde dos serviços de Atenção Primária há a atenção domiciliar às pessoas que necessitam de cuidados no domicílio, sendo que os idosos estão entre a parcela da população beneficiada com esse recurso. A atenção domiciliária deve envolver ações de promoção à saúde, prevenção, tratamento de doenças e reabilitação prestadas no domicílio, abarcando a assistência, a internação e a visita domiciliária (Lionello, Duro, Silva, & Witt, 2012).



Neste estudo, pôde ser observado que a maioria dos serviços realiza procedimentos domiciliares aos acamados; entretanto, menos da metade deles demonstraram desenvolver ações intersetoriais e acompanhar esses casos.

O domínio “Estrutura e Rede de Apoio na Atenção ao Envelhecimento” é integrado por um conjunto de indicadores relacionados à infraestrutura, insumos e qualificação profissional para viabilização do desenvolvimento de ações dirigidas à saúde da pessoa idosa e ao envelhecimento, e por indicadores relativos ao acesso dos serviços de APS à rede de apoio.

Fundamentados principalmente nas diretrizes da OMS para o envelhecimento ativo e no Caderno de Atenção Básica sobre o envelhecimento e saúde da pessoa idosa (Brasil, 2005; 2006). Este domínio foi dividido em dois subdomínios.

No subdomínio “Infraestrutura, Insumos e Qualificação Profissional”, a maioria dos serviços dispõe de infraestrutura que favorece a viabilização da atenção à saúde da pessoa idosa e ao envelhecimento, como acessibilidade do serviço para pessoas com deficiência ou dificuldades de locomoção (73,2%), dispor de cadeira de rodas no serviço (89,8%), possuir banheiro adaptado para pessoas portadoras de deficiências ou com dificuldades (57,9%) e, em um percentual menor, veículo para uso do serviço (40,1%).

Ainda sobre este subdomínio, a maioria dos serviços realiza ações quanto à aplicação de vacina e realização de exames no próprio serviço, como aplicação de vacina influenza (77,7%) e vacina dupla, adulto (77%); a realização de eletrocardiograma (ECG) no próprio serviço (50,9%); realização de HGT (98%); teste rápido de HIV (47,1%); e exames clínicos laboratoriais colhidos no próprio serviço (64,9%).

Em relação à qualificação profissional, destaque-se que a saúde do idoso como tema de educação continuada para a equipe de profissionais, realizada no último ano, é referida por menos da metade dos serviços (33,1%).

Os indicadores descritos acima se relacionam com a acessibilidade dos serviços de APS, quanto à organização da estrutura física e aprimoramento dos recursos humanos para ofertar atenção que promova o envelhecimento ativo da população, e proporcione uma atenção de qualidade direcionada à pessoa idosa.

Para tanto, é imprescindível que os serviços se adaptem quanto à infraestrutura, e insumos, a fim de minimizar problemas ocasionados pela acessibilidade no trato à pessoa idosa (Araújo, *et al.*, 2014), como também preparar os profissionais para as especificidades da saúde no processo de envelhecimento.

Sobre o subdomínio “Conexão com a Rede de Apoio”, que engloba um conjunto de indicadores para investigação da rede de apoio na atenção à pessoa idosa, pôde-se verificar que a maioria dos serviços não possui uma rede constituída para apoio na atenção a esse público.

Apenas 28,6% alegaram possuir acesso à rede municipal ou regional de serviços para a pessoa idosa: 32,4% conta com apoio do CREAS; 22,9%, com Centro de Convivência para Idosos; 12,7%, com serviço especializado para idosos; 5,7%, Centro-Dia do idoso; Grupos ligados à igreja, 12,1%; ONGs, 7%; e Associações de bairro, 6,3%.

Foi constatado que a maior rede de apoio para esses serviços de APS advém do CRAS (71,9%). Destaque-se que 6,3% dos serviços alegaram não haver rede de apoio à pessoa idosa, além do próprio serviço de APS.

É necessário haver uma rede articulada de serviços para que seja possível a oferta efetiva de uma atenção integral para a pessoa idosa, e ao envelhecimento, integrada por um sistema de informação construído de acordo com essa lógica, pois a forma como os serviços de Atenção Primária funcionam atualmente ainda não possibilita atender de forma integral as demandas decorrentes do envelhecimento da população (Veras, Caldas, & Cordeiro, 2013).

Apesar de a Atenção Primária ser proposta como ordenadora na construção e funcionamento das redes de atenção à saúde, há ainda muitos desafios a serem superados. A literatura destaca, como principais, a falta de política institucional direcionada ao fortalecimento da APS, a representação social das comunidades quanto à temática, a visão restrita de gestores, a insuficiência de recursos humanos qualificados para execução desta estratégia, dentre outros (Rodrigues, *et al.*, 2014).

## Considerações Finais

Os indicadores avaliados neste estudo apontam que diversas ações de atenção à saúde da pessoa idosa e ao envelhecimento não estão sendo efetivadas nos serviços de Atenção Primária estudados. Ainda que os resultados não possam ser generalizados para outros serviços, chama a atenção o baixo grau de implantação dessas ações em uma região de saúde do estado de São Paulo, tanto pelo percentual de envelhecimento do Estado como por sua tradição na Atenção Primária.

Os serviços investigados demonstraram não estar organizados para desenvolverem ações preventivas e de promoção à saúde, dirigidas ao público idoso e para alcance do envelhecimento ativo.

Pode-se inferir que os resultados encontrados não sejam uma particularidade apenas dos serviços dessas regiões, uma vez que confirmam diferentes achados de outros estudos. Nesse sentido, parece haver um grande distanciamento entre as necessidades colocadas pelo envelhecimento populacional e a capacidade de resposta dos serviços de atenção primária a esse cenário.

Faz-se necessário que o sistema de saúde do Brasil avance na implementação das políticas públicas com foco na promoção do envelhecimento ativo à população; para isso, é necessário explorar o potencial dos serviços de Atenção Primária na gestão do cuidado e manutenção da capacidade funcional da pessoa idosa e na sua articulação em rede, de modo a superar o sistema fragmentado ainda vigente no Sistema Único de Saúde (Oliveira, Bozzetti, Hauser, Duncan, & Harzheim, 2013).

Sugere-se que mais pesquisas sejam realizadas em diferentes localidades do país com este foco avaliativo, de modo a contribuir com processos de gestão e organização dos serviços e com a identificação de necessidades que requeiram a implantação e desenvolvimento de tecnologias de cuidado para a atenção ao idoso, fortalecendo o papel da atenção primária na construção de práticas assistenciais compreensivas e contextualmente integradas (Cabral, Martinez-Hemáez, Andrade, & Cherchiglia, 2011).

## Referências

- Araújo, L. U. A. de, Gama, Z. A. da S., Nascimento, F. L. A. do; Oliveira, H. F. V. de, Azevedo, W. M. de, & Almeida Júnior, H. J. B. de (2014). Avaliação da qualidade da atenção primária à saúde sob a perspectiva do idoso. *Ciência & Saúde Coletiva [online]*, 19(8), 3521-3532. Recuperado em 01 dezembro, 2016, de: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232014198.21862013>.
- Bara, V. M. F., Paz, E. P. A., Guimarães, R. M., Silva, B. F., Gama, B. B. De M., & Moratelli, L. (2015). Diagnóstico de utilização do instrumento de avaliação da atenção primária à saúde – PCATool-Brasil versão adulto – para população idosa. Rio de Janeiro, RJ: *Cad. Saúde Coletiva*, 23(3), 330-335. Recuperado em 01 dezembro, 2016, de: doi: 10.1590/1414-462X201400080015.
- Bombarda, F. P. (2012). *Redes Regionais de Atenção à Saúde*. Secretaria Estadual de Saúde de São Paulo.
- Born, T. (2008). *Cuidar Melhor e Evitar a Violência - Manual do Cuidador da Pessoa Idosa*. Brasília, DF: Secretaria Especial dos Direitos Humanos. Subsecretaria de Promoção e Defesa dos Direitos Humanos.
- Brasil. (2005). *Envelhecimento ativo: uma Política de Saúde*. Brasília, DF: Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. (62 p.).
- Brasil. (2006). *Envelhecimento e saúde da pessoa idosa. Caderno de Atenção Básica, n.º 19, Série A*. Brasília, DF: Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Normas e Manuais Técnicos.
- Brasil. (2009). *Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem: princípios e diretrizes*. Brasília, DF. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. (92p.).
- Brasil (2011). *Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022*. Brasília, DF. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde
- Brasil. (2012a). *Política Nacional de Atenção Básica*. Brasília, DF: Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica.
- Brasil. (2012b). *Mapa da Saúde. São Paulo*. Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo. Coordenadoria de Regiões de Saúde. Departamento Regional de Saúde de Bauru, DRS VI – RRAS 09.
- Brasil. (2013). *Diretrizes para cuidados de pessoas com doenças crônicas nas redes de atenção à saúde e nas linhas de cuidados prioritárias*. Brasília, DF: Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Secretaria de Atenção Básica.
- Cabral, A. L. L. V., Martinez-Hemáez, A., Andrade, E. I. G., & Cherchiglia, M. L. (2011). Itinerários terapêuticos: o estado da arte da produção científica no Brasil. Rio de Janeiro. *Ciência & Saúde Coletiva*, 16(11), 4433-4442. Recuperado em 01 dezembro, 2016, de: <http://www.scielo.org/pdf/csc/v16n11/a16v16n11.pdf>.

Castanheira, E. R. L., Sanine, P. R., Zarili, T. F. T., & Nemes, M. I. B. (2015). Desafios para a avaliação na atenção básica no Brasil: a diversidade de instrumentos contribui para uma instituição de uma cultura avaliativa? *In: Arkeman, M., & Furtado, J. P. (Orgs.). Práticas de avaliação em saúde no Brasil: diálogos*, 189-232. Porto Alegre, RS: Rede Unida. Recuperado em 01 dezembro, 2016, de: <http://historico.redeunida.org.br/editora/biblioteca-digital/serie-atencao-basica-e-educacao-na-saude/praticas-de-avaliacao-em-saude-no-brasil-dialogos-pdf>.

Ciosak, S. I. (2011). Senescência e senilidade: um novo paradigma na atenção básica de saúde. *Rev. Esc. Enfermagem USP*, 45, 1763-1768. Recuperado em 01 dezembro, 2016, de: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342011000800022>.

Lebrão, M. L., & Duarte, Y. A. de O. (2003). *SABE-Saúde, Bem-Estar e envelhecimento - o projeto SABE no município de São Paulo: uma abordagem inicial*. Brasília, DF: Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS).

Lima, L. M. de, Schwartz, E., Muniz, R. M., Zillmer, J. G. V., & Ludtke, I. (2011). Perfil dos usuários do hiperdia de três unidades básicas de saúde do sul do Brasil. Porto Alegre, RS: *Rev. Gaúcha Enfermagem*, 32(2), 323-329. Recuperado em 01 dezembro, 2016, de: <http://dx.doi.org/10.1590/S1983-14472011000200016>.

Lionello, C. D. L., Duro, C. L. M., Silva, A. M. da, & Witt, R. R. (2012). O fazer das enfermeiras da Estratégia Saúde da Família na atenção domiciliária. *Rev. Gaúcha Enfermagem*, 33(4), 103-110. Recuperado em 01 dezembro, 2016, de: <http://dx.doi.org/10.1590/S1983-14472012000400013>.

Medina, M. G., Aquino, R., Vilasbôas, A. L. Q., Mota, E., Júnior, E. P. P., Luz, L. A. da, Anjos, D. S. O. dos, & Pinto, I. C. de M. (2014). Promoção da saúde e prevenção de doenças crônicas: o que fazem as equipes de Saúde da Família? Rio de Janeiro, RJ: *Rev. Saúde e Debate*, 38, 69-82. Recuperado em 01 dezembro, 2016, de: <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v38nspe/0103-1104-sdeb-38-spe-0069.pdf>.

Noël, I. H., Parchman, M. L., Palmer, R. F., Romero, R. L., Leykum, L. K., Lanham, H. J., Zeber, J. E., & Bowers, K. W. (2014). Aligment of patient and primary care practice member perspectives of chronic illness care: a cross-sectional analysis. *BMC Family Practice*, 15, 57. Recuperado em 01 dezembro, 2016, de: doi: 10.1186/1471-2296-15-57.

Oliveira, E. B. de, Bozzetti, M. C., Hauser, L., Duncan, B. B., & Harzheim, E. (2013). Avaliação da qualidade do cuidado a idosos nos serviços da rede pública de Atenção Primária à Saúde de Porto Alegre, RS, Brasil. Rio de Janeiro, RJ: *Rev. Bras Med Fam Comunidade*, 8(29), 264-273. Recuperado em 01 dezembro, 2016, de: doi: [http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc8\(29\)826](http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc8(29)826).

Onocko-Campos, R. T., Campos, G. W. de S., Ferrer, A. L., Corrêa, C. R. S., Madureira, P. R. de, Gama, C. A. P. da, Dantas, D. V., & Nascimento, R. (2012). Avaliação de estratégias inovadoras na organização da Atenção Primária à Saúde. *Rev Saúde Pública*, 46(1), 43-50. Recuperado em 01 dezembro, 2016, de: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102011005000083>.

- Pasqual, K. K., Carvalhaes, M. A. B. L., & Parada, C. M. G. L. (2015). Atenção à saúde da mulher após os 50 anos: vulnerabilidade programática na Estratégia Saúde da Família. Rio Grande do Sul: *Rev. Gaúcha Enfermagem*, 36(2), 21-27. Recuperado em 01 dezembro, 2016, de: <http://seer.ufrgs.br/index.php/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/44822>.
- Raupp, L. M., Dhein, G., Medeiros, C. R. G., Grave, M. T. Q., Saldanha, O. M. de F. L., Santos, M. V. dos, Koetz, L. C. E., & Almerom, G. P. de O. (2015). Doenças crônicas e trajetórias assistenciais: avaliação do sistema de saúde de pequenos municípios. Rio de Janeiro, RJ: *Physis Revista de Saúde Coletiva*, 25(2), 615-634. Recuperado em 01 dezembro, 2016, de: doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312015000200015>.
- Rodrigues, L. B. B., P., Silva, C. dos S., Peruhype, R. C., Palha, P. F., Popolin, M. P., Crispim, J. de A., Carvalho Pinto, I., Monroe, A. A., & Arcêncio, R. A. (2014). A atenção primária à saúde na coordenação das redes de atenção: uma revisão integrativa. *Ciência & Saúde Coletiva*, 19(2), 343-352. Recuperado em 01 dezembro, 2016, de: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232014192.18032012>.
- Schmidt, M. I., Duncan, B. B., Silva, G. A., Menezes, A. M., Monteiro, C. A., & Barreto, S. M. (2011). Doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: carga e desafios atuais. *Lancet*, 377(9781), 1949-1962. (Coleção Saúde no Brasil). Recuperado em 01 dezembro, 2016, de: doi: 10.1016/S0140-6736(11)60135-9.
- Silva, L. S., Cotta, R. M. M., & Rosa, C. O. B. (2013). Estratégias de promoção da saúde e prevenção primária para enfrentamento das doenças crônicas: revisão sistemática. *Rev Panam Salud Publica*, 34(5), 343-350. Recuperado em 01 dezembro, 2016, de: <http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v34n5/a07v34n5.pdf>.
- Souza, L. G. S., Meireles, A. A., Tavares, K. M. C., & Menandro, M. C. S. (2015). Intervenções Psicossociais para Promoção da Saúde do Homem em Unidade de Saúde da Família. *Rev. Psicologia: ciência e profissão*, 35(3), 932-945. Recuperado em 01 dezembro, 2016, de: <http://www.redalyc.org/pdf/2820/282042221021.pdf>.
- Veras, R. (2009). Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações. *Revista de Saúde Pública*, 43(3), 548-554. Recuperado em 01 dezembro, 2016, de: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102009005000025>.
- Veras, R. P., Caldas, C. P., & Cordeiro, I. H. de A. (2013). Modelos de atenção à saúde do idoso: repensando o sentido da prevenção. Rio de Janeiro, RJ: *Physis Revista de Saúde Coletiva*, 23(4), 1189-1213. Recuperado em 01 dezembro, 2016, de: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312013000400009>.
- Vieira, A. L. T., Rodrigues, T. F. de C., Segundo, L. V. G., Lima, R. F. de, & Melo, E. G. de. (2015). Avaliação do Estresse em Cuidadores de Idosos na Unidade de Saúde da Família "Vila Saúde". *Rev. M & P. Medicina & Pesquisa*, 1(1), 61-74. Recuperado em 01 dezembro, 2016, de: [file:///C:/Users/Dados/Downloads/17953-49436-1-PB%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/Dados/Downloads/17953-49436-1-PB%20(1).pdf).
- Wanderbroocke, A. C. N. S., & Moré, C. L. O. O. (2013). Abordagem profissional da violência familiar contra o idoso em uma unidade básica de saúde. Rio de Janeiro, RJ: *Cad. Saúde Pública*, 29(12), 2513-2522. Recuperado em 01 dezembro, 2016, de: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v29n12/v29n12a15.pdf>.

World Health Organization (WHO). (2004). *Active Aging: Towards Age-Friendly Primary Health Care*. France.

Recebido em 22/03/2017

Aceito em 30/06/2017

---

**Nádia Placideli** - Doutora em Saúde Coletiva, Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho. Bacharel em Gerontologia, Universidade de São Paulo.

E-mail: nadiaplacideli@hotmail.com

**Elen Rose Lodeiro Castanheira** - Docente do Departamento de Saúde Pública da Faculdade de Medicina de Botucatu (SP), Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho. Médica Sanitarista.

E-mail: elenrochalodeiro@gmail.com