



UNIVERSIDADE DE RIBEIRÃO PRETO
DIVISÃO DE PÓS-GRADUAÇÃO *STRICTO SENSU*
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE E EDUCAÇÃO

HARRY ROSSMANN

O USO DA CADERNETA DE SAÚDE DA PESSOA IDOSA NOS
DIVERSOS CENÁRIOS PÚBLICOS DE ATENÇÃO À SAÚDE

Ribeirão Preto
2025

HARRY ROSSMANN

O USO DA CADERNETA DE SAÚDE DA PESSOA IDOSA NOS
DIVERSOS CENÁRIOS PÚBLICOS DE ATENÇÃO À SAÚDE

Dissertação de Mestrado apresentada ao
Programa de Pós-Graduação em Saúde e
Educação da Universidade de Ribeirão
Preto para obtenção do título de Mestre em
Saúde e Educação.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Rosemary
Aparecida Furlan Daniel.

Ribeirão Preto
2025

Ficha catalográfica preparada pelo Centro de Processamento
Técnico da Biblioteca Central da UNAERP

- Universidade de Ribeirão Preto -

ROSSMANN, Harry, 1978-

R837o

O uso da caderneta de saúde da pessoa idosa nos diversos
cenários públicos de atenção à saúde / Harry Rossmann. --
Ribeirão Preto, 2025.

83 f. : il. color.

Orientador: Prof.^a Dr.^a Rosemary Aparecida Furlan Daniel.

Dissertação (Mestrado em Mestrado em Saúde e Educação)
- Universidade de Ribeirão Preto (UNAERP), Ribeirão Preto,
2025.

1. Saúde da Pessoa Idosa. 2. Assistência Integral à Saúde
da Pessoa Idosa. 3. Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa. 4.
Sistema Único de Saúde. I. Título.

HARRY ROSSMANN

O USO DA CADERNETA DE SAÚDE DA PESSOA IDOSA NOS DIVERSOS
CENÁRIOS PÚBLICOS DE ATENÇÃO À SAÚDE

Dissertação de Mestrado apresentada ao
Programa de Pós-Graduação em Saúde e
Educação da Universidade de Ribeirão
Preto para obtenção do título de Mestre em
Saúde e Educação.

Área de Concentração: Ensino de Ciências da Saúde.

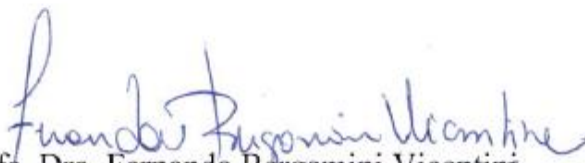
Data da Defesa: 27 de março de 2025

Resultado: Aprovado

BANCA EXAMINADORA



Prof. Dra. Rosemary Ap. Furlan Daniel
Presidente/UNAERP – Universidade de Ribeirão Preto



Prof. Dra. Fernanda Bergamini Vicentini
UNAERP – Universidade de Ribeirão Preto



Prof. Dra. Maria Izaura Sedoguti Scudeler
Universidade de São Paulo - USP

Ribeirão Preto
2025

Dedico esta dissertação aos meus pais, que desde muito cedo, ensinaram-me o valor das conquistas através do esforço genuíno.

Dedico à minha esposa e aos meus filhos, razões do meu viver.

Dedico a todo corpo docente e discente do Mestrado em Saúde e Educação da Unaerp, a quem fico feliz por dele ter feito parte.

Dedico aos profissionais da saúde, em especial aos que atuam na Estratégia Saúde da Família, que de forma incessante buscam a melhoria na qualidade de vida das pessoas sob seus cuidados.

Dedico também aos nossos usuários do serviço de saúde, bem como, as suas famílias, que confiam sua saúde aos nossos cuidados e que compartilham seus sentimentos mais verdadeiros.

AGRADECIMENTOS

Meus sinceros agradecimentos a todos que contribuíram direta ou indiretamente para a construção e desenvolvimento desta dissertação:

à minha orientadora Prof.^a Dr.^a Rosemary Aparecida Furlan Daniel pelos ensinamentos, comprometimento e dedicação em me conduzir nesta jornada;

à Prof.^a Dr.^a Silvia Sidnéia da Silva pelo incentivo em continuar a jornada, estimulando a realização das tarefas, com foco em prazos, assim como, nas orientações à pesquisa científica;

à Prof.^a Dr.^a Fernanda Bergamini Vicentine e à Prof.^a Dr.^a Jaciara Machado Viana pelas contribuições e pelo cuidado durante a Banca de Qualificação;

à Prof.^a Dr.^a Maria Izaura Sedoguti Scudeler Agnollitto pela disponibilidade em participar da banca examinadora e contribuir com o aprimoramento desta pesquisa;

a todos os professores do Mestrado em Saúde e Educação por toda a convivência, pelos ensinamentos, aprendizados e crescimento proporcionados em nossas aulas;

aos profissionais da Unidade de Saúde onde atuo, por contribuírem gentilmente com esta pesquisa;

à minha esposa pelo apoio irrestrito e aos filhos pela compreensão;

aos pacientes e suas famílias que foram o alicerce deste estudo.

*“Mudam-se os tempos, mudam-se as vontades,
Muda-se o ser, muda-se a confiança;
Todo mundo é composto de mudança,
Tomando sempre novas qualidades.*

(Luís de Camões)

RESUMO

ROSSMANN, H. O uso da caderneta de saúde da pessoa idosa nos diversos cenários públicos de atenção à saúde. 83 páginas. Defesa (Mestrado Profissional em Saúde e Educação), Universidade de Ribeirão Preto, Ribeirão Preto – SP, 2025.

O aumento quantitativo e progressivo de pessoas idosas é uma realidade no Brasil, trazendo desafios no âmbito dos serviços de saúde por se tratar de uma população que requer atenção diferenciada e integral, uma vez que apresentam múltiplas comorbidades, perdas de funções e habilidades e/ou mudanças em seus ciclos de vida. Com o intuito de promover uma atenção integral a este grupo etário, em 2006, o Ministério da Saúde normatizou a Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa (CSPI), um instrumento de auxílio que qualifica o atendimento e a gestão de saúde das pessoas longevas e deve ser utilizada pelos profissionais de saúde, pessoas idosas, familiares e cuidadores. Esta pesquisa teve como objetivo compreender a percepção dos profissionais de saúde que atuam em níveis de atenção primária e secundária no sistema público de saúde sobre a CSPI. A metodologia utilizada neste estudo foi descritiva, com abordagem qualitativa, sendo desenvolvida através de uma entrevista com roteiro semiestruturado, aplicada aos profissionais de saúde de equipes de Estratégia Saúde da Família na Unidade de Saúde José Paulo Pimenta de Mello e médicos do ambulatório de especialidade do Hospital Electro Bonini. Na USF onde ocorreu a pesquisa, foram sorteados dois auxiliares de enfermagem, dois enfermeiros, dois médicos, dois agentes comunitários de saúde, um auxiliar de saúde bucal e um odontólogo. No hospital o pesquisador entrevistou três médicos, sendo dois cardiologistas e um geriatra. A coleta de dados foi realizada entre os meses de setembro e novembro de 2024. A análise dos dados foi baseada em Bardin, seguindo as regras da exaustividade, da representatividade, da homogeneidade e da pertinência para formação do *corpus*. Desta forma, foram identificados os seguintes núcleos de sentido: “Complexidade no atendimento à pessoa idosa”; “Conhecimento sobre a Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa”; “Implementação da Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa” e “Articulação da Rede de Atenção à Saúde”. A maioria dos profissionais entrevistados conheciam a caderneta e a avaliavam como um instrumento potencialmente útil, porém nenhum deles a utilizava. A principal justificativa do não uso deste instrumento foi a sua indisponibilidade física no local de trabalho. Outras incluem, a baixa percepção de utilidade prática, preenchimento complexo e falta de tempo hábil para realizá-lo. Ficou evidenciado no estudo que a capacitação através de atividade de educação permanente pode ajudar na implementação da CSPI. A sua implementação é uma estratégia primordial para a promoção da saúde e a melhoria da qualidade de vida da população idosa, encontrando-se alinhada às diretrizes do Pacto pela Vida e às políticas públicas de saúde da pessoa idosa no Brasil.

Palavras-chaves: Saúde da pessoa idosa; Assistência integral à saúde da pessoa idosa; Caderneta de saúde da pessoa idosa; Sistema Único de Saúde.

ABSTRACT

ROSSMANN, H. The Use of the Elderly Health Record in Various Public Health Care Settings. 83 pages. Defense (Professional Master's Degree in Health and Education), University of Ribeirão Preto, Ribeirão Preto – SP, 2025.

The quantitative and progressive increase in the elderly population is a reality in Brazil, bringing challenges to health services as it is a population that requires differentiated and comprehensive care, given their multiple comorbidities, functional and skill losses, and/or life cycle changes. In order to promote comprehensive care for this age group, in 2006, the Ministry of Health standardized the Elderly Health Record (EHR), an auxiliary instrument that enhances health care service delivery and management for the elderly population. It is intended for use by healthcare professionals, elderly individuals, family members, and caregivers. This study aimed to understand the perception of healthcare professionals working in primary and secondary care levels within the public health system regarding the EHR. The methodology used in this study was descriptive, with a qualitative approach, conducted through semi-structured interviews with healthcare professionals from Family Health Strategy teams at the José Paulo Pimenta de Mello Health Center and physicians from the specialty outpatient clinic at Electro Bonini Hospital. At the health center where the research was conducted, two nursing assistants, two nurses, two physicians, two community health agents, one oral health assistant, and one dentist were randomly selected. At the hospital, the researcher interviewed three physicians, including two cardiologists and one geriatrician. Data collection was carried out between September and November 2024. The data analysis was based on Bardin's framework, following the principles of exhaustiveness, representativeness, homogeneity, and relevance in forming the *corpus*. As a result, the following core themes were identified: "Complexity in Elderly Care"; "Knowledge of the Elderly Health Record"; "Implementation of the Elderly Health Record"; and "Coordination of the Health Care Network". The majority of the interviewed professionals were familiar with the record and evaluated it as a potentially useful tool; however, none of them actually used it. The main justification for not using this instrument was its physical unavailability in the workplace. Other reasons included a low perception of its practical utility, the complexity of filling it out, and a lack of sufficient time to complete it. The study highlighted that capacity-building through continuing education activities could aid in the implementation of the EHR. Its implementation is a fundamental strategy for promoting health and improving the quality of life of the elderly population, aligning with the guidelines of the Pact for Life and public policies on elderly health in Brazil.

Keywords: Elderly health; Comprehensive health care for the elderly; Elderly health record; Unified Health System.

LISTA DE SIGLAS

APS	Atenção Primária à Saúde
CAP	Caixa de Aposentadorias e Pensões
CAPP-SMS	Comissão de Avaliação de Projetos de Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos
CIB	Comissão Intergestores Bipartite
CIT	Comissão Intergestores Tripartite
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CONASEMS	Conselho Nacional dos Secretários Municipais de Saúde
CONASS	Conselho Nacional de Saúde
CSPI	Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa
DCNTs	Doenças Crônicas Não Transmissíveis
ESF	Estratégia Saúde da Família
IAP	Institutos de Aposentadorias e Pensões
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
INPS	Instituto Nacional de Previdência Social
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNSPI	Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa
RAS	Rede de Atenção à Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
USF	Unidade de Saúde da Família
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	13
1.1 JUSTIFICATIVA	15
1.2 PROBLEMA DE PESQUISA	16
1.3 OBJETIVOS	16
1.3.1 Objetivo Geral	16
1.3.2 Objetivos Específicos	16
2 PRESSUPOSTOS TEÓRICOS	17
2.1 SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE	17
2.2 PACTO PELA VIDA	20
2.3 SAÚDE DA PESSOA IDOSA	23
2.4 CADERNETA DE SAÚDE DA PESSOA IDOSA	28
3 PERCURSO METODOLÓGICO	31
3.1 NATUREZA DO ESTUDO	31
3.2 LOCAL DO ESTUDO	32
3.3 UNIVERSO DO ESTUDO E PARTICIPANTES	33
3.4 COLETA DE DADOS	33
3.4.1 Instrumentos de Coleta de Dados	33
3.4.2 Procedimento de Coleta dos Dados	34
3.5 ANÁLISE DOS DADOS	35
3.6 ANÁLISE DE RISCOS E BENEFÍCIOS PARA POPULAÇÃO ESTUDADA	36
3.7 ASPECTO ÉTICO EM PESQUISA COM SERES HUMANOS	36
3.8 CRITÉRIOS DE SUSPENSÃO OU ENCERRAMENTO DA PESQUISA	37
4 RESULTADOS E DISCUSSÃO	38
4.1 IMPLEMENTAÇÃO DA CADERNETA DE SAÚDE DA PESSOA IDOSA	40
4.2 CONHECIMENTO SOBRE A CADERNETA DE SAÚDE DA PESSOA IDOSA ..	45
4.3 COMPLEXIDADE NO ATENDIMENTO À PESSOA IDOSA	46
4.4 ARTICULAÇÃO DA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE	50
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	52
REFERÊNCIAS.....	54
APÊNDICES	58
ANEXOS	75

APRESENTAÇÃO

Eu, Harry Rossmann, filho de Esmar Rossmann e Hildegard Rossmann, nascido aos 18 dias do mês de maio do ano de 1978, na cidade de Vitória/ES. Cresci ao lado de mais dois irmãos. Minha infância foi cercada de amigos e brincadeiras ao ar livre e das mais diversas. Muitas artes e estrepolias da idade. Sempre comprometido com as obrigações estudantis e tarefas da casa, divididas desde muito cedo com meus irmãos. Formado em medicina pela Santa Casa de Misericórdia de Vitória no Espírito Santo em 2004. Casado há 16 anos e pai de 4 filhos. Especialista em medicina de família e comunidade, sempre atuando no SUS e em comunidades do interior do ES. Devido a demanda em saúde mental me especializei em psiquiatria. Em 2018, mudei para o Estado de São Paulo, para assumir concurso público na Praia Grande. A partir deste momento, atuando neste Município, fui preceptor do programa de residência médica em MFC até ser convidado por universidade privada do Município de Ribeirão Preto a ser docente de medicina de família e comunidade, no início do ano de 2022. Assim, diante da prática docente, vi a necessidade de prosseguir com especialização, porém *stricto sensu*. Na equipe da família em que atuo, a população que busca atendimento é predominantemente idosa, fazendo-me refletir quanto aos desafios ao atender este público e como se faz necessário instrumento para auxiliar nesta condução, enxergando a caderneta da pessoa idosa como um possível instrumento de auxílio.

1 INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS) foi criado em 1988 com a finalidade de garantir à população uma assistência à saúde, de forma humanizada e qualificada, por intermédio de seus princípios éticos da universalidade, equidade e integralidade (Brasil, 2017; Souza *et al.*, 2012). Não mais importante que os demais princípios, enfatiza-se que a integralidade é fundamental para a Atenção Primária à Saúde (APS), trazendo como proposta analisar o indivíduo como um todo, pois encontra-se inserido em diversos contextos como: o familiar, cultural, ambiental e socioeconômico; além de ofertar ações de promoção à saúde, prevenção de doenças e agravos, cura, reabilitação e redução de danos.

Em conformidade com a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB, 2017), a Saúde da Família constitui-se na principal estratégia de ampliação e fortalecimento da APS; e se estrutura por meio da Estratégia Saúde da Família (ESF) composta por equipes multiprofissionais que atuam de forma articulada, sendo responsáveis pelos cuidados da saúde de uma população, em território adscrito, em todas as fases da vida dos usuários e suas famílias (Gusso, 2018).

A partir da década de 1970, no Brasil, a proporção de indivíduos maiores de 60 anos de idade duplicou, sendo de 5% em 1970 evoluindo para 10% em 2010, constituindo o grupo etário que mais cresce na população do país, tendendo este aumento perdurar nas próximas décadas. Atualmente, conforme o IBGE (2022) há 32 milhões de pessoas idosas, correspondendo a 15,6% da população brasileira. Há uma previsão que no ano de 2030 o quantitativo de pessoas idosas suplante o de crianças e adolescentes. Assim em 2030 os longevos representarão 18,7% contra 17% de crianças e adolescentes, fazendo com que as pirâmides etárias apresentem uma redução de suas bases e um alargamento de seus estratos superiores (Coelho Filho, 2017).

A composição populacional por grupamento etário apresenta projeções que indicam o envelhecimento dos indivíduos, acarretando um aumento na prevalência de comorbidades e doenças crônicas, tornando-se um desafio para a saúde pública (Brasil, 2018).

No âmbito das políticas e dos programas voltados à população idosa, a meta é atentar para a garantia de direitos, preferências e demandas para oferecer uma atuação integral à saúde deste grupo etário e em uma de suas ações, o Ministério da

Saúde normatizou, em 2006, a Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa (CSPI), um instrumento de auxílio para qualificação de atendimento e gestão da saúde, devendo ser utilizada pelos profissionais de saúde, pessoas idosas, familiares e cuidadores (Brasil, 2006; Brasil, 2018).

A Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa é um instrumento que qualifica a atenção de saúde dos indivíduos longevos, uma vez que contém vários quesitos para preenchimento que possibilitam tomar conhecimento de dados importantes a respeito da situação socioeconômica e de saúde dos indivíduos desta faixa etária. Nela estão inseridas diversas orientações, tais como: os direitos da pessoa idosa; uso e armazenamento de medicações, acesso a medicamentos no SUS, alimentação saudável, prevenção de quedas, saúde bucal, atividade física e sexualidade. Disponibiliza lista de endereços e/ou telefones úteis. Viabiliza a identificação de dados pessoais e antropométricos; abrange uma avaliação da pessoa idosa, avaliando uso e posologia de medicações, suplementos e vitaminas; história clínica prévia de diagnósticos, internações e cirurgias; alergia a medicamentos; identifica a pessoa idosa em situação de vulnerabilidade por meio de um protocolo; auxilia na identificação de dor crônica e hábitos de vida. Aborda aspectos clínicos relevantes como o controle da pressão arterial, o controle de glicemia, o calendário de vacinação e a saúde bucal (Brasil, 2018). Diante do exposto, a caderneta constitui uma importante fonte de diálogo entre os pontos de atenção, primário e secundário, em virtude do conteúdo deste instrumento no cuidado à saúde da pessoa idosa.

Nesse sentido, o presente projeto pretende analisar o uso da caderneta de saúde da pessoa idosa por profissionais que atuam na APS e na Atenção Secundária, em Unidade de Saúde da Família (USF) e em um ambulatório de especialidades que atendem pessoas idosas de uma universidade privada, respectivamente, em um Município do interior do Estado de São Paulo.

Frente ao exposto, o pesquisador possui questionamentos: como tem sido a utilização da Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa, nos diversos cenários públicos de atenção à saúde? Na rotina de trabalho da equipe de saúde nos cenários pontuados, apresenta-se como ferramenta de gestão do cuidado da pessoa idosa?

1.1 JUSTIFICATIVA

O pesquisador atua como médico de uma equipe de ESF na USF José Paulo Pimenta de Mello, no Município de Ribeirão Preto e, esta unidade de saúde possui uma população idosa de 19,2%, estando acima da porcentagem nacional de 15,6%. O território adscrito sob responsabilidade desta equipe, apresenta uma população que busca atendimento predominantemente idosa, consequentemente as ações de assistência à saúde são voltadas principalmente a este público. Nesta unidade de saúde O pesquisador experencia frequentemente o desafio de lidar com indivíduos que possuem variadas comorbidades e doenças crônicas; que fazem uso de múltiplos medicamentos e frequentemente procuram assistência da equipe de saúde na Unidade estando desacompanhados, por vezes com perda da capacidade cognitiva e/ou com dificuldades para relatar os problemas de saúde apresentados e medicações que fazem uso.

Em sua prática de atividades na ESF, como médico de família e comunidade, o pesquisador em algumas situações de saúde das pessoas idosas, necessita encaminhar estes pacientes ao especialista na Atenção Secundária e vivencia as limitações de ambas as especialidades quanto as informações clínicas dos indivíduos assistidos.

O estudo foi desenvolvido em cenários de APS, representada pela ESF e em Atenção Secundária, por se tratar de locais de assistência em saúde que se utilizam de uma abordagem integral aos pacientes longevos.

Sendo a APS a porta de entrada prioritária dos usuários na Rede de Atenção à Saúde (RAS) tendo por objetivo garantir uma atenção qualificada por meio do acesso, do vínculo e da longitudinalidade, e considerando o envelhecimento da população, fez-se necessária a elaboração de políticas públicas de saúde voltadas para este grupo etário e a criação de instrumento de auxílio no campo prático da assistência à saúde, a Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa. O pesquisador não vivencia a aplicação desta ferramenta na rotina dos atendimentos às pessoas idosas, seja pelas equipes de saúde da Atenção Primária ou Secundária, no Município onde está proposto o estudo.

1.2 PROBLEMA DE PESQUISA

Com relação ao atendimento às pessoas idosas, o pesquisador, não vivencia a utilização da Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa. Este fato, pode ser devido ao não conhecimento da ferramenta pela equipe de saúde. Caso seja de conhecimento dos profissionais, o não uso pode ser entendido como oneroso no atendimento desta população.

1.3 OBJETIVOS

1.3.1 Objetivo Geral

Compreender a percepção dos profissionais de saúde sobre a Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa.

1.3.2 Objetivos Específicos

- ✓ Discorrer sobre as políticas públicas existentes, relacionadas ao cuidado em saúde da pessoa idosa;
- ✓ Identificar as dificuldades que os profissionais da saúde possuem em relação ao atendimento da pessoa idosa;
- ✓ Identificar e descrever as ferramentas utilizadas pelos profissionais da saúde para realizar a assistência à pessoa idosa;
- ✓ Descrever a percepção dos profissionais de saúde sobre a gestão do cuidado da pessoa idosa;
- ✓ Apresentar aos profissionais da saúde a pessoa idosa como ser um biopsicossociocultural e espiritual na contemporaneidade.

2 PRESSUPOSTOS TEÓRICOS

2.1 SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

Em um breve histórico a respeito da evolução da saúde no Brasil, observa-se que a partir do período da República, o enfoque era dado aos serviços sanitários, não voltados as necessidades dos indivíduos, mas objetivando melhoria das condições sanitárias das cidades e portos com maior relevância econômica. A população rural, que constituía a maior parte da população, encontrava-se desassistida (Falk; Rosa, 2022).

Segundo Falk e Rosa (2022), em 1923, foi dado início ao sistema previdenciário brasileiro, através da Lei Eloy Chaves, com a criação da primeira Caixa de Aposentadorias e Pensões (CAP), reservada aos ferroviários do Estado de São Paulo, porém ainda prevalecia o modelo sanitarista campanhista com foco nas atividades econômicas do país. A partir de 1930, as CAPs foram substituídas pelos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs) devido a expansão das atividades industriais nas cidades e consequentemente o aumento do número de trabalhadores exigindo mais serviços de medicina previdenciária. Em 1966 foi criado o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) e, em 1977, o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS).

A assistência médica durante a fase do sistema de saúde previdenciário era restrita e disponibilizada somente aos segurados e seus dependentes, mas ainda assim o atendimento médico não podia ser garantido sob alegação de disponibilidade de recursos financeiros disponíveis e da viabilidade das condições locais. A parte da sociedade não segurada, era atendida em serviços previdenciários ou conveniados, somente em situações de urgência ou emergência, como “indigentes”. Portanto, tratava-se de um sistema excludente, não resolutivo, que não atendia as necessidades das pessoas e que foi gerando insatisfação por parte da população. O descontentamento tomou grandes proporções levando a população a movimentos sociais em luta pela conquista ao direito à saúde (Narvai, 2022).

Apesar da evolução ao longo dos anos, o sistema previdenciário no Brasil foi marcado pela centralização político-administrativa, sendo as decisões de ordem tecnocrática excluindo os cidadãos; por ações curativas e preventivas e pelo acesso à saúde não universal. A partir do final da década de 70 iniciavam-se as lutas

democráticas pelo país culminando com o movimento popular pela Reforma Sanitária (Falk; Rosa, 2022).

As Conferências de Saúde e de Educação no Brasil foram instituídas em 1937, pela aprovação da Lei 378, sendo a primeira Conferência de Saúde datada do ano de 1941. As Conferências Nacionais de Saúde eram eventos proporcionados pelo Governo Federal e os participantes se constituíam por especialistas, técnicos do governo e convidados especiais, sendo os temas especificamente de interesse sanitário. Em 1986, ocorreu a 8ª Conferência Nacional de Saúde, considerada um marco na gestão participativa na administração pública brasileira e diferentemente dos eventos anteriores, teve um diferencial na estrutura, passando a ser planejado e organizado por meses, em vez de dias de evento e marcado pela participação de segmentos da sociedade em assuntos relacionados à saúde, do nível municipal ao nacional. Os modelos campanhistas da saúde pública e o liberal-privatista da medicina previdenciária, foram intensamente criticados nesta conferência (Narvai, 2022).

A Reforma Sanitária foi caracterizada por um intenso movimento social e teve como um dos seus objetivos a construção de um sistema de saúde universal no Brasil; através desta reforma, a Constituição Federal de 1988 instituiu o SUS, determinando a saúde como direito do cidadão e dever do Estado. Conforme Fleury (2009 apud Sampaio, Mendonça e Turci, 2019), a Reforma Sanitária foi orientada por quatro princípios, sendo estes ético-normativo, trazendo a saúde como direito dos indivíduos; científico, o qual interpreta a determinação social relacionado ao processo saúde-doença; político, atribuindo a saúde como um direito universal do cidadão em uma sociedade democrática e sanitário, compreendendo um cuidado em saúde integral, desde a promoção até a cura e a reabilitação (Sampaio; Mendonça; Turci, 2019).

Segundo Paim (2013), a Constituição Federal Brasileira, também conhecida como Constituição Cidadã, introduziu um conceito de seguridade social como manifestação dos direitos sociais essenciais para a cidadania, abrangendo saúde, previdência e assistência. Reconheceu a saúde como direito do cidadão e dever do Estado, mediante a garantia de um conjunto de políticas econômicas e sociais, criando assim o SUS, um sistema de saúde público, universal, descentralizado, integral e com participação da comunidade.

Conforme Solha (2014), os princípios e diretrizes do SUS foram construídos ao longo do tempo por meio de discussões com a finalidade de guiar e organizar o trabalho nos serviços de saúde e podem ser considerados como “filosofia” do SUS.

São compostos por preceitos éticos e organizacionais que devem nortear as decisões tomadas em todos os níveis de gestão e nas práticas de cuidado em saúde.

A Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990, também conhecida como a primeira Lei Orgânica da Saúde, dispõe a respeito das condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e funcionamento dos serviços entre outras providências. Sustenta os princípios doutrinários, que são: universalidade, equidade e integralidade; e as diretrizes organizacionais constituídas por regionalização, hierarquização, descentralização e participação social (Falk; Rosa, 2022).

De acordo com a Lei 8.080 as ações e serviços públicos e os privados contratados ou conveniados devem obedecer aos seguintes princípios: da universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência; da integralidade, articulando ações de preventivas e curativas em todos os níveis de atenção à saúde; da igualdade da assistência sem preconceitos ou privilégios de qualquer natureza; da participação da comunidade; da descentralização política-administrativa, com direção única em cada esfera de governo e ênfase dos serviços para os Municípios; da regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde.

Ressalta-se que a participação da comunidade foi regulamentada apenas pela segunda Lei Orgânica da Saúde (Lei 8.142/1990), promulgada três meses após a primeira, na qual instituiu os Conselhos e as Conferências como espaços Controle Social na gestão do SUS. Sem dúvida, é um dos marcos deste sistema, por viabilizar o envolvimento de usuários no processo de tomada de decisão. Por meio desta lei, foi institucionalizado a participação da população nas políticas de saúde no âmbito das três esferas (municipal, estadual e federal) através da participação nos Conselhos de Saúde e nas Conferências de Saúde (Piana; Cavalli, 2019). Os Conselhos atuam como órgãos colegiados de caráter permanente e deliberativo sendo compostos por 25% de gestores, 25% de trabalhadores do SUS e 50% de usuários do sistema com a finalidade de elaboração de estratégias e controle da execução da política de saúde, inclusive nas esferas econômicas e financeiras, na instância correspondente. Quanto às Conferências de Saúde, a Lei 8.142/1990 estabelece que estas ocorram a cada quatro anos, também permitindo a representação por vários segmentos da sociedade, avaliando a situação de saúde e formulando diretrizes políticas de saúde em seu nível correspondente. Portanto os Conselhos e Conferências de Saúde são espaços onde os temas saúde, doença e cuidado ou os que dizem respeito à esfera pública, em qualquer território, podem ser levados ao debate público, com vistas a avaliação

democrática e detecção das responsabilidades de cada instância na resolução dos problemas que afetam a todos, permitindo que o governo da saúde possa ser exercido por todos os cidadãos (Narvai, 2022).

Com o advento do SUS, o Brasil instituiu a descentralização das funções e recursos, disponibilizando uma maior oferta de acesso aos serviços de saúde, através de diretriz constitucional que determinou comando único em cada esfera de governo e criou instâncias de pactuação, como as Comissões Intergestoras Tripartite e Bipartite (CIT e CIB). Foram elaboradas as Normas Operacionais Básicas, Pactos, Programação Pactuada Integrada, Plano de Desenvolvimento de Regionalização e Plano Diretor de Investimentos os quais auxiliaram na sustentação institucional do sistema de saúde brasileiro e para a sua materialidade manifestada por intermédio de estabelecimentos, equipes, equipamentos e tecnologia. Houve avanços importantes no sistema de vigilância em saúde, na vigilância sanitária, na assistência farmacêutica, no Programa Nacional de Imunizações, transplantes, serviços móveis de urgência e nos controles do tabagismo, HIV/AIDS e da qualidade do sangue (Paim, 2018).

Dentre os pactos elaborados durante a evolução do SUS, será dada ênfase as Diretrizes do Pacto pela Saúde aprovado em 2006, o qual se divide em três dimensões: pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão, sendo que na dimensão pela Vida, dentre as promoções e ações de saúde propostas, há a abordagem à saúde da pessoa idosa (Brasil, 2006).

2.2 PACTO PELA VIDA

Em virtude da necessidade de fortalecimento do processo normativo do SUS, em 2006 foi aprovada a diretriz do Pacto pela Saúde, nas suas três variáveis, Pacto pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão, definindo a respeito das responsabilidades de cada esfera do governo. Trata-se de um elemento gestor inovador, em decorrência da precaução em contemplar os princípios do SUS assegurando seu financiamento de forma integral levando em consideração a diversidade do país (Delamuta; Dias; Silva *et al.*; 2015 apud Brasil, 2006), sendo formalizado através da assinatura do Termo de Compromisso de Gestão, o qual abrange responsabilidades, objetivos e metas de indicadores e prioridades estabelecidas nacionalmente (Carneiro *et al.*, 2014).

Conforme Brasil (2006 apud Carneiro *et al.*, 2014), o Pacto pela Vida consiste em um grupo de compromissos sanitários que são prioritários e impactam sobre a saúde da população. O Pacto em Defesa do SUS destaca os compromissos entre os gestores das três instâncias de repolitizar a saúde com a consolidação da Reforma Sanitária Brasileira; e o Pacto de Gestão determina diretrizes para o sistema de saúde, primando pelo fortalecimento da gestão compartilhada e solidária.

O Pacto pela Vida, está incluído em documento pactuado em reunião da Comissão Intergestores Tripartite (CIT), aprovado pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS) em 09 de fevereiro de 2006. Trata-se de um compromisso entre os gestores das três esferas governamentais do SUS com as prioridades que impactam na situação de saúde da população do Brasil. Fez-se necessária a pactuação entre o Ministério da Saúde, o Conselho Nacional de Saúde (CONASS) e o Conselho Nacional dos Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS) com relação ao campo de gestão do sistema de atenção à saúde, uma vez que as descentralização e municipalização das ações e serviços de saúde, aumentaram o contato do sistema com a realidade social, política, administrativa do país e com as especificidades regionais (Brasil, 2006).

O Pacto pela Vida firmou seis prioridades, estabelecida através de metas nacionais, estaduais, regionais ou municipais, sendo: saúde da pessoa idosa; controle do câncer de colo de útero e de mama; redução das mortalidades infantil e materna; fortalecimento da capacidade de resposta às doenças emergentes e endemias, com ênfase na dengue, hanseníase, tuberculose, malária e influenza; promoção da saúde e fortalecimento da Atenção Primária à Saúde. Destas, três têm relevância no tocante à promoção de saúde voltado para as pessoas idosas: a saúde da pessoa idosa, a promoção de saúde e o fortalecimento da Atenção Primária à Saúde (Brasil, 2006).

Tendo em vista a abordagem, nesta pesquisa, dos cuidados e assistência em saúde à pessoa idosa, será descrito minuciosamente a respeito da prioridade Saúde da Pessoa Idosa contida na dimensão do Pacto pela Vida. Neste item do Pacto, é definido pessoa idosa o indivíduo com idade a partir de 60 anos e informa que a atuação nesta área deve seguir as seguintes diretrizes: promoção do envelhecimento ativo e saudável; atenção integral e integrada à saúde da pessoa idosa; estímulo às ações intersetoriais, visando à integralidade da atenção; implantação de serviços de atenção domiciliar; o acolhimento preferencial em unidades de saúde, respeitando o critério de risco; provimento de recursos capazes de assegurar a qualidade da atenção

à saúde da pessoa idosa; fortalecimento da participação social; formação e educação permanente dos profissionais de saúde do SUS na área de saúde da pessoa idosa; divulgação e informação sobre a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa para profissionais de saúde, gestores e usuários do SUS; promoção da cooperação nacional e internacional das experiências na atenção à saúde da pessoa idosa e apoio ao desenvolvimento de estudos e pesquisas (Brasil, 2006).

Quanto as ações estratégicas ficaram definidas: a Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa como instrumento de cidadania contemplando informações relevantes sobre a saúde da pessoa idosa, permitindo melhor acompanhamento pelos profissionais de saúde; o Manual de Atenção Básica à Saúde da Pessoa Idosa voltado para indução de ações de saúde, tendo por referência as diretrizes contidas na Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa; Programa de Educação Permanente à Distância voltado à área do envelhecimento e saúde da pessoa idosa, para profissionais que trabalham na rede de Atenção Primária à Saúde, contemplando os conteúdos específicos das repercussões do processo de envelhecimento populacional para a saúde individual e para a gestão dos serviços de saúde; acolhimento à pessoa idosa nas unidades de saúde, como uma das estratégias de enfrentamento das dificuldades de acesso; assistência farmacêutica, qualificando a dispensação e o acesso da população idosa; atenção diferenciada na internação através da instituição da avaliação geriátrica global realizada por equipe multidisciplinar, a toda pessoa idosa internada em hospital que tenha aderido ao Programa de Atenção Domiciliar e a atenção domiciliar como modalidade de prestação de serviço à pessoa idosa, valorizando o efeito favorável do ambiente domiciliar na recuperação da saúde (Brasil, 2006).

Desta forma o Pacto pela Vida, tendo como uma de suas prioridades a Saúde da Pessoa Idosa, através das suas diretrizes e propostas de ações, busca proporcionar à população desta faixa etária um cuidado integral, em todos os níveis de atenção à saúde, utilizando-se de recursos e estratégias objetivando melhorias na qualidade de vida e proporcionando o máximo de independência e autonomia a este público.

2.3 SAÚDE DA PESSOA IDOSA

Um dos principais fatos que tem marcado a humanidade nas últimas décadas é o envelhecimento da população, que cursa com acentuadas repercussões nos serviços de saúde, em decorrência desta população em específico apresentar peculiaridades quanto aos seus agravos, comorbidades, modo de adoecimento e comprometimentos quanto a dependência e a autonomia. O rápido aumento da quantidade de pessoas idosas tem sido marcante nos países em desenvolvimento os quais possuem como características as desigualdades socioeconômicas. Assim, torna-se prioritária a aplicação de serviços e programas inovadores, custo-efetivos com enfoque na capacidade funcional (Coelho Filho, 2017).

Com relação ao processo de envelhecimento da população nos países desenvolvidos e subdesenvolvidos existem diferenças relevantes. Enquanto, nos primeiros, o envelhecimento ocorreu associado às melhorias nas condições gerais de vida, nos outros, esse processo se deu de modo progressivo, sem tempo para reorganizações social e da área de saúde adequadas para atender estas novas demandas. Estima-se que no ano 2050, no Brasil, existirão mais pessoas idosas que crianças abaixo de 15 anos, situação nunca observada (Brasil, 2006).

Considera-se pessoa idosa, no Brasil, aquela que possui 60 anos ou mais idade. O acréscimo dos anos de vida é uma grande conquista do ser humano e tem proporcionado um aumento na longevidade, sendo a fase da vida que mais tem crescido no país. Os indivíduos envelhecem de formas diferentes uns dos outros e vivem a velhice de modos diversos. O envelhecimento apesar de ocasionar declínios naturais das funções dos indivíduos, não deve ser considerado sinônimo de doença, porém aumenta as necessidades tanto para a pessoa dependente e sua família quanto para os serviços de saúde e de assistência social quanto à avaliação, diagnóstico, tratamento, reabilitação e apoio social. Portanto é necessário levar em consideração com relação à longevidade, as condições ambientais, psicológicas, sociais, culturais e econômicas da pessoa idosa (Brasil, 2023; Veras; Lourenço; Sanchez, 2019).

A longevidade é um processo evolutivo natural, que ocasiona redução progressiva da reserva funcional dos indivíduos e consequentemente traz limitações. Assim, inúmeros são os desafios nos cuidados às pessoas idosas, uma vez que se faz necessário colaborar com que elas reencontrem possibilidades de viver suas

próprias vidas com a maior qualidade possível, tendo em vista as limitações características dessa fase da vida e, portanto, políticas públicas de saúde são fundamentais para redução do risco de vulnerabilidade e auxílio na promoção da independência destes indivíduos (Pereira; Lacerda; Natal, 2017).

O aumento progressivo de indivíduos da terceira idade, no Brasil, tem gerado desafios à sociedade, principalmente nos serviços de saúde, exigindo assim respostas quanto às demandas de saúde e necessidade de inovações na assistência desta população no âmbito da APS (Silva, Chacon, 2020).

De acordo com Confortin *et al.* (2017), há uma tendência no aumento de ocorrências de doenças e agravos relacionados à longevidade, com uma elevada prevalência de doenças crônicas não transmissíveis (DCNTs). As DCNTs são intrínsecas ao avanço da idade estando relacionadas com alterações anatômicas, fisiológicas e funcionais (como reduções do peso e fluxo sanguíneo do cérebro), alimentação inadequada, excesso de peso e maior probabilidade de inatividade física. O desenvolvimento das DCNTs confere um novo desafio aos gestores da saúde, por se tratar de doenças de longa duração e gerarem alta demanda de atendimentos e tratamentos, acarretando maiores gastos com ações de saúde e alto impacto socioeconômico. São de extrema importância ações voltadas para a promoção e prevenção de saúde de modo a evitar ou retardar o surgimento destas doenças com vistas a reduzir danos às pessoas idosas e os gastos com a saúde pública, uma vez que no Brasil as DCNTs constituem um dos problemas de saúde de maior importância.

As quedas são consideradas situações frequentes correlacionadas à população idosa. Têm sido razão de preocupação na saúde pública global, em decorrência da tendência do aumento de quedas e suas consequências com o decorrer dos anos vividos. Instituições como a Organização Mundial de Saúde (OMS) e o Ministério da Saúde (MS) têm atuado no enfrentamento desse agravo em virtude da elevação do número de quedas entre as pessoas idosas. Assim, a implementação de estratégias de ações efetivas, campanhas informativas na comunidade, auxiliam na prevenção e nos planejamentos e construções de ambientes acessíveis para às pessoas idosas e para a sociedade em geral (Confortin *et al.*, 2017).

Segundo Camacho e Coelho (2010), o progressivo aumento da população de pessoas idosas tem ocorrido em decorrência de fatores como a redução da natalidade, o aumento da expectativa de vida e o avanço da tecnologia no campo da saúde, permitindo diagnósticos e tratamentos para determinadas doenças antes não

possíveis. No Brasil, a partir da década de 1960 deu-se início à disponibilização ampla de métodos contraceptivos, principalmente na região Sudeste, fazendo com que a taxa de fecundidade reduzisse. Em 1960 a taxa de fecundidade era de aproximadamente seis filhos e em 2023 esta taxa foi de 1,57 filhos por mulher. De 2000 a 2023, a proporção de pessoas idosas na população brasileira quase duplicou, subindo de 8,7% para 15,6%. Em 2070, cerca de 37,8% dos habitantes do país serão de pessoas idosas (IBGE, 2022).

Conforme IBGE (2009 apud Filho, 2017) estima-se que no ano 2030 o número de pessoas idosas (40,5 milhões) já ultrapasse o número de crianças e adolescentes (36,8 milhões).

O número de pessoas idosas vem aumentando aceleradamente e atualmente o país conta com 32 milhões de pessoas neste grupo etário, representando 15,6% do total da população, um aumento de 56,0% em relação a 2010, quando era de aproximadamente 20 milhões (10,8%). A estimativa de expectativa de vida também aumentou, sendo de 73,1 anos para homens e de 79,7 anos para as mulheres. Há diferenças também entre as regiões do Brasil, estando as pessoas idosas mais concentradas nas regiões Sul e Sudeste. (IBGE, 2022).

A OMS, por volta do final da década de 90, elaborou uma política de saúde com vistas a melhorias nas condições de vida da população idosa, denominada “envelhecimento ativo”, o qual pode ser entendido como um processo de otimização das oportunidades de saúde, participação e segurança, com a proposta de qualificação da vida à medida que os indivíduos vão envelhecendo. O envelhecimento ativo apresenta quatro pilares, que são saúde, aprendizagem ao longo da vida, participação social e proteção social e segurança; e leva em consideração os fatores determinantes pessoais, sociais, econômicos, comportamentais, de serviços sociais e de saúde e ambiente físico, sendo estes condicionados por questões culturais e de gênero. Assim, esta política busca estimular hábitos saudáveis de vida e modo de viver mais seguro em todas as fases da vida, favorecendo a prática de atividades físicas, a prevenção de situações de violência familiar, alimentação saudável, redução do hábito tabágico entre outros, sendo estas medidas responsáveis por um envelhecimento saudável e com qualidade de vida (Brasil, 2006; Veras; Lourenço; Sanchez, 2019).

Em virtude do rápido e crescente envelhecimento da população brasileira foram necessárias a implantação de Políticas de Saúde Pública voltada para este grupo

etário, não somente para lidar com as comorbidades, mas para essencialmente promover saúde com vistas a melhoria da qualidade de vida. De acordo com Paolini (2016), os longevos passaram a ter maior destaque nas políticas públicas brasileiras a partir da promulgação da Constituição Federal de 1988, período pelo qual foram iniciadas discussões sobre a proteção global voltada para este grupo. A Constituição Federal tratou de alguns fundamentos relacionados à cidadania, à dignidade das pessoas e valores sociais e em seu 5º artigo trata da igualdade das pessoas perante a lei, independentemente da idade.

Sendo assim, em 19 de outubro de 2006, através da portaria nº 2.528, foi aprovada a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI), cuja principal finalidade é recuperar, manter e promover a independência e a autonomia das pessoas idosas, seja por medidas individuais ou coletivas de saúde, conforme os princípios e diretrizes do SUS. Um dos entendimentos desta política é quanto ao conceito de saúde para a pessoa idosa, considerando prioritariamente sua condição de independência e autonomia quando comparado a presença ou ausência de doença orgânica (Brasil, 2006).

Tendo em vista que a PNSPI trata das promoções da independência e autonomia das pessoas longevas, faz-se necessário a conceituação destes termos para uma melhor compreensão das premissas desta política e das principais situações que as pessoas idosas podem ser acometidas. Assim, conceituam-se, a independência como a capacidade de realizar algo por meios próprios; a dependência como a necessidade de auxílio na realização das atividades básicas de vida diária, que são as tarefas básicas de autocuidado, que são: alimentar-se, ir ao banheiro, escolher as roupas, vestir-se, cuidados com a higiene pessoal, controle esfincteriano e andar; e a autonomia como a capacidade do indivíduo em tomar suas decisões. Tendo por base estes conceitos, uma pessoa pode não ser autônoma, mas ser independente ou pode ser autônoma e dependente (Veras; Lourenço; Sanchez, 2019).

Na Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, a saúde é traduzida como capacidade funcional, a qual 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, são objetivos a serem alcançadas em ações direcionadas à pessoa idosa, uma vez que a dependência é o maior risco de perda nesta faixa etária e evitá-la ou postergá-la passa a ser uma

função de toda a equipe de saúde, em todos os níveis de atenção (Pereira; Lacerda; Natal, 2017).

Conforme a Portaria 2.528, de 19 de outubro de 2006 (Brasil, 2006), são diretrizes da PNSPI: promoção de envelhecimento ativo e saudável; integralidade do cuidado à saúde da pessoa idosa; intersetorialidade; provimento de recursos voltados para assegurar qualidade da atenção à pessoa idosa; fortalecimento e participação popular; formação e educação permanente dos profissionais de saúde do SUS na área do envelhecimento; divulgação e informação sobre a PNSPI para os profissionais de saúde, gestores e usuários do SUS e apoio ao desenvolvimento de estudos e pesquisas.

A PNSPI determina que os cuidados de saúde dessa população deverão ter como porta de entrada a Atenção Primária à Saúde, mais especificamente a Estratégia Saúde da Família (ESF), e se necessário referenciamento destes indivíduos para a rede de serviços especializada de média e alta complexidade. A ESF é o principal método de reorganização APS no país, e suas ações são feitas em consonância com os preceitos do Sistema Único de Saúde (SUS), devendo ofertar à pessoa idosa e a seus familiares e/ou cuidadores, uma atenção humanizada com orientação, acompanhamento e apoio domiciliar, respeitando as culturas locais, as heterogeneidades do envelhecimento e a diminuição das barreiras arquitetônicas facilitando o acesso (Brasil, 2006).

A OMS desde 2004 recomenda que os serviços de APS se adaptem para prestar atendimento às pessoas idosas de forma adequada, reforçando a APS como nível prioritário de acesso, assistência e acompanhamento do estado de saúde deste grupo etário, além de ações de promoção de saúde e prevenção de agravos com vistas a proporcionar um envelhecimento saudável. Nessa perspectiva, a ESF é o cenário prioritário para reorganização das práticas de saúde, abordando de forma integral o cuidado ao usuário longo, respeitando sua inserção nos contextos social e cultural e suas capacidades de desenvolvimento de potencialidades (Albuquerque *et al.*, 2020).

Os direitos dos cidadãos idosos no Brasil são garantidos por meio do Estatuto da Pessoa Idosa, instituído pela Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003 e em vigor a partir de 1º de janeiro de 2004, sendo esta lei um marco para as políticas que abrangem as pessoas idosas. O Estatuto da Pessoa Idosa deu mais notoriedade aos indivíduos da terceira idade, sendo firmadas atribuições e garantias com finalidade de

ofertar maior segurança e contribuiu na mudança do estigma instalado na sociedade de que para as pessoas idosas deva ser imposto um retraimento social, pensamento este resultado de uma perspectiva capitalista. Este Estatuto foi inspirado na Declaração Universal dos Direitos Humanos (ONU, 1948) enfatizando os direitos fundamentais do direito à vida, da saúde, da alimentação, da educação, da cultura, do esporte, do lazer, do trabalho, da cidadania, da liberdade, da dignidade, do respeito e da convivência familiar e comunitária. O documento também estabelece os deveres da família, da comunidade e do Estado para com a pessoa idosa; previne violência contra o longo, indicando o dever de comunicação estabelecendo órgãos responsáveis pelo cumprimento dos direitos das pessoas idosas, os chamados Conselhos da Pessoa Idosa nas três instâncias (Brasil, 2023; Paolini, 2016).

Em uma sociedade em que a expectativa de vida tem sido alta, é essencial uma atenção à saúde voltada para população idosa e fundamental promover uma longevidade bem-sucedida e com qualidade de vida ou o envelhecimento ativo com ênfase em todas os grupos etários. É de suma importância despertar a percepção e a consciência das pessoas quanto ao envelhecimento fazendo com que estas entendam que este processo ocorre em todo o curso da vida. Investir individual e coletivamente em promoção de saúde ao longo da vida é condição essencial para se alcançar a velhice com menos comorbidades e incapacidades, potencializando as chances de uma boa qualidade de vida em idade avançada e reduzindo os custos e impactos que a longevidade pode trazer aos indivíduos e ao país (Coelho Filho, 2017).

2.4 CADERNETA DE SAÚDE DA PESSOA IDOSA

O Ministério da Saúde entende o processo de envelhecimento como uma conquista da humanidade no século XX e reconhece os desafios de um envelhecimento com qualidade de vida, para tanto elaborou a Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa (CSPI) como parte de um conjunto de iniciativas com o objetivo de qualificar os cuidados prestados às pessoas idosas no SUS. Trata-se de uma ferramenta de apoio no manejo da saúde das pessoas com idade avançada e pode ser utilizada pelos profissionais de saúde, pelas próprias pessoas idosas, seus familiares e cuidadores, sendo seu preenchimento realizado por meio de informações coletadas pelas pessoas idosas, seus familiares e cuidadores (Brasil, 2006).

A CSPI permite o registro e acompanhamento por um período de cinco anos e possibilita a construção de um Plano de Cuidado em conjunto com os profissionais de saúde. Neste instrumento poderão ser encontradas informações sobre autocuidado e devem ser descritas informações importantes como dados pessoais, sociais e familiares; das condições de saúde e dos hábitos de vida, permitindo a identificação de possíveis vulnerabilidades (Brasil, 2006).

A Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa, é um importante instrumento que auxilia na identificação das pessoas idosas frágeis ou que estão em risco de fragilização. Permite aos profissionais de saúde, o planejamento, a organização das ações e um melhor acompanhamento das condições de saúde dessa população. Representa um instrumento de cidadania para a população idosa, possibilitando ter em mãos informações relevantes para o melhor acompanhamento da sua saúde (Brasil, 2006).

Segundo Silva e Chacon (2020), a CSPI quando utilizada como prática da Literacia para a Saúde, proporciona um plano de cuidado compartilhado e integrado. O termo Literacia para a Saúde (LS), é um campo recente de investigação e conforme a Organização Mundial de Saúde (OMS), traduz-se no conhecimento, na motivação e nas competências das pessoas para compreender, avaliar e aplicar a informação em saúde, nas decisões que tangem os cuidados em saúde, promoção e prevenção de doenças. Capacita os indivíduos a acessarem e processarem satisfatoriamente as informações de saúde relevantes com vistas a utilizá-las de forma assertiva e racional na promoção de saúde e nas mudanças das formas de cuidar da própria saúde. Auxilia na transformação de conhecimentos adquiridos em decisões salutaras proporcionando resultados em favor da vida saudável e envelhecimento ativo da população.

O emprego adequado da CSPI permite maior acesso, melhor entendimento e efetiva utilização dos conteúdos pertinentes à saúde dos idosos, garantindo segurança aos profissionais de saúde no manejo de ações educativas, por se tratar de uma ferramenta criada e disponibilizada pelo Ministério de Saúde, trazendo assim credibilidade das informações (Silva, Chacon, 2020).

Para efetivação da ESF como porta de entrada e garantidora de um cuidado integral e longitudinal às pessoas idosas, é necessário o emprego de métodos destinados a adequação da formação e qualificação dos profissionais de saúde às demandas de saúde da população da terceira idade, como a utilização da CSPI.

Instrumento este que prima pela qualificação da atenção ofertada às pessoas idosas no âmbito do SUS, ajuda a identificar vulnerabilidades e é considerada pelo Ministério da Saúde como uma estratégia de melhoria da capacidade funcional do público a que se destina. O treinamento para sua utilização e preenchimento é importante para uma adequada construção de Plano de Cuidado à Pessoa Idosa (Albuquerque *et al.*, 2020).

É imprescindível o correto preenchimento dos campos da CSPI, através de informações fornecidas pela pessoa idosa e quando necessário dos seus familiares e/ou cuidadores. Uma fidedigna coleta das informações permite traçar um plano de cuidado que atenda as demandas da pessoa idosa, sendo importante o zelo pelo preenchimento da caderneta, pelos profissionais de saúde, usuário, familiares e/ou cuidador, quando em consulta em um serviço de saúde ou em visita domiciliar (Brasil, 2018).

Resumidamente, quanto aos campos a serem preenchidos na CSPI, estes estão agrupados nas seguintes seções: a primeira seção é referente aos dados pessoais, que é de grande importância no sentido de estabelecimento de um contato personalizado com a pessoa idosa assim como ter ciência das suas vulnerabilidades de cunhos social, econômicas e/ou familiares. A segunda seção diz respeito à avaliação da pessoa idosa, tendo como finalidade o registro de dados sobre as condições de saúde do usuário, que podem estar associadas a um risco maior de desfechos adversos e os quesitos a serem preenchidos dizem respeito ao uso de medicamentos, fitoterápicos, suplementos e vitaminas, possibilitando informações adicionais como auto medicação e polifarmácia; sobre diagnósticos e internações prévias, cirurgias realizadas, reações adversas ou alérgicas a medicações, dados antropométricos, protocolo de identificação da pessoa idosa vulnerável, avaliação ambiental, quedas, dor crônica e hábitos de vida. Estas informações viabilizam propostas de intervenções que possam evitar o declínio funcional, hospitalização ou óbito. A terceira seção aborda sobre os acompanhamentos da pressão arterial, glicemia e vacinação; e a quarta seção trata da saúde bucal da pessoa idosa (Brasil, 2018).

3 PERCURSO METODOLÓGICO

3.1 NATUREZA DO ESTUDO

Trata-se de estudo descritivo, de abordagem qualitativa, com análise de conteúdo na vertente temática, desenvolvido com os profissionais das diversas categorias que atuam na Unidade de Saúde da Família José Paulo Pimenta de Mello e com os médicos especialistas do ambulatório de especialidades do Hospital Electro Bonini, ambos no Município de Ribeirão Preto.

Foi elencada para esta pesquisa a abordagem qualitativa com utilização de roteiro semiestruturado (APÊNDICE I) elaborado pelo pesquisador, devido a relevância deste método em viabilizar a realização de um estudo aprofundado na temática investigada, além de suas marcantes características, como: estudar o significado da vida das pessoas em seus cotidianos; representar as concepções e visões dos indivíduos de um estudo; evidenciar os contextos (sociais, institucionais e ambientais) em que as pessoas atuam ou vivem, além do esforço em utilizar várias fontes de evidência (Yin, 2016).

Conforme Yin (2016), na pesquisa qualitativa faz-se a análise das perspectivas dos indivíduos, estando estes executando seus papéis no dia a dia. As interações ocorrem com a mínima interferência de procedimentos de pesquisas artificiais, fazendo com que as pessoas que participem da pesquisa sintam-se livres para expressar as suas opiniões e a obtenção destas perspectivas é uma função importante deste tipo de pesquisa, por representar os fatos da vida real pelos indivíduos que o vivenciam.

A metodologia de pesquisa qualitativa tem como preceito que sua execução ocorra preferencialmente nos ambientes de vivência dos participantes, portanto, este estudo foi realizado na USF e no ambulatório de especialidade - alocado no interior de um hospital. Nesta modalidade de pesquisa as variáveis não têm como ser previstas, pois neste tipo de trabalho o foco são as práticas, vivências e experiência dos participantes (Rothery *et al.*, 1996 apud Sampieri *et al.*, 2013).

O presente estudo de abordagem qualitativa é do tipo descritivo, uma vez que tem como cernes, a história e a experiência individual dos profissionais participantes. Segundo Riessmann (1993 apud Gil, 2021) a essência deste tipo de pesquisa baseia-

se na percepção de como os indivíduos entendem os acontecimentos em suas vidas, por meio de suas histórias e de suas propriedades linguísticas e estruturais.

O estudo consistiu na obtenção de testemunhos, tendo como base a confiança e o respeito entre pesquisador e os entrevistados, os quais compartilharam com o pesquisador, suas experiências, acontecimentos, instituições e circunstâncias que foram de interesse para a pesquisa (Gil, 2021).

3.2 LOCAL DO ESTUDO

O estudo foi desenvolvido na USF José Paulo Pimenta de Mello e no ambulatório de especialidades do Hospital Electro Bonini, ambas situadas no Município de Ribeirão Preto, tendo como participantes os componentes das equipes de ESF e os médicos especialistas, respectivamente.

Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) (2022), a população total do Município onde foi desenvolvida a pesquisa, conforme dados do último censo demográfico no ano 2022, é de 698.642 pessoas, sendo aproximadamente 1.073 habitantes/km². O total de indivíduos com idade igual ou superior a 60 anos é de 120.826, ou seja, aproximadamente 17% da população municipal, com predomínio de mulheres (58%) quando comparado ao total de homens (42%).

A população adscrita na área de abrangência da USF José Paulo Pimenta de Mello durante o período do estudo foi de 12.648 pessoas, sendo 2.440 pessoas idosas, correspondendo ao total de 19,2% da população. Dentre estes, 1.048 são homens (43%) e 1.392 são mulheres (57%). A equipe desta unidade com o maior quantitativo de pessoas idosas, possui uma população cadastrada de 2.983 indivíduos, sendo 611 pessoas acima de 60 anos de idade, prevalecendo o sexo feminino (56,1%) em relação ao masculino (43,9%). As pessoas idosas pertencentes à esta equipe de ESF, apresentam maior prevalência de Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), sendo as condições clínicas mais frequentes: a hipertensão arterial sistêmica e diabetes melito tipo 2, correspondendo a 49,9% e 21%, respectivamente, da população cadastrada na equipe (Ribeirão Preto, 2025).

3.3 UNIVERSO DO ESTUDO E PARTICIPANTES

A USF José Paulo Pimenta de Mello apresenta quatro equipes de ESF, sendo duas equipes de saúde bucal e possui um total de 59 profissionais atuantes. O ambulatório de especialidades médicas, situado no Hospital Electro Bonini, atende 28 áreas, que vão de clínica médica à saúde mental e psiquiatria, assim como disponibiliza atendimentos em geriatria.

Na USF onde foi realizado o estudo, a amostra foi designada através do sorteio de dois auxiliares de enfermagem, dois enfermeiros, dois médicos, dois agentes comunitários de saúde, um auxiliar de saúde bucal e um odontólogo; categorias profissionais estas que compõem as equipes de ESF.

No ambulatório de especialidades do Hospital Electro Bonini, o foco da entrevista foi o profissional médico, em virtude do atendimento à população idosa neste serviço ser restrito à classe médica. O pesquisador faria a entrevista com os dois geriatras que atuavam à época do início do estudo. Porém, durante a fase de qualificação, o ambulatório de geriatria não contava mais com estes profissionais e a banca sugeriu as entrevistas com outros especialistas, sendo elencado dois cardiologistas em virtude das doenças cardiovasculares serem as mais prevalentes nos longevos. Assim, ficou estimado um total de 12 participantes.

A entrevistas foram iniciadas pelos profissionais da unidade de saúde. Com seu término, o pesquisador realizou as entrevistas no hospital com dois cardiologistas e durante esta fase verificou-se que novamente o ambulatório dispunha de um médico geriatra, sendo este convidado a participar do estudo pois esta especialidade médica realiza atendimento exclusivamente dos longevos. Diante da aceitação, realizou-se a entrevista, totalizando um universo de 13 participantes.

3.4 COLETA DE DADOS

3.4.1 Instrumentos de Coleta de Dados

Foi realizada entrevista, com roteiro semiestruturado (APÊNDICE I), a trabalhadores da USF e aos médicos do ambulatório de especialidades do Hospital Electro Bonini.

3.4.2 Procedimento de Coleta dos Dados

Na USF José Paulo Pimenta de Mello, após autorização da Comissão de Avaliação de Projetos de Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de Ribeirão Preto, foi ratificado junto a supervisora desta unidade a realização das entrevistas. Sequencialmente, foi realizado sorteio dos participantes na USF com a presença da supervisora. Os profissionais sorteados foram convidados para participar da pesquisa, sendo apresentados o projeto, sua temática e propósitos. Concomitante, deixou-se livre para decidirem quanto a participação ou não na entrevista, além de permitir a interrupção da participação na pesquisa em qualquer fase sem qualquer penalização. Todos os profissionais sorteados concordaram em colaborar com o desenvolvimento do estudo, sendo disponibilizado o TCLE em duas vias e agendado o dia da entrevista, com a anuência da supervisora da USF. Caso um participante sorteado não aceitasse participar da pesquisa um novo sorteio seria realizado.

No Hospital Electro Bonini, foi solicitado autorização ao diretor para realização das entrevistas com os médicos que atuam no ambulatório de especialidades da instituição. Após a permissão, o pesquisador convidou-os pessoalmente, apresentando o projeto e deixando livre a participação, assim como em permitir a sua interrupção em qualquer fase da pesquisa sem qualquer penalização. Os médicos concordaram em realizar a entrevista para o estudo, sendo disponibilizado o TCLE em duas vias e realizada a entrevista sequencialmente.

O pesquisador procedeu com as entrevistas, as quais foram áudios gravados para posterior transcrição na íntegra das informações. Os áudios foram armazenados no “Google Drive”, com acesso mediante uso de senha pessoal, sendo assim, mantidos em segurança por um período de cinco anos, conforme determinação do CEP. A aplicação do instrumento de pesquisa ocorreu nos locais de atuação dos participantes, em salas agendadas previamente, frente ao consentimento destes por meio da coleta de assinatura no TCLE. A entrevista apresentou roteiro semiestruturado, a qual dispõe de perguntas abertas aos participantes, contendo perguntas de cunho sociodemográfico, as que abordam sobre suas percepções quanto a existência ou não de dificuldades no atendimento às pessoas idosas e se há conhecimento e/ou utilização da CSPI.

Foi garantida a possibilidade da realização das entrevistas em local distinto caso o profissional não desejasse ser entrevistado no seu ambiente de trabalho, respeitando o sigilo, conforme recomendação do CEP.

Foram adotados como critérios de inclusão: a aceitação em contribuir com a pesquisa; e, no ambulatório de especialidades do Hospital Electro Bonini, o geriatra, pela experiência profissional no atendimento à pessoa idosa, assim como a de dois cardiologistas, pois o perfil de morbimortalidade desta população é predominantemente cardiovascular. Os critérios de exclusão estabelecidos foram: profissional que não concordasse em participar da pesquisa; que estivesse em período de férias, afastamento por licença saúde ou licença prêmio no período das entrevistas.

3.5 ANÁLISE DOS DADOS

A partir das respostas das entrevistas, áudios gravados e transcritas na íntegra, deu-se início a análise dos dados. Foi efetuada a análise de conteúdo, que consiste em um conjunto de técnicas que foram utilizadas para compreender os relatos fornecidos pelos participantes; e foi organizada em três fases: a pré-análise, a exploração do material e o tratamento dos resultados, inferência e interpretação (Bardin, 2020).

Segundo Bardin (2020), a pré-análise é considerada o período de organização. Inicialmente foi realizada a transcrição na íntegra das respostas das entrevistas, seguida da leitura flutuante a qual viabilizou o primeiro contato com o documento e este pode ser lido quantas vezes foi necessário para melhor conhecimento, sendo invadido por impressões e intuições. Desta leitura, o que foi pertinente ao tema abordado foi considerado e este universo demarcado constituiu o *corpus*, o qual passou pelos procedimentos analíticos. Para a formação do *corpus* foram aplicadas regras, sendo as principais: da exaustividade, que preconiza considerar todos os elementos do *corpus*; da representatividade, onde a amostra é parte representativa do universo inicial; da homogeneidade, em que os documentos devem ser homogêneos, apresentando critérios de escolha precisos e da pertinência, ou seja, o material deve estar consoante com o objetivo o qual fomentou a análise.

A fase seguinte é a de exploração do material, sendo efetuadas as operações de codificação, decomposição ou enumeração. Por meio de recortes no texto, foram

definidas as unidades de registros, sendo este processo a codificação. E em sequência foi realizado o tratamento dos resultados, a inferência e a interpretação (Bardin, 2020).

3.6 ANÁLISE DE RISCO E BENEFÍCIOS PARA A POPULAÇÃO ESTUDADA

Uma vez que esta pesquisa aborda a temática do conhecimento e/ou uso da Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa e tem como título “O Uso da Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa nos Diversos Cenários Públicos de Atenção à Saúde”, não ocorreram procedimentos invasivos ou potencialmente lesivos aos participantes ou a qualquer outro indivíduo. Pelo fato de que a entrevista pudesse remeter a práticas de trabalho e experiências já vivenciadas pelo participante, este poderia apresentar desconforto de ordem psíquica, sendo garantido a este a interrupção da entrevista, podendo ser remarcada para continuação em um segundo momento, ou até mesmo a sua desistência de participação neste estudo, não acarretando nenhuma penalidade.

Como possíveis benefícios, cito a sensibilização dos profissionais que compõem as equipes de ESF e do ambulatório de especialidades da universidade privada quanto à aplicação da Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa na rotina dos atendimentos e visitas domiciliares para melhoria na gestão do cuidado às pessoas idosas; o desenvolvimento, em conjunto com a supervisora da USF José Paulo Pimenta de Mello, de protocolo de implementação do uso do instrumento Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa pelos profissionais das equipes de ESF; capacitação dos profissionais de saúde quanto ao uso da Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa, qualificando o cuidado e otimizando a resolutividade das demandas trazidas pelos usuários e comunidade que buscam este serviço de saúde.

3.7 ASPECTO ÉTICO EM PESQUISA COM SERES HUMANOS

Este projeto foi primeiramente enviado, via e-mail, à Comissão de Avaliação de Projetos de Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde (CAPP- SMS), indicando o local onde seria desenvolvido o estudo com vistas a autorização para a coleta de dados do projeto de pesquisa.

Após a autorização da coleta de dados pela CAPP- SMS, o Projeto de Pesquisa foi submetido para avaliação do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEP) da Universidade de Ribeirão Preto onde o pesquisador cursa a pós-graduação *stricto sensu*, sendo aprovado em 05/05/2024 (CAEE: 78809124.4.0000.5498; Parecer nº 6.804.406) conforme prevista pela Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) e nº 510, de 07 de abril de 2016, que tratam de pesquisas envolvendo seres humanos e das normas aplicadas em estudos cujas metodologias utilizem-se de dados diretamente coletados dos participantes, respectivamente.

Por se tratar de pesquisa que envolve seres humanos foi disponibilizado aos participantes o TCLE, que consta a justificativa, os objetivos e os procedimentos empregados, explicando sobre possíveis riscos e benefícios da participação no estudo e garantindo o sigilo e a privacidade em todas as fases da pesquisa. O participante poderia esclarecer possíveis dúvidas bem como dispor de tempo que julgar necessário para tomada de decisão autônoma. O TCLE foi composto de duas vias, sendo uma delas fornecidas aos participantes (Conselho Nacional de Saúde, 2016).

3.8 CRITÉRIOS DE SUSPENSÃO OU ENCERRAMENTO DA PESQUISA

Este estudo somente seria suspenso se houver qualquer espécie de risco ou danos aos sujeitos da pesquisa ou perante a existência de outro estudo que tenha os mesmos propósitos ou apresente superioridade metodológica.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Entre os meses de setembro e novembro de 2024, foram entrevistados 13 profissionais, sendo 10 lotados na ESF e 3 no ambulatório de especialidades do Hospital Electro Bonini.

O material áudio gravado e transcrito na íntegra foi organizado em planilha do Excel. O perfil dos participantes encontra-se descrito no Quadro 1.

Quadro 1 – Caracterização dos participantes.

Identificação	Idade*	Gênero	Profissão	Especialidade	Tempo de Formação*	Tempo de Atuação no SUS*
P1	53	Feminino	ASB	Saúde Pública	5	20
P2	54	Feminino	Dentista	Saúde da Família	31	28
P3	28	Feminino	Médica	MFC	4	4
P4	64	Feminino	Enfermeira	Cardiologia	31	31
P5	36	Masculino	Médico	MFC	4	3
P6	53	Masculino	Técnico de Enfermagem	Saúde da Família	21	17
P7	58	Feminino	ACS	Não Possui	20	20
P8	42	Feminino	ACS	Não Possui	18	18
P9	35	Masculino	Médico	Geriatria	11	10
P10	38	Masculino	Médico	Cardiologia	12	12
P11	58	Feminino	Médica	Cardiologia	31	16
P12	50	Feminino	Enfermeira	Saúde Pública	12	8
P13	63	Feminino	Técnico de Enfermagem	Saúde Pública	20	35

Fonte: Autor da pesquisa, 2024.

Legenda: * - Tempo expresso em anos; ASB - Auxiliar de Saúde Bucal; ACS - Agente Comunitário de Saúde; MFC - Medicina de Família e Comunidade.

Os entrevistados tinham entre 28 e 64 anos de idade (média = 48,6; mediana = 53), sendo 4 do gênero masculino (31%) e 9 do gênero feminino (69%). Quanto ao nível de escolaridade, 8 (62%) tinham o ensino superior completo, distribuídos nas seguintes áreas: medicina (5), enfermagem (2) e odontologia (1). Cinco (38%) entrevistados tinham o ensino médio completo, como técnico de enfermagem (2); agente comunitário de saúde (2) e auxiliar de saúde bucal (1). Onze (85%)

participantes possuíam algum tipo de especialização: saúde da família (4), cardiologia (3), saúde pública (3) e geriatria (1).

O tempo de formação variou de 4 a 31 anos (média = 16,9; mediana = 18) e o de atuação no SUS entre 3 e 35 anos (média e mediana = 17).

Sete (54%) participantes relataram não ter dificuldade no atendimento à pessoa idosa: cardiologista (2), ACS (2), enfermeiro (1), técnico de enfermagem (1) e ASB (1). Outros 6 (46%) afirmaram que a possuem: médico de família e comunidade (2), geriatra (1), enfermeiro (1), dentista (1) e técnico de enfermagem (1).

Quando questionados se conheciam a Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa, 10 (77%) relataram conhecê-la e 3 (23%) que não a conhecia. Seis (60%) entrevistados que referiram conhecer o instrumento desta pesquisa o fizeram por contato no próprio local de trabalho, dois (20%) através de capacitação, um (10%) no local de formação e um (10%) via site do ministério da saúde. Os dois participantes que referiam ter realizado capacitação, a fizeram há mais de 10 anos e um dos que referiu conhecer a caderneta no próprio local de trabalho realizou uma capacitação no ano de 2024. Portanto, apenas três profissionais foram capacitados quanto a CPSI.

Todos os 10 entrevistados que relataram conhecer a CSPI não a utilizavam, tendo como justificativa: cinco (50%) por não a ter disponível, dois (20%) por falta de tempo para preenchê-la; dois (20%) porque nenhum profissional a utiliza e um (10%) referindo que o preenchimento é atribuição de outro profissional.

Os entrevistados foram questionados como lidavam com as dificuldades ao atendimento à pessoa idosa quando esta não sabia informar sobre condições de sua própria saúde e/ou acompanhamento em outros pontos de atenção da RAS e/ou sobre planos de cuidado. Oito (61,5%) relatam procurar as informações no prontuário do paciente, 2 (15,4%) com a equipe e/ou família e 3 (23,1%) não fazem.

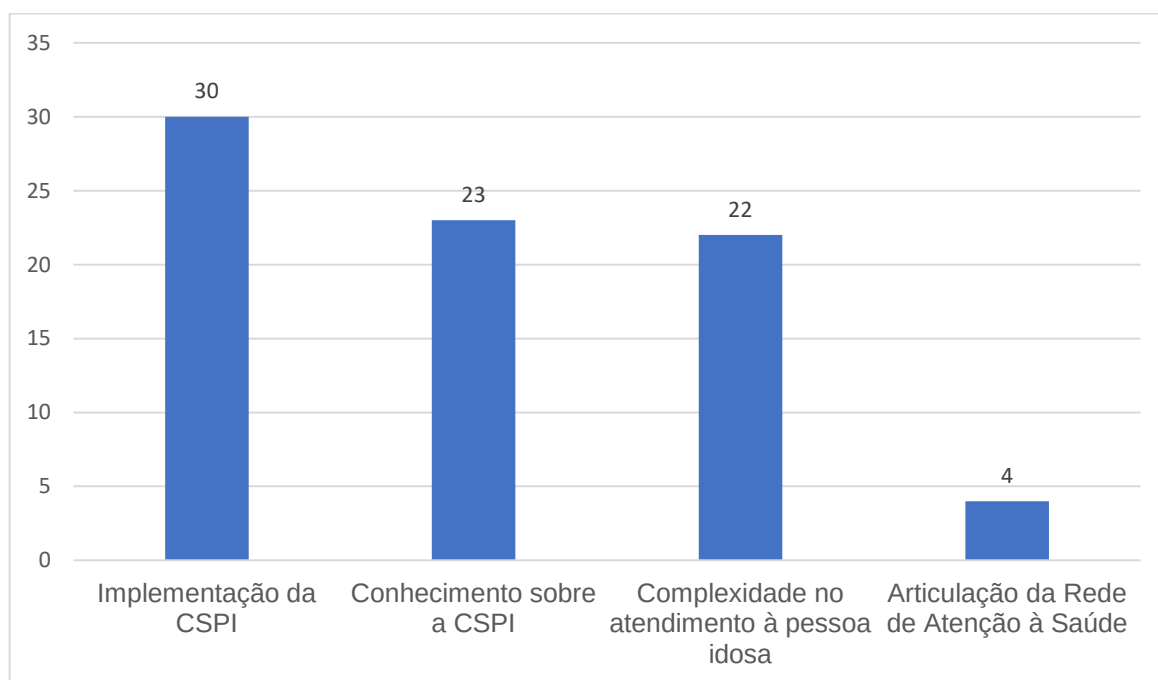
Para acessar informações referentes à saúde da pessoa idosa nos demais pontos de atenção da RAS, 6 (46,1%) relataram obtê-la através do próprio paciente e/ou familiar, 3 (23,1%) somente pela família, 1 (7,7%) apenas pelo próprio paciente e 3 (23,1%) não sabiam responder.

O conteúdo das entrevistas passou por fase de pré-análise, respeitando-se as regras da exaustividade, representatividade, homogeneidade e pertinência. Após esta etapa, realizou-se a codificação do material obtendo-se a representação do conteúdo com a nomeação dos núcleos de sentido.

Prontamente a essa análise, formou-se os seguintes núcleos de sentido: “Complexidade no atendimento à pessoa idosa”; “Conhecimento sobre a Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa”; “Implementação da Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa” e “Articulação da Rede de Atenção à Saúde”. Suas frequências estão demonstradas no Gráfico 1.

Dos núcleos de sentido apresentados, o mais recorrente foi o “Implementação da Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa”, representado por 30 (38%) respostas. O segundo núcleo de sentido mais recorrente foi o “Conhecimento sobre a Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa”, com 23 (29%) respostas, seguido de “Complexidade no atendimento à pessoa idosa” com 22 (28%) respostas. O núcleo menos frequente foi “Articulação da Rede de Atenção à Saúde” com 4 (5%) respostas.

Gráfico 1 – Distribuição das respostas por núcleos de sentido.



A seguir serão descritos os achados correspondentes a cada núcleo de sentido nomeados acima.

4.1 IMPLEMENTAÇÃO DA CADERNETA DE SAÚDE DA PESSOA IDOSA

O Pacto pela Vida é em um grupo de compromissos sanitários que são prioritários e impactam sobre a saúde da população. Firmou seis prioridades,

estabelecida através de metas nacionais, estaduais, regionais ou municipais, sendo uma dessas prioridades a saúde da pessoa idosa (Brasil, 2006).

A Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa ficou definida como uma das ações estratégicas para a implantação do Pacto de Vida no que se refere a saúde da pessoa idosa. Assim, a caderneta se constitui como um instrumento de cidadania contemplando informações relevantes sobre a saúde da pessoa idosa, permitindo melhor acompanhamento pelos profissionais de saúde (Brasil, 2006). Ramos, Osório e Neto (2019), afirmam que a CSPI é uma ferramenta de cuidado, instrumento de autonomia para a pessoa idosa e guia de informações sobre saúde, que impactam diretamente na qualidade do atendimento à população idosa, refletindo em sua qualidade de vida e melhorias de saúde.

Conforme mencionado anteriormente, a maioria dos profissionais entrevistados conheciam a Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa e a avaliavam como um instrumento potencialmente útil, porém nenhum deles a utilizava. Este mesmo resultado foi verificado por Souza *et al.* (2023) em seu estudo, onde dois terços dos entrevistados conheciam a caderneta, mas nenhum deles a utilizava em sua rotina de trabalho. Dias *et al.* (2022) em seu estudo traz a informação que uma minoria dos profissionais utilizava a CSPI mesmo reconhecendo a importância do seu na prática diária.

A principal justificativa do não uso deste instrumento foi a sua indisponibilidade física no local de trabalho, ainda em concordância com os resultados apresentados pelo autor referido acima, bem como por Costa, Nobre e Pantoja (2022), conforme nos seguintes relatos:

Porque assim, não tem disponível. Pelo menos aqui pra gente na unidade, não tem disponível. (P2)

[...] hoje em dia eu não utilizo porque acho que não tenho muito acesso aqui.(P3)

Não uso porque não tem disponível. (P13)

Costa, Nobre e Pantoja (2022) mencionaram a falta deste instrumento na unidade de saúde, provocando a descontinuidade de sua utilização, justificada pelo não envio da caderneta pela gestão. Este fato foi também verificado neste estudo, claramente destacado abaixo:

Não veio mais a caderneta. Simplesmente parou de usar, não me recordo que tem muitos anos, mas parou de se usar, parou [...] chegou a cogitar de voltar a caderneta [...] Ficou desacreditado. (P7)

Não foi mais utilizado por ninguém, não foi mais passado para nós a caderneta. [...] E aí depois disso acho que ficou meio que perdido e conforme a mudança de governo também não foi colocado mais. (P8)

Além da indisponibilidade física foi questionado a possibilidade do instrumento em versão digital no prontuário eletrônico disponível no Município, como demonstrado na fala a seguir:

Porque eu não tenho acesso a caderneta. Por exemplo, poderia ter acesso via consulta do Hygia, assim como a gente tem aquele íconezinho do risco cardiovascular, se tivesse um íconezinho da carteirinha do idoso a gente poderia preencher adequadamente e imprimir. Mas não tem isso, então eu também nunca fui atrás. (P11)

Esta observação é compartilhada por Delgado *et al.* (2023), que pontuam que as tecnologias constituem um instrumento facilitador da comunicação entre os profissionais, os usuários e os serviços de saúde, tornando a prática mais segura e qualificada. Estas tecnologias são estratégias para economizar tempo para realização de atividades e de recursos financeiros, indispensável ao SUS. Menciona também que a gestão das informações produzidas no atendimento à pessoa idosa realizada por instrumentos avaliativos em papel, com registros de dados coletados por profissionais variados, tem pouca integração, sendo insuficiente para a gestão do cuidado dessa população.

Os profissionais que conheciam a caderneta e/ou a utilizaram no passado reconheciam a importância deste instrumento na gestão do cuidado da pessoa idosa, mas referiam ser um instrumento extenso e demorado para preencher, visto que o preenchimento completo exige tempo que nem sempre está disponível durante o atendimento, bem como a incerteza se será utilizada. Outros autores ratificam o encontrado nesta pesquisa ao afirmarem que um dos aspectos citados por profissionais de saúde para a baixa adesão à utilização da caderneta é o tempo insuficiente para preenchimento durante a consulta, assim como a percepção de sua baixa utilização por todos os membros da equipe (Souza *et al.*, 2023) ou a CSPI é identificada apenas como um instrumento estático para a identificação sociodemográfica desse grupo etário, sem considerá-la como uma ferramenta para o

cuidado continuado, como apresentado por Schmidt *et al.* (2019). Estes fatos podem ser observados nas falas abaixo:

Me preocupo com o tempo de preenchimento dessa caderneta e de preencher e os profissionais de modo geral e até os pacientes não se utilizarem dela. Devido à riqueza de campos de informação que podem ser colocadas, acho que vai ser um trabalho oneroso fazer o preenchimento dessas cadernetas sem que de fato tenha certeza se ela será utilizada ou não. (P4)

Eu acho que é porque ela é extensa demais, ela é extremamente completa. Na verdade, a gente precisa de tudo que tem ali, né? E o acompanhamento de idoso seria muito mais interessante se a gente tivesse tudo aquilo de informação, mas eu acho que de novo tempo, né? A gente precisa de tempo pra poder fazer o uso dela. (P12)

A sobrecarga de tarefas dos profissionais, divididos entre a aplicação deste instrumento e a assistência também foi apresentada por Coelho *et al.* (2022), reforçado pelo desconhecimento da CSPI, pela escassez de conhecimentos sobre o envelhecimento e pelas dificuldades burocrático-institucionais que inviabilizam sua ampla utilização.

Ainda referente ao preenchimento deste instrumento, um dos entrevistados entende que não alteraria o tempo de consulta, fazendo referência a assistência realizada ao pré-natal, consulta que também exige o preenchimento da Caderneta da Gestante. Segue abaixo:

Acho que de preencher é a mesma ideia do pré-natal, tipo assim, a gente vai meio que fazendo junto, sabe? Então não era indiferente em relação a isso. (P3)

E sobre a utilização da CSPI para gestão do cuidado, Quadros *et al.* (2024) também a identifica como importante instrumento para este fim, conforme os relatos abaixo:

E lá na residência ajudava, era uma coisa que a gente conseguia manter como se fosse um pré-natal mesmo, que a gente faz em gestante, então a gente conseguia ter as coisas mais em ordem. (P3)

[...] a gente andava com a caderneta, era muito melhor, ficava atualizado, colocava na bolsa. (P8)

Alguns profissionais demonstraram não ter o interesse em utilizar a CSPI, mesmo reconhecendo sua importância o que também se torna um empecilho para a implementação do uso deste instrumento, como se segue:

Não utilizo porque não me inteirei dela, não tenho a disposição e não conheço ninguém que use. (P6)

[...] Acho que hoje em dia eu não utilizo mais por falha minha mesmo de comodidade, de não ter ido atrás disso, mas é uma coisa que facilitava [...]. (P3)

Outro entrevistado referiu dificuldade na implementação da CSPI justificando por uma possível baixa percepção de utilidade prática, também já descrito por Schmidt *et al.* (2019) e Delgado *et al.* (2023), como disposto abaixo:

Só que o profissional, o médico que atendia, algumas vezes pedia (CSPI), mas a maioria das vezes não. E aí passou-se assim, o paciente trazia, mas o médico não pedia, ele começou a não trazer mais, não ter o hábito de trazer nas consultas. Então, chegava na consulta, aí o médico pedia, ah, não trouxe. Quer dizer, então, se você não tem o hábito de pedir o instrumento que tá ali pra você trabalhar e tudo, acaba se tornando um peso desnecessário assim, pro paciente. (P7)

O relato apresentado reafirma o que Souza *et al.* (2023) traz em seus resultados. Este menciona uma desvalorização em relação as tecnologias leves, evidenciando um conhecimento do material, mas a falta de adesão pelo profissional de saúde.

Por fim, uma situação referida que poderia ajudar na implementação da Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa é a capacitação através de atividade de educação permanente, mencionada na fala a seguir:

A gente tinha um curso todo mês [...]. Então, todo mês ela vinha com um tema diferente e ela trouxe a caderneta. (P8)

Delgado *et al.* (2023) corrobora a situação descrita acima, referindo em seu artigo, que a CSPI é pouco utilizada pelas pessoas idosas e por profissionais de saúde, justificando que os profissionais consideram o preenchimento das informações complexo, além de não haver capacitação para utilização e inserção desse instrumento nas rotinas de trabalho. Há necessidade de promover capacitações constantes a fim de reduzir o desconhecimento da ferramenta, assim como da

incompletude dos dados dos pacientes, uma vez que, somente desse modo haverá o direcionamento à atenção integral conforme exigem as políticas públicas de modo a atender adequadamente as especificidades deste público (Coelho *et al.*, 2022; Lima *et al.*, 2023).

4.2 CONHECIMENTO SOBRE A CADERNETA DE SAÚDE DA PESSOA IDOSA

Lima *et al.* (2023) afirmam que as Cadernetas de Saúde são instrumentos indispensáveis para a promoção da Saúde, pois facilitam a comunicação e a gestão da assistência à saúde da população idosa pelos profissionais de saúde por meio dos registros nelas contidos. Estas também permitem que a família e ao paciente participar desse cuidado, visto que a caderneta pertence ao paciente.

Conforme já descrito, a maioria dos entrevistados afirmou conhecer a CSPI, mas nenhum a utilizava à época da pesquisa. Os profissionais que afirmaram conhecer a caderneta, em sua maioria, referiram conhecê-la de contato no próprio local de trabalho. Segue-se os relatos:

Eu trabalhei uma época no Ribeirão Verde, tinha uma carteira, mas a gente não usava carteira, né, carteirinha. Conhecia mais de almoxarifado, porque na verdade ela não era entregue ao idoso, então não fazia o preenchimento da carteira, ela não era usada. (P4)

Foi no SUS mesmo, na rede de atenção básica mesmo que eu vi. (P6)

Daqui da unidade mesmo. Acho que o primeiro contato que eu tive foi nessa unidade, há uns 4, 5 anos atrás. (P12)

Alguns entrevistados referiam saber da existência da caderneta através de outros profissionais, seja por mencionarem seu uso ou por visualizarem seu uso em algum momento, como se segue nas falas abaixo:

Conheço porque geriatras que comentam que fazem uso ou que tem pela rede pública. Eu sei da existência dessa caderneta. Apesar de atender bastante idoso aqui na cardiologia, eu nunca tive contato com essa caderneta, não tenho nenhum paciente que tenha me trazido essa caderneta para eu olhar, ver quais as informações que estavam lá. Eu sei da existência dela. (P11)

Já ouvi falar, mas não conheço com afinco. (P9)

A médica, que atendeu junto com a gente aqui, gostava bastante e ela até chegou a fazer a gente preencher (a CSPI). Assim, na verdade era

ela que mais utilizava, né? E ela gostava bastante, e ela me mostrou, acho que foi o primeiro contato que eu tive, foi ano passado. (P5)

Uma das entrevistadas mencionou conhecer a CSPI através do próprio site do Ministério da Saúde. Segue abaixo:

Eu conheço pelo site do Ministério da Saúde, mas eu nunca peguei paciente aqui na unidade que tem essa caderneta. (P2)

Outra entrevistada referiu conhecer a caderneta durante seu período de especialização, demonstrando a importância do SUS como campo de formação profissional para a área da saúde (Ferreira, Fiorini e Crivelaro, 2010), assim demonstrado:

Conheço (a CSPI) da minha residência médica em MFC. (P3)

Por fim, três participantes responderam não conhecer a CSPI. Este fato reforça a carência de investimentos em capacitação dos profissionais da atenção primária e da organização dos serviços para que ela promova a saúde dessas populações através das cadernetas de saúde (Lima *et al.*, 2023) e quanto estes programas de capacitação são desafiadores por dependerem de fatores externos às Unidades Básicas de Saúde e pela conjunção de fatores motivacionais relacionados à gestão de recursos (Coelho *et al.*, 2022).

4.3 COMPLEXIDADE NO ATENDIMENTO À PESSOA IDOSA

O atendimento à pessoa idosa pode ser complexo demandando abordagens multidisciplinares e individualizadas. Entretanto, nos achados desta pesquisa, sete entrevistados referiram não ter dificuldade no atendimento a esta população. Em contrapartida, outros seis mencionaram dificuldade neste atendimento.

Os entrevistados que referiram dificuldade no atendimento à pessoa idosa, mencionaram que o atendimento é complexo e depende de diversos fatores, como a capacidade cognitiva do paciente e/ou de doenças prévias como os quadros demenciais, estando destacado nas falas a seguir:

Sim. Tem pacientes que a gente tem dificuldade de eles estarem relatando as doenças que eles têm, as comorbidades, medicações

que usam. Tem alguns pacientes que a gente tem essa dificuldade. E, às vezes, até para passar a queixa, pacientes que são mais debilitados, ou possuem algum tipo de deficiência cognitiva, de memória, às vezes a gente tem dificuldade quando eles vêm sozinhos, desacompanhados. (P2)

Normalmente com idosos que tem demência é difícil de acessar informações, principalmente quando eles vêm desacompanhados. É difícil às vezes de saber medicação, às vezes eles perdem receita com mais facilidade. Quando não tem acompanhante, é difícil a gente saber, fazer a coordenação de cuidado, de saber quais outras especialidades está indo, se tem outras e se está indo nos retornos. (P3)

Quando o paciente é bem orientado, consegue responder bem as perguntas, não. Mas, de repente, a gente pega algum paciente meio confuso e de repente a gente precisa de um acompanhante. (P4)

Varia bastante do tipo de pessoa, né? A pessoa idosa é bem ampla. De maneira geral, pode dizer assim, pessoa idosa quando tem algum problema de memória, alguma coisa que lembra a demência, a gente tem alguma dificuldade, né? Organização de medicamentos, que normalmente tomam várias medicações, normalmente são essas dificuldades, né? E dos seguimentos que fazem nas demais especialidades médicas. (P5)

Os transtornos de humor que dificultam bastante, estão na apatia, também entrando um pouco nessa falta de empenho do próprio paciente em se ajudar, em se comprometer no tratamento. (P9)

Outra dificuldade apontada refere-se a autonomia da pessoa idosa para as atividades de vida diária, como se segue:

Eu acho que no caso, dependendo do paciente que não tem essa autonomia, essa independência, ele vir acompanhado de um responsável, que tenha conhecimento do estado de saúde dele, que é importante, às vezes, passar muitas informações pra gente que a gente não consegue. Às vezes a gente consegue pegar pelo prontuário, mas nem sempre a gente consegue. (P2)

Um dos participantes referiu que o tempo para executar o cuidado à saúde da pessoa idosa é um outro fator de complexidade inerente ao atendimento desta determinada população. A sobrecarga de trabalho dos profissionais da área da saúde foi referida por Silva e Chacon (2020) como uma dificuldade no atendimento à população idosa. Podemos acompanhar como descrito na fala abaixo:

Eu acho que a dificuldade que eu tenho maior é de tempo em fazer tudo. A gente sabe o que tem que perguntar, o que precisa saber, mas

a gente tem pouco tempo para fazer. Então a dificuldade maior seria a questão de tempo.(P12)

Por fim, um entrevistado referiu que a complexidade no atendimento a esta população longeva estaria relacionada a uma questão de educação em saúde a população geral conscientizando sobre a pessoa idosa, o processo do envelhecimento e os desafios sociais para esta faixa etária. Este achado é compartilhado com Yagi *et al.* (2022) referindo em seu estudo a importância de sensibilização da população em geral a respeito do envelhecimento. Estando assim demonstrado na fala abaixo:

[...] Porque nós não estamos preparados, como mencionei, as famílias não estão preparadas, aí vem o paciente idoso que aumenta uma sobrecarga de cuidado numa família, e aí você tem uma questão social onde o filho não tem dinheiro para cuidar, ele precisa trabalhar para ganhar dinheiro, ele tem que parar de trabalhar para cuidar do paciente idoso. A gente não tem lugares apropriados para cuidar desses pacientes, a gente não tem formação adequada dos profissionais e a população não está ciente disso tudo que está acontecendo e não sabe como lidar com paciente idoso e os próprios alunos que se formam também não saem preparados para lidar com pacientes idosos. [...] então, precisa de lugares mais adaptados, políticas públicas. (P9)

Sete participantes afirmaram não enfrentar dificuldades no atendimento à pessoa idosa. No entanto, quatro deles, mesmo diante dessa negativa, mencionaram em suas respostas situações que poderiam atenuá-las, conforme ilustrado nas seguintes falas:

Não. Eu não tenho essa dificuldade com o idoso não. A única dificuldade que às vezes eu encontro no idoso é a adesão ao tratamento, mas a de atendimento assim, deles não tenho. (P7)

Em questão de visitas domiciliares, não, porque eu sou bem recebida por essa população. Consigo as informações a respeito do idoso geralmente com a esposa. (P8)

Silva e Chacon (2020) referem que a família é a principal fonte de suporte da pessoa idosa. Em suas respostas, alguns dos entrevistados, deixaram claro que o acompanhamento da família auxilia na minimização das possíveis dificuldades inerentes ao atendimento da população longeva, como assim se segue:

A gente procura entrar em contato com a família, faz uma visita domiciliar, tentar contato com os filhos para tentar sanar algumas

dificuldades que por ventura a gente pode, que tenha no momento do atendimento ao idoso. (P4)

Eu acho que sim, desde que a família acompanha de perto o idoso, tem que ter uma orientação, uma supervisão da família também. Porque só pela pessoa acho que fica bem complicado. Eu acho que tem que ter um acompanhamento da família. (P6)

[...] a maioria das vezes o meu paciente vem acompanhado de algum familiar. Então eu não tenho dificuldade. (P11)

Além do acompanhamento da família, outros participantes referiram que o trabalho em equipe contribui no cuidado à saúde da pessoa idosa, como podemos observar:

Fazer visitas, programar alguma atividade com um agente comunitário ou com alguém da equipe que conheça o paciente. Dependendo do caso que você está fazendo um plano terapêutico junto com a equipe. (P5)

Muitas vezes muitos idosos não tinham um convívio familiar de uma outra pessoa para poder ajudar. Muitas vezes eram só os dois idosos ali na casa que não sabiam ler, não sabiam interpretar uma receita e aí a equipe, geralmente o técnico de enfermagem ou até a própria enfermeira ia junto nas visitas na casa para poder ajustar aquela receita, para facilitar para aquela população, para aquele idoso que tinha aquela dificuldade. (P8)

Outra questão trazida, refere-se ao grau de instrução da população acima dos 60 anos de idade, deixando claro que quanto maior a escolaridade menor a complexidade no acompanhamento desta população (Brasil, 2006), conforme apresentado a seguir:

Eu acredito que a população que eu visito hoje, que é uma população que é idosa, mas é um pouco mais esclarecida. Eles têm um grau de instrução muito melhor, comparando com outra unidade que eu trabalhei, que tinha uma formação assim, semianalfabeto, não sabia ler, não sabia escrever, não conseguia compreender algumas coisas. Então, assim, era mais essa dificuldade. Hoje aqui nesta unidade do Zara, a população idosa é um pouco diferenciada. Eles têm carros próprios, eles dirigem, alguns têm convênio, outros pagam em consulta particular, fazem academia, então é uma população um pouco mais diferenciada. (P8)

A baixa escolaridade, que entraria numa questão social também, onde eles têm uma dificuldade de compreender as informações ou ler uma orientação, ou entender e compreender uma receita, ou responder a um determinado teste de qual você está aplicando para eles. (P9)

4.4 ARTICULAÇÃO DA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE

Dentre os núcleos de sentido apresentados nesta pesquisa, este foi o menos frequente representando apenas 5% das respostas. Porém, não menos importante no cuidado à saúde da pessoa idosa.

A hierarquização do Sistema Único de Saúde é necessária para garantir a organização e a eficiência da Rede de Atenção à Saúde, bem como a integralidade do cuidado (Mendes, 2011; Brasil, 2017).

Nesta pesquisa evidenciou-se uma falta de articulação na RAS, como podemos observar abaixo:

Outra coisa também é fazer a coordenação de cuidados desses pacientes, a gente geralmente tem que fazer a contrarreferência e ficar pedindo, solicitando como que está sendo cuidado com eles lá em outros lugares. (P3)

Um dos entrevistados não reconhece outros modelos de estruturação da APS, salvo a ESF, como importantes no cuidado à saúde da população idosa, demonstrando também a fragilidade da articulação entre os pontos de atenção da RAS, conforme na falar a seguir:

Não foi utilizada (a CSPI) porque não era uma unidade de saúde da família, era uma unidade tradicional, então a questão do vínculo não era tão forte. (P4)

A Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa foi referida como importante instrumento no auxílio à saúde da pessoa idosa, bem como, na comunicação entre os diversos pontos de atenção da RAS, como registrado nos relatos abaixo:

Mas eu acho que se tivesse (a CSPI) facilitaria bastante, principalmente para o idoso levar dentro da bolsa, levar no médico, tinha algumas informações de outros médicos, eles colocavam nessa caderneta e eles levavam para o médico para ele ver. Então, assim, esse era o intuito de juntar todas as informações que eles tinham de outros médicos de outros lugares dentro da caderneta. (P8)

Assim como referido por Delgado *et al.* (2023), dois participantes mencionaram que a disponibilidade de um prontuário único informatizado comum a todos os pontos de atenção da RAS seria uma importante ferramenta na articulação da rede e no

cuidado à saúde da pessoa idosa, podendo substituir o papel da CSPI, identificado nas seguintes falas:

Olha, pensando no mundo ideal, acho que ter o mesmo sistema (prontuário eletrônico) já ajudaria bastante. Por exemplo, para eu ter acesso ao que o HC faz, ao que a UNAERP faz, ao que a Santa Casa faz, ao que a BENE faz. Unificar o sistema já ajudaria bastante, porque por mais que o paciente venha desacompanhado, se você pedir para ele vir ou passar numa reunião de equipe para vir acompanhado depois ou conversar com o filho depois, você consegue ter essa informação. A maior dificuldade é com outro profissional mesmo do outro serviço. [...] Mas se o sistema fosse um só ou que a informação pudesse ser tirada daquele sistema, ia ser muito mais fácil, sim. (P3)

Um prontuário único. Acho que ajudaria, unificar o prontuário em todo o país. Você tem em todos os lugares que o paciente passa, vai ter, organizar o prontuário, isso ajudaria muito. Porque o paciente idoso teria toda a informação dele ali e você não precisaria ficar sofrendo, recoletando os exames. (P9).

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A implementação da Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa (CSPI) é uma estratégia primordial para a promoção da saúde e a melhoria da qualidade de vida da população idosa, encontrando-se alinhada às diretrizes do Pacto pela Vida e às políticas públicas de saúde da pessoa idosa no Brasil. Entretanto, os resultados desta pesquisa evidenciam que apesar da CSPI ser reconhecida como uma ferramenta essencial, ainda enfrenta desafios significativos para sua efetiva utilização na prática dos serviços de saúde.

A indisponibilidade física da caderneta nos serviços de saúde foi apontada como o principal obstáculo para sua implementação, corroborando os estudos anteriores. Além disso, a falta de integração da CSPI com sistemas digitais, como o prontuário eletrônico ou de um prontuário único digital, limita sua utilização e a eficácia no compartilhamento de informações entre os profissionais de saúde em seus diferentes pontos de atenção do SUS. A adoção de tecnologias digitais poderia facilitar o acesso e o preenchimento da caderneta, tornando-a mais funcional e integrada à rotina de trabalho, porém a adoção de um prontuário eletrônico único compartilhado entre todos os pontos de atenção da RAS não se encontra em nossa governança e que sua aplicabilidade neste momento não seria factível. Em virtude deste apontamento, a CSPI ainda é o instrumento que melhor assiste à nossa população idosa, reforçando a necessidade de sua implementação e apropriação nas atividades diárias na assistência à saúde da pessoa idosa.

Outro desafio destacado foi a percepção dos profissionais de saúde sobre o tempo necessário para o preenchimento completo da CSPI, considerado extenso e incompatível com a dinâmica das consultas. Essa percepção, somada à incerteza sobre a utilidade prática da caderneta, contribui para a baixa adesão ao seu uso. A capacitação dos profissionais por meio de atividades de educação permanente é essencial para superar essas barreiras, promovendo maior familiaridade com o instrumento e destacando sua relevância no cuidado integral à pessoa idosa, assim como, é necessária a reavaliação pelos gestores quanto ao tempo de consulta destinado ao atendimento desta população.

A complexidade no atendimento à população idosa foi um dos núcleos de sentido trabalhados nesta pesquisa, destacando a importância do engajamento da equipe de saúde, da família, do cuidador e da própria pessoa idosa. Este fato reforça

a importância da CSPI, que utilizada de forma adequada, pode auxiliar na organização do cuidado e na comunicação entre os diferentes pontos da Rede de Atenção à Saúde.

Por se tratar de um estudo com abordagem qualitativa, entende-se que os resultados não podem ser extrapolados para outras realidades, limitando-se à compreensão em profundidade dos serviços que forem pesquisados.

Diante do exposto, a CSPI é um instrumento potencialmente transformador para a gestão do cuidado à saúde da pessoa idosa, mas sua efetiva implementação requer esforços dos gestores, profissionais de saúde e das famílias. A superação dos desafios identificados nesta pesquisa é essencial para garantir que a caderneta cumpra seu papel como ferramenta de cidadania, autonomia e promoção da saúde, refletindo em melhorias significativas na qualidade de vida da população idosa. Baseado nestas considerações, o produto desta pesquisa, é apresentado no APÊNDICE VII, um planejamento detalhado de atividade de educação permanente que será entregue em formato digital à Secretaria Municipal de Saúde do Município de Ribeirão Preto.

REFERÊNCIAS

- ALBUQUERQUE, M. R. T. C. de; FAÇANHA, C. de A.; PARENTE, M. V. M.; ANIJAR, V. H. Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa: Qualificando Agentes Comunitários de Saúde. **Brazilian Journal of Health Review**, Curitiba, v. 3, n. 5, p. 13315-13324, 2020.
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. 5 ed. Lisboa: Editora: Edições 70, 2020.
- BRASIL. **Lei 8.080**, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. 1990.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização. **Diretrizes operacionais dos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006, 76 p.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.528**, de 19 de outubro de 2006. Brasília: Diário Oficial da República Federativa do Brasil, 2006.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006, 192 p.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 466**, de 12 de dezembro de 2012.
- BRASIL. **Portaria nº 2.436**, de 21 de setembro de 2017. Brasília: Ministério da Saúde, 2017.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa**. Brasília: Ministério da Saúde, 2018, 5ª edição, 64p.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Manual para utilização da Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa**. Brasília: Ministério da Saúde, 2018. 96 p.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Gestão do Cuidado Integral. **Guia de cuidados para a pessoa idosa**. Brasília: Ministério da Saúde, 2023, 164 p.
- CAMACHO, A. C. L. F.; COELHO, M. J. Políticas públicas para a saúde do idoso: revisão sistemática. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 63, p. 279-284, 2010.
- CARNEIRO, T. S. G.; CARNEIRO, P. S.; CHAVES, L. D. P.; FERREIRA, J.B.B.; PINTO, I.C. O Pacto pela Saúde na prática cotidiana da Atenção Primária à Saúde. **Saúde em debate**, Rio de Janeiro, v. 38, p. 429-439, 2014.

COELHO FILHO, J. M. Saúde do Idoso. *In*: ROUQUAYROL, M. Z.; GURGEL, M. **Rouquayrol - Epidemiologia e saúde**. 8ª ed. Editora MedBook, 2017.

COELHO, N. A.; OLIVEIRA, M. L. C.; GUTIERREZ, B. A. O.; HOFFMANN, M. C. C. L.; SILVA, H. S. Implementação da 3ª Edição da Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa em duas regiões brasileiras. **Revista de APS**, Juiz de Fora, v. 25, n. 4, p. 805-820, 2022.

CONFORTIN, S. C.; SCHNEIDER, J. C.; ANTES, D. L. *et al.* Condições de vida e saúde de idosos: resultados do estudo de coorte EpiFloripa Idoso. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 26, p. 305-317, 2017.

DELAMUTA, K. G.; DIAS, F. A.; SILVA, M.; GIL, C. R. R. Em defesa do Sistema Único de Saúde: discursos de vereadores, conselheiros e profissionais de saúde. **Semina: Ciências Biológicas e da Saúde**, Londrina, v. 36, n. 1Supl, p. 137-148, 2015.

DELGADO, C. E.; SIQUEIRA, F. M.; FREITAS, G. K. S.; CARVALHO, D. B. F.; FORTES, F. L. S.; CAVALCANTE, R. B. Desenvolvimento de um protótipo de software baseado na caderneta de saúde da pessoa idosa. **Cogitare Enfermagem**, v. 28, p. e88597, 27 nov. 2023.

DIAS, J. T. L. B.; SILVA, L. C. S.; PINHEIRO, R. B. S.; SANTIAGO, M. L. E.; SILVA, F. I. C.; DIAS, M. V. A utilização da caderneta de saúde da pessoa idosa pelos profissionais de saúde como instrumento de assistência integral. **Research, Society and Development**, Vargem Grande Paulista, v. 11, n. 4, e40911427205, 2022.

FALK, J. W.; ROSA, R. S. O sistema de saúde no Brasil. *In*: DUNCAN, B. B. *et al.* **Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências**. 5 ed. Porto Alegre: Artmed, 2022. p. 13-21.

FERREIRA, R. C.; FIORINI, V. M. L.; CRIVELARO, E. Formação profissional no SUS: o papel da Atenção Básica em Saúde na perspectiva docente. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 34, n. 2, p. 207-215, 2010.

GIL, A. C. **Como fazer pesquisa qualitativa**. 1 ed. São Paulo: Editora Atlas, 2021.

GONÇALVES, R. S. S. A.; ANDRADE, L. E. L. A.; FERNANDES, S. G. G.; ALBUQUERQUE, I. S.; GUERRA, R. O.; MACIEL, A. C. C. Relato de experiência e resultados preliminares do estudo pro-eva: uma proposta para o manejo da caderneta de saúde da pessoa idosa. **Revista do Núcleo de Estudos Interdisciplinares sobre Envelhecimento**, Porto Alegre, v. 27, n. 1, p. 255-277, 2022.

GUSSO, G.; CERATTI, M. **Tratado de Medicina de Família e Comunidade**. 2. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 2018. cap. 89, p. 756-765.

IBGE. Disponível em: <<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/sp/ribeiraopreto/panorama>>. Acesso em: 29 jan 2025.

LIMA, J. T.; COELHO, L. B. S.; CLEMENTINO, A. M. C.; LOPES, M. P. S.; REIS, J. F.; OLIVEIRA, A. S.; NASCCIMENTO, L. M.; OLIVEIRA, L. M.; OLIVEIRA, F. B. M. Dificuldades associadas ao preenchimento da caderneta da criança e do idoso: uma análise comparativa. **Arquivos de Ciências da Saúde da UNIPAR**, Umuarama, v.27, n.8, p.4384-4396, 2023.

MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011. 549 p.

NARVAI, P. C. **SUS: uma reforma revolucionária**. Para defender a vida. 1 ed. Belo Horizonte: Editora Autêntica, 2022.

PAIM, J. S. A Constituição Cidadã e os 25 anos do Sistema Único de Saúde (SUS). **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 29, p. 1927-1936, 2013.

PAIM, J. S. Sistema Único de Saúde (SUS) aos 30 anos. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, p. 1723-1728, 2018.

PAOLINI, K. S. Desafios da inclusão do idoso no mercado de trabalho. **Revista Brasileira de Medicina do Trabalho**, São Paulo, v. 14, n. 2, p. 177-82, 2016.

PEREIRA, K. C. R.; LACERDA, J. T.; NATAL, S. Avaliação da gestão municipal para as ações da atenção à saúde do idoso. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 33, 2017.

PIANA, J. D. B. S.; CAVALLI, L. O. Participação popular na atenção primária à saúde. In: GUSSO, G; LOPES, J. M. C.; DIAS, L. C. **Tratado de medicina de família e comunidade**: princípios, formação e prática. 2 ed. Porto Alegre: Artmed, 2019. v. 1. p. 104-111.

QUADROS, N. R. F. R.; KATO, N. S. A. C.; SANTOS, T. F. A. dos; SOUSA JÚNIOR, C. P. de; AARÃO, T. L. S.; FARIAS, I. L. O.; JACOMEL, B. G. C.; SOUSA, A. A. de. Impacto da capacitação no preenchimento da Caderneta de Saúde do Idoso em uma Estratégia de Saúde da Família. **Revista DELOS**, Curitiba, v.17, n.60, p. 01-19, 2024.

RAMOS, L. V.; OSÓRIO, N. B.; NETO, L. S. Caderneta de saúde da pessoa idosa na atenção primária: uma revisão integrativa. **Humanidades & Inovação**, v. 6, n. 2, p. 272–280, 2019.

RIBEIRÃO PRETO. Prefeitura Municipal. **Dados populacionais**. Disponível em: <<https://www.intranet.ribeiraopreto.sp.gov.br/secretarias/saude/saude-bi.php>>. Acesso em: 29 jan 2025.

RIBEIRÃO PRETO. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal de Saúde. **Plano Municipal de Saúde de Ribeirão Preto 2022 – 2025**. Ribeirão Preto, 2021, 207 p.

SAMPAIO, L. F. R.; MENDONÇA, C. S.; TURCI, M. A. Atenção Primária à Saúde no Brasil. In: GUSSO, G; LOPES, J. M. C.; DIAS, L. C. **Tratado de medicina de família e comunidade: princípios, formação e prática**. 2 ed. Porto Alegre: Artmed, 2019. v. 1. p. 50-64.

SAMPIERI, R. H.; COLLADO, C. F.; LUCIO, M. D. P B. **Metodologia de pesquisa**. 5 ed. Editora: Grupo A, 2013.

SCHMIDT, A.; TIER, C. G.; VASQUEZ, M. E. D.; SILVA, V. A. M.; BITTENCOURT, C.; MACIEL, B. M. C. Preenchimento da caderneta de saúde da pessoa idosa: relato de experiência. **SANARE**, Sobral, v. 18, n. 1, p. 98-106, 2019.

SILVA, T. N.; CHACON, P. F. Caderneta de saúde da pessoa idosa como ferramenta de literacia para a saúde. **Revista Família, Ciclos de Vida e Saúde no Contexto Social**, Uberaba, v. 3, p. 1064-1070, 2020.

SOLHA, R. K. T. **Sistema Único de Saúde - Componentes, Diretrizes e Políticas Públicas**. São Paulo: Editora Érica, 2014.

SOUZA, M. C.; ARAÚJO, T. M.; REIS JÚNIOR, W. M.; SOUZA, J. N.; VILELA, A. B. A.; FRANCO, T. B. Integralidade na atenção à saúde: um olhar da equipe saúde da família sobre a fisioterapia. **O Mundo da Saúde**, São Paulo, v. 36, n. 3, p. 452-460, 2012.

SOUZA, M. S. V.; TOSCAN, V. R.; SCHIMIGUEL, A. D.; LEITE, C. N. Percepção dos enfermeiros sobre o uso da caderneta de saúde da pessoa idosa na atenção primária. **Arquivos de Ciências da Saúde da UNIPAR**, Umuarama, v.27, n.6, p.2661-2677, 2023.

VERAS, R. P.; LOURENÇO, R. A.; SANCHEZ, M. A. **Formação Humana em Geriatria e Gerontologia**. Rio de Janeiro: Editora Thieme Brasil, 2019.

YAGI, E. Y.; BATISTA, M. P. P.; PASCHOAL, S. M. P.; ALMEIDA, M. H. M. de. Desafios enfrentados e estratégias sugeridas para favorecer a gestão de planos de cuidados a pessoas idosas na Cidade Ademar - São Paulo, Brasil: percepções de profissionais da Saúde e da Assistência Social. **Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo**, São Paulo, v. 32, n. 1-3, p. e203827, 2022.

YIN, R. K. **Pesquisa qualitativa do início ao fim**. 1 ed. Porto Alegre: Editora Artmed, 2016.

APÊNDICE I**Instrumento de coleta de dados**

Pesquisa sobre a Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa
Nome: _____
Idade: _____
Gênero: _____
Categoria profissional: _____
Especialidade: _____
Tempo de formação: _____
Possui dificuldade no atendimento da pessoa idosa, por exemplo, em obter informações necessárias para o atendimento? _____
Habitualmente, quais as dificuldades? _____ _____
O que poderia minimizar estas dificuldades? _____ _____
Conhece a Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa? _____
De onde conhece? _____
Utiliza? _____
Por que utiliza? _____ _____
Por que não utiliza? _____ _____

APÊNDICE II

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Convido o(a) Sr(a) a participar, de forma voluntária, de uma pesquisa cujo título é “O Uso da Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa nos Diversos Cenários Públicos de Atenção à Saúde”, a qual será realizada por mim, aluno de Mestrado Profissional em Saúde e Educação, Harry Rossmann, sob a orientação da docente e pesquisadora da Universidade de Ribeirão Preto, a Prof.^a. Dr^a Rosemary Aparecida Furlan Daniel. A seguir forneço as informações a respeito da pesquisa e de sua participação.

1 JUSTIFICATIVA DA PESQUISA

Esta pesquisa procura analisar se os profissionais de saúde das equipes de Estratégia Saúde da Família que atuam na Unidade de Saúde da Família José Paulo Pimenta de Mello e médicos do ambulatório de especialidades do Hospital Electro Bonini, apresentam dificuldade no atendimento da pessoa idosa e se conhecem e/ou utilizam a Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa (instrumento elaborado pelo Ministério da Saúde) em seus processos de trabalho diário, mediante os relatos dos participantes.

O pesquisador, assim que concluir este estudo, poderá propor como produtos: capacitações aos profissionais de saúde da Unidade de Saúde da Família José Paulo Pimenta de Mello com a temática da Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa; desenvolver junto à supervisora desta unidade de saúde, protocolo de implementação do uso da Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa, como instrumento de qualificação da assistência à saúde prestada à população desta faixa etária e avaliar junto ao coordenador do ambulatório de especialidades do Hospital Electro Bonini, a capacitação dos especialistas quanto a Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa e o uso deste instrumento na prática de cuidados à saúde da população idosa assistida pela Instituição.

2 OBJETIVOS DA PESQUISA

2.1 OBJETIVO GERAL

Compreender a percepção dos profissionais de saúde sobre a Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- ✓ Discorrer sobre as políticas públicas existentes, relacionadas ao cuidado em saúde da pessoa idosa;
- ✓ Identificar as dificuldades que os profissionais da saúde possuem em relação ao atendimento da pessoa idosa;
- ✓ Identificar e descrever as ferramentas utilizadas pelos profissionais da saúde para realizar a assistência à pessoa idosa;
- ✓ Descrever a percepção dos profissionais de saúde sobre a gestão do cuidado da pessoa idosa;
- ✓ Apresentar aos profissionais da saúde a pessoa idosa como ser um biopsicossociocultural e espiritual na contemporaneidade.

3 LOCAL DO ESTUDO

Esta pesquisa será desenvolvida com os profissionais de saúde das equipes de Estratégia de Saúde da Família que atuam na Unidade de Saúde da Família José Paulo Pimenta de Mello e médicos do ambulatório de especialidades do Hospital Electro Bonini, situados em Ribeirão Preto no Estado de São Paulo. As assinaturas do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e as coletas de dados serão efetuadas na própria unidade de saúde e no Hospital Electro Bonini situados, respectivamente, à Rua Professor Stefano Baruffi, número 1639, no Bairro Jardim Anhanguera e Marginal da Avenida Leão XIII, número 1000, no Bairro Ribeirânia, ambos na cidade previamente citada.

4 PROCEDIMENTOS A QUE VOCÊ SERÁ SUBMETIDO

O(a) Sr(a) participará de uma pesquisa, voltada aos profissionais que atuam nas equipes de Estratégia de Saúde da Família na Unidade de Saúde da Família José Paulo Pimenta de Mello e médicos do ambulatório de especialidades do Hospital Electro Bonini, ambas Instituições situadas na cidade de Ribeirão Preto. O instrumento a ser utilizado nesta pesquisa é uma entrevista com roteiro semiestruturado com o propósito de analisar possíveis dificuldades na assistência à saúde da população idosa e o conhecimento e/ou uso do instrumento elaborado pelo Ministério da Saúde e denominado Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa. A aplicação da entrevista será efetuada pelo pesquisador, sendo áudio gravado para posterior transcrição das informações, e ocorrerá na própria unidade de saúde e no Hospital Electro Bonini, onde o(a) Sr(a) atua, em encontro único, em sala reservada e previamente agendada com vistas a resguardar as informações e manter o sigilo. O pesquisador o(a) entrevistará, fazendo uso de perguntas abertas deixando-o(a) à vontade para respondê-las, sem limitações e não se utilizando de ações ou falas que possam inibir seu relato.

5 ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA

Esta pesquisa aborda a temática do conhecimento e/ou uso da Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa e tem como título “O Uso da Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa nos Diversos Cenários Públicos de Atenção à Saúde”, assim não ocorrerão procedimentos invasivos ou potencialmente lesivos, direcionado ao(a) Sr(a) ou a qualquer outro indivíduo. Por se tratar de entrevista que remete a práticas de trabalho e experiências já vivenciadas, esta pesquisa tem a possibilidade de trazer desconforto de ordem psíquica, sendo garantido ao(a) Sr(a) a interrupção da entrevista, podendo ser remarcada para continuação em um segundo momento, ou até mesmo a sua desistência de participação neste estudo, não acarretando nenhuma penalidade.

Por se tratar de informações pessoais e sigilosas, o seu consentimento livre e esclarecido é necessário

Serão fornecidas todas as informações referentes à participação na pesquisa, antes da entrevista. Concordando em participar deste estudo, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido deverá ser lido e assinado pelo participante, em

duas vias. Uma via deste termo contendo as assinaturas dos pesquisadores responsáveis e seus contatos, será disponibilizada ao participante.

Se não houver interesse em participar desta pesquisa não o será imputado qualquer tipo de constrangimento ou punição

Ao participar da pesquisa o(a) Sr(a) terá a garantia da retirada do consentimento a qualquer momento, deixando de participar desta sem qualquer prejuízo.

A sua participação neste estudo será voluntária, não havendo qualquer tipo de remuneração. Caso surjam dúvidas ou necessite esclarecer dúvidas com relação a este estudo, o(a) Sr(a) poderá contactar com os pesquisadores e com o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Ribeirão Preto, em qualquer momento, através de seus contatos (e-mail e/ou telefone) disponibilizados no final deste documento.

6 OUTRAS INFORMAÇÕES

Todos os procedimentos desenvolvidos durante a realização desta pesquisa ocorrerão em conformidade com as Resoluções nº 466, de 12 de dezembro de 2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) e nº 510, de 07 de abril de 2016, que tratam de pesquisas envolvendo seres humanos e das normas aplicadas em estudos cujas metodologias utilizem-se de dados diretamente coletados dos participantes, respectivamente.

Será mantida a confidencialidade. As informações obtidas serão analisadas em conjunto com outros profissionais, não sendo divulgada a identificação de nenhum participante. Será garantido à (o) Sr.^a ou Sr. o direito de ser mantido atualizado sobre os resultados parciais da pesquisa.

Comprometemo-nos a utilizar os dados somente nesta pesquisa.

Não há despesas para a participação em qualquer fase do estudo, mas também não há compensação financeira relacionada à sua participação.

O Projeto de Pesquisa foi submetido para avaliação do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEP) da Universidade de Ribeirão Preto, onde o pesquisador cursa a pós graduação *stricto sensu*, sendo aprovado em 05/05/2024 (CAEE: 78809124.4.0000.5498; Parecer nº 6.804.406).

Quaisquer dúvidas que o(a) Sr(a) tenha, poderão ser dirimidas junto ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade de Ribeirão Preto, situado à Avenida

Costábile Romano, nº 2201, Bloco C, sala 08, pelo telefone (16) 3603-7709 ou E-mail: cetica@unaerp.br.

Ribeirão Preto, ____/____/____

Eu, _____

RG _____ e Telefone _____

Residente à Rua/Av. _____

_____, concordo em participar da pesquisa supracitada, após estar absolutamente esclarecido(a) dos propósitos desta.

Assinatura do participante

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido deste indivíduo para a participação deste estudo.



Prof.ª Drª Rosemary Aparecida Furlan Daniel (Pesquisadora orientadora)

RG: 12.392.569

CPF: 043.163.228-69

Telefone: (16) 99731.8688

Email: rodaniel@unaerp.br



Harry Rossmann (Pesquisador responsável)

RG: 1.438.261

CPF: 080.285.267-05

Telefone: (27) 98116.1069

Email: hrossmann@unaerp.br

Universidade de Ribeirão Preto (UNAERP)

Av. Costábile Romano, n. 2201, Bairro Ribeirânia, Ribeirão Preto – SP

Telefone: (16) 3603-6840 e 3603-6887

APÊNDICE III**SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO PARA REALIZAÇÃO DA PESQUISA AO
SECRETÁRIO DA SAÚDE DE RIBEIRÃO PRETO – SP****COMISSÃO DE AVALIAÇÃO DE PROJETOS DE PESQUISA DA SECRETÁRIA
MUNICIPAL DE SAÚDE DE RIBEIRÃO PRETO- SP****Ilma. Sra. Jane Aparecida Cristina**

Secretária de Saúde de Ribeirão Preto/SP

Ribeirão Preto, 14 de fevereiro de 2024.

Venho pelo presente solicitar autorização para a realização do Projeto de pesquisa intitulado: “O uso da caderneta de saúde da pessoa idosa nos diversos cenários públicos de atenção à saúde”, a ser desenvolvido pelo mestrando Harry Rossmann, do Curso de Mestrado Profissional em Saúde e Educação, tendo como orientadora a Prof.^a Dr.^a Rosemary Aparecida Furlan Daniel, para apreciação deste Comitê.

As atividades serão desenvolvidas em Ribeirão Preto, na Unidade de Saúde de Família José Paulo Pimenta de Mello.

Atenciosamente,



Harry Rossmann - Pesquisador

APÊNDICE IV

Ilma. Sr.^a Prof.^a Dr.^a Adriana Aparecida Lopes
Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa da UNAERP
Universidade de Ribeirão Preto – Campus Ribeirão Preto

Ribeirão Preto, 14 de fevereiro de 2024.

Venho pelo presente encaminhar o Projeto intitulado: “O uso da caderneta de saúde da pessoa idosa nos diversos cenários públicos de atenção à saúde”, a ser desenvolvido pelo mestrando Harry Rossmann, do Curso de Mestrado Profissional em Saúde e Educação, tendo como orientadora a Prof.^a Dr.^a Rosemary Aparecida Furlan Daniel, para apreciação deste Comitê.

As atividades serão desenvolvidas em Ribeirão Preto, na Unidade de Saúde de Família José Paulo Pimenta de Mello.

Atenciosamente,



Harry Rossmann - Pesquisador

APÊNDICE V

SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO PARA REALIZAÇÃO DA PESQUISA

Ribeirão Preto, março de 2024.

Ilustríssimo Doutor Fernando Marcos Gomes
Hospital Electro Bonini

Eu, Harry Rossmann, inscrito no RG 1.438.261/ES, regularmente matriculado no Programa de Mestrado Profissional em Saúde e Educação da Universidade de Ribeirão Preto – UNAERP, pesquisador do projeto de Mestrado intitulado “O Uso da Caderneta de Saúde do Idoso nos Diversos Cenários Públicos de Atenção à Saúde”, orientado pela professora Doutora Rosemary Aparecida Furlan Daniel, venho, respeitosamente, solicitar a possibilidade dos sujeitos da pesquisa serem os médicos geriatras do Hospital Electro Bonini. Declaro que:

- ✓ Assumo o compromisso de zelar pela privacidade e pelo sigilo das informações;
- ✓ As informações obtidas no desenvolvimento deste trabalho serão utilizadas apenas para atingir o objetivo previsto na pesquisa;
- ✓ Não há qualquer acordo restritivo à divulgação pública dos resultados;
- ✓ Comunicarei ao CEP da suspensão ou do encerramento da pesquisa, caso essa condição se configure necessária no processo de realização do estudo proposto;
- ✓ Cumprirei os termos da Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde;
- ✓ O CEP será comunicado em caso de efeitos adversos da pesquisa.

O referido estudo tem como objetivo analisar a percepção quanto a dificuldades no atendimento aos pacientes idosos e o conhecimento e/ou utilização da Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa pelos profissionais que atuam em níveis de atenção primária e secundária no sistema público de saúde.

Não estão previstos ressarcimentos ou indenizações, não haverá benefícios imediatos na participação dos mesmos.

Este estudo ocorrerá por meio da aplicação de uma entrevista. Importante ressaltar que a participação dos médicos será voluntária e que poderão recusar-se a

participar ou retirar seu consentimento, ou ainda, descontinuar sua participação se assim preferirem. Os participantes receberão uma via do TCLE.

Atenciosamente,



Prof.ª Drª Rosemary Aparecida Furlan Daniel (Pesquisadora orientadora)

RG: 12.392.569

CPF: 043.163.228-69

Email: rodaniel@unaerp.br



Harry Rossmann (Pesquisador responsável)

RG: 1.438.261

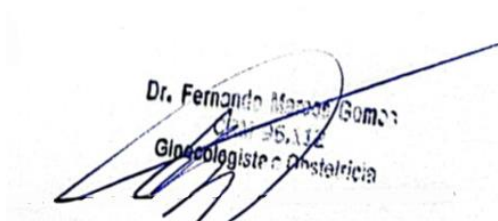
CPF: 080.285.267-05

Email: hrossmann@unaerp.br

AUTORIZAÇÃO PARA REALIZAÇÃO DA PESQUISA

Ribeirão Preto, março de 2024.

Eu, Fernando Marcos Gomes, representante do Hospital Electro Bonini, autorizo a realização da entrevista, nas dependências do referido hospital, conforme solicitação apresentada neste documento.



Dr. Fernando Marcos Gomes
Classe 26.112
Ginecologista e Obstetra

Fernando Marcos Gomes

Hospital Electro Bonini

APÊNDICE VI**DECLARAÇÃO DO PESQUISADOR**

Ribeirão Preto, 14 de fevereiro de 2024

Eu, Harry Rossmann, na condição de pesquisador responsável por este projeto, sendo orientado pela Prof.^a Dr.^a. Rosemary Aparecida Furlan Daniel, DECLARO que:

1. Assumo o compromisso de zelar pela privacidade e pelo sigilo das informações;
2. As informações obtidas no desenvolvimento deste trabalho serão utilizadas apenas para atingir o objetivo previsto na pesquisa;
3. Os dados serão coletados no banco de dados disponibilizado pela Instituição hospitalar onde está proposto o estudo e me responsabilizo pelo arquivo e sua guarda, após o uso;
4. Não há qualquer acordo restritivo à divulgação pública dos resultados, após autorização da Instituição onde ocorrerá o estudo, bem como do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEP);
5. Comunicarei ao CEP da suspensão ou do encerramento da pesquisa, caso essa condição se configure necessária no processo de realização do estudo proposto;
6. Cumprirei os termos da Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde;
7. O CEP será comunicado em caso de efeitos adversos da pesquisa.

Atenciosamente,



Prof.^a Dr.^a Rosemary Aparecida Furlan Daniel (Pesquisadora orientadora)

RG: 12.392.569

CPF: 043.163.228-69

Email: rodaniel@unaerp.br



Harry Rossmann (Pesquisador responsável)

RG: 1.438.261

CPF: 080.285.267-05

Email: hrossmann@unaerp.br

APÊNDICE VII



PROPOSTA DE IMPLEMENTAÇÃO DO USO DA CADERNETA DE SAÚDE DA PESSOA IDOSA PELA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE RIBEIRÃO PRETO

Harry Rossmann

Prof.^a Dr.^a Rosemary Aparecida Furlan Daniel

Título: Implementação do uso da Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa

Tipo de proposta: Implementação através de Educação Permanente

Coordenador: Harry Rossmann

E-mail: hrossmann@unaerp.br

Fone / Contato: (27) 98116.1069

1 Proposta

Área de conhecimento: Saúde.

Início e Término Previsto: Trata-se de uma proposta de implementação do uso da Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa (CSPI) através de ação de Educação Permanente a ser aplicada na rotina das equipes de Saúde da Família. A proposta de implementação define uma fase inicial com realização de oficinas com previsão

estimada de ser executada em 30 dias. Após esta fase, inicia-se a fase de preenchimento das CSPI's com previsão estimada de 1 ano. Pretende-se ao final desse tempo, que em todas as Unidades de Saúde da Família da cidade de Ribeirão Preto tenham implementado o uso da CSPI.

Formato das atividades de Educação Permanente: Modelo de oficinas, utilizando-se apresentações expositivas e metodologias ativas para melhor engajamento e sucesso nas atividades propostas.

Número de Oficinas: Serão realizadas 4 oficinas, sendo abordados os seguintes temas: Saúde da Pessoa Idosa no Brasil; Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa; Manual para a Utilização da Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa; Proposta de qual profissional deve preencher a CSPI e quais partes compete a cada profissional.

Carga Horária: As oficinas terão uma duração de 1 hora/semanal, obtendo melhor rendimento e manutenção da atenção dos participantes. No dia programado as agendas dos profissionais deverão estar bloqueadas, no horário correspondente ao período da oficina, para que toda a equipe de saúde participe da atividade. Já o preenchimento da CSPI ocorrerá durante o atendimento à pessoa idosa, podendo ser durante a consulta ou visita domiciliar.

Local de Realização: Unidades de Saúde da Família do Município de Ribeirão Preto.

2 Justificativa

A pesquisa apontou o desconhecimento da CSPI como uma das possíveis causas do não uso desta ferramenta pelos profissionais de saúde. Os profissionais que a conheciam, referiram não a utilizarem por não ter disponível, por falta de tempo para preenchê-la; porque nenhum profissional a utiliza ou que o preenchimento é atribuição de outro profissional. Portanto, esta proposta se justifica pois alinha os conhecimentos a respeito da pessoa idosa, da CSPI e seu preenchimento, bem como uma proposta de sua implementação qualificando à assistência a esta população.

3 Fundamentação teórica

A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB, 2017) define a Saúde da Família como a principal estratégia de ampliação e fortalecimento da APS, composta por equipes multiprofissionais que atuam de forma articulada, sendo responsáveis pelos

cuidados da saúde de uma população, em território adscrito, em todas as fases da vida dos usuários e suas famílias (Gusso, 2018).

Os indivíduos maiores de 60 anos de idade duplicaram entre os anos de 1970 e 2010, sendo o grupo etário que mais cresce na população do Brasil. Há uma previsão que no ano de 2030 o quantitativo de pessoas idosas suplante o de crianças e adolescentes. (Coelho Filho, 2017).

No âmbito das políticas públicas e dos programas voltados à população idosa, a meta é atentar para a garantia de direitos, preferências e demandas para oferecer uma atuação integral à saúde deste grupo etário. Desta forma, o Ministério da Saúde elaborou a Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa (CSPI), um instrumento de auxílio para qualificação de atendimento e gestão da saúde, garantindo a integralidade do cuidado, devendo ser utilizada pelos profissionais de saúde, pessoas idosas, familiares e cuidadores (Brasil, 2006; Brasil, 2018).

4 Objetivos

Objetivo Geral: capacitar os profissionais de saúde quanto ao uso da CSPI.

Objetivos Específicos: discutir sobre a saúde da pessoa idosa; apresentar a CSPI como ferramenta de gestão do cuidado à saúde da pessoa idosa; capacitar os profissionais quanto ao preenchimento da CSPI e aplicar a CSPI na rotina de trabalho das equipes de saúde da família.

5 Detalhamento da Proposta

As atividades de educação permanente serão realizadas no modelo de oficinas, utilizando-se apresentações expositivas e metodologias ativas para melhor engajamento e sucesso nas atividades propostas.

As oficinas terão uma duração de 1 hora, obtendo melhor rendimento e manutenção da atenção dos participantes.

As oficinas deverão ocorrer em todas as Unidades de Saúde da Família disponíveis no Município. Portanto, no dia programado as agendas dos profissionais deverão estar bloqueadas para que toda a equipe de saúde participe das oficinas.

As oficinas abordarão os seguintes temas:

1. Saúde da Pessoa Idosa no Brasil;
2. Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa;
3. Manual para a Utilização da Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa;
4. Proposta de qual profissional deve preencher a CSPI e quais partes compete a cada profissional.

Dentro desta proposta, segue abaixo uma sugestão de preenchimento:

1. Dados pessoais: preenchimento pelo ACS;
2. Avaliação da pessoa idosa: médico e/ou enfermeiro;
3. Controle da pressão arterial: técnico de enfermagem;
4. Controle da glicemia: técnico de enfermagem;
5. Calendário vacinal: enfermeiro e/ou técnico de enfermagem;
6. Avaliação da saúde bucal: dentista;
7. Agenda de consultas / Exames: técnico de enfermagem e/ou recepção;
8. Atualizações da caderneta: profissional que atualizou;
9. Orientações. A CSPI possui uma parte quanto as seguintes informações: direitos da pessoa idosa; orientações quanto ao uso e armazenamentos de medicamentos; acesso a medicamentos no SUS; dez passos para uma alimentação saudável; saúde bucal; prevenção de quedas; atividade física e sexualidade. Estas orientações devem ser realizadas por todos os membros da equipe de saúde, de forma contínua em todos os atendimentos a esta população, seu cuidador e sua família, reforçando a importância dos temas acima.

Durante a fase de preenchimento da CSPI, esta deverá ser apresentada à pessoa idosa, seus cuidadores e sua família, informando de sua importância como instrumento para qualificar o acompanhamento de sua saúde, garantindo a integralidade do cuidado à pessoa idosa. Portanto, bem como seu documento de identificação, deverá acompanhá-lo em todas as idas aos serviços de saúde e apresentadas as profissionais que prestarem algum tipo de assistência, deste modo promovendo integração entre os pontos de atenção da RAS.

Lembrando que atividades de educação permanente ocorrem de forma regular, com temas pertinentes e que impactam diretamente na mudança nos processos de trabalho para obter melhoria na assistência à saúde de nossa população. Portanto, estas oficinas devem ser realizadas periodicamente, em virtude de reforço no compromisso com a saúde da pessoa idosa, bem como quando mudança no quadro de servidores.

Uma proposta para implementação da CSPI no Município de Ribeirão Preto é que seja realizado por etapas, como sugerido no cronograma a seguir:

1. Identificação de todos as pessoas idosas e por faixa etária: com a idade de 60 a 69 anos, 70 a 79 anos e maiores de 80 anos e acamados/domiciliados de cada equipe de saúde da família;

2. Solicitar à Secretaria Municipal de Saúde a CSPI em quantidade suficiente conforme levantamento realizado na etapa anterior;

3. Iniciar o uso da CSPI, bem como o seu preenchimento, pelas pessoas idosas acima de 80 anos e acamados/domiciliados, tanto em consultas como em visitas domiciliares. Esta etapa terá uma duração de 120 dias. O ACS juntamente com o enfermeiro ficará responsável por verificar se todos as pessoas idosas identificadas com esta faixa já possuem a CSPI.

4. Terminado a etapa anterior, iniciará o preenchimento e fornecimento das CSPI para as pessoas idosas de 70 a 79 anos. Esta etapa também terá uma duração de 120 dias.

5. Por fim, iniciará o preenchimento e fornecimento das CSPI para as pessoas idosas de 60 a 69 anos. Esta etapa possuirá uma duração de 120 dias. Assim, como para as idades acima, ocorrerá sempre a verificação se todos as pessoas idosas cadastradas na área possuem a CSPI.

Ao final de 1 ano teremos toda a população idosa em uso da CSPI.

Quando realizado o preenchimento da CSPI, anexar no prontuário do paciente a Ficha Espelho da CSPI.

Iniciará o uso da CSPI pela população idosa de maior idade, bem como dos acamados/domiciliados em virtude desta população apresentar maior vulnerabilidade. Sabe-se que a população idosa é maior na faixa etária entre 60-69 anos, reduzindo conforme aumenta-se a faixa etária. Porém, o período de 4 meses para o preenchimento da CSPI é igual para todas as faixas etárias em virtude de dois fatores: primeiro, a equipe estará mais familiarizada com a ferramenta quando estiver preenchendo a da faixa etária mais populosa e, em segundo, teoricamente a população idosa de faixa etárias menores possuem menos comorbidades e/ou vulnerabilidades.

6 Relação Ensino, Pesquisa e Extensão

A proposta de atividade de educação permanente, a ser utilizada pela Secretaria Municipal de Saúde de Ribeirão Preto, para implementação do uso da CSPI obedece ao propósito da Dissertação do Mestrado Profissional em Saúde e Educação onde investigou-se as motivações para que a caderneta não esteja em uso, bem como de sua importância para promoção de atendimento integral à saúde da pessoa idosa.

Neste sentido, outro produto disponibilizado, de cunho social, foi o *podcast* realizado na Rádio Unaerp, no dia 19 de novembro de 2024 às 18h, com a temática Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa. Este encontra-se disponível no link: https://www.youtube.com/watch?v=F4wR_s41r0Y.

7 Referências

Páginas 54 a 57 da dissertação.

ANEXO I

APROVAÇÃO DA COMISSÃO DA PREFEITURA



Prefeitura Municipal de Ribeirão Preto
Estado de São Paulo - Secretaria Municipal da Saúde

Página: 104



OFICIO 704/2024 – CAPP
LSK/lsk

Ribeirão Preto, 13 de março de 2024.

Prezada senhora,

Informo que coordenadora da Estratégia de Saúde da Família, a supervisora da USF Jardim Zara e Coordenadoria de Saúde do Idoso manifestaram concordância com a realização do projeto de pesquisa.

Assim a Comissão de Avaliação de Projetos de Pesquisa manifesta parecer de viabilidade para o desenvolvimento do projeto de pesquisa "O uso da caderneta de saúde do idoso nos diversos cenários públicos de atenção à saúde" sob a responsabilidade do pesquisador Harry Rossmann e da orientadora Profa. Dra. Rosemary Aparecida Furlan Daniel, conforme formulário em anexo.

Informo que a pesquisa somente poderá iniciar com a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da instituição proponente, devendo o pesquisador informar via e-mail com antecedência o serviço e combinar melhor data para início da pesquisa.

Fica consignada a liberdade desta Secretaria em retirar o seu parecer de viabilidade, em qualquer fase da pesquisa, sem que isso lhe traga prejuízo ou responsabilização de qualquer ordem.

Solicito que a pesquisadora encaminhe à Secretaria Municipal da Saúde o Relatório Final ao encerrar a pesquisa.

Cordialmente,

Lauren Suemi Kawata
Presidente da Comissão de Avaliação de Projeto de Pesquisa da
Secretaria Municipal de Saúde de Ribeirão Preto

PROFA. DRA. ROSEMARY APARECIDA FURLAN DANIEL
UNIVERSIDADE DE RIBEIRÃO PRETO - UNAERP
NESTA

Comissão de Avaliação Projeto de Pesquisa
Secretaria Municipal da Saúde de Ribeirão Preto /SP
e-mail: capp.saude@rp.ribeiraopreto.sp.gov.br



Prefeitura Municipal de Ribeirão Preto
Estado de São Paulo - Secretaria Municipal da Saúde



FORMULÁRIO PADRÃO PARA AVALIAÇÃO DE PROJETOS DE PESQUISA CAPP - SMS RIBEIRÃO PRETO
1. Título do projeto: O uso da caderneta de saúde do idoso nos diversos cenários públicos de atenção à saúde.
2. Pesquisador(es): Harry Rossmann
3. Orientador(es): Prof.ª Dr.ª Rosemary Aparecida Furlan Daniel
4. Instituição: Universidade de Ribeirão Preto- UNAERP
5. Natureza / finalidade do estudo (mestrado, doutorado etc.) Projeto de pesquisa desenvolvido para um programa de Mestrado em Saúde e Educação
6. E-mail para contato: hrossmann@unaerp.br, rodaniel@unaerp.br
7. Justificativa para realização do estudo: Esta pesquisa busca analisar se os profissionais de saúde da USF José Paulo Pimenta de Mello e geriatras do hospital Electro Bonini apresentam dificuldade no atendimento aos idosos e se conhecem e/ou utilizam a caderneta de saúde da pessoa idosa. O pesquisador atua como médico da estratégia saúde da família, cujo território, a população é predominantemente idosa, vivenciando dificuldades no atendimento deste público e refletindo sobre a utilização de instrumento que qualifique o atendimento e melhore a gestão do cuidado desta população.
8. Objetivo geral e específico: Objetivo geral: Analisar sobre a percepção quanto a dificuldades no atendimento aos pacientes idosos e o conhecimento e/ou utilização da Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa pelos profissionais que atuam em níveis de atenção primária e secundária no sistema público de saúde. Objetivos específicos: Apresentar aos profissionais de saúde a pessoa idosa como ser um biopsicossociocultural espiritual na contemporaneidade; Discorrer sobre as Políticas Públicas existentes, relacionadas à saúde do idoso; Identificar a ciência dos profissionais de saúde, nos cenários de atenção primária e secundária, quanto aos instrumentos/ferramentas de assistência e gestão disponíveis para o atendimento do idoso; Descrever as atribuições da equipe de saúde nos contextos delimitados no projeto, no que concerne o acolhimento dos usuários do SUS nos serviços, especialmente da pessoa idosa.
9. Metodologia: Pesquisa qualitativa em que será realizada entrevista com roteiro semiestruturado
10. População e amostra (qual a população e o tamanho da amostra, observar critérios de inclusão e exclusão da amostra): A população deste estudo serão os profissionais que compõem a equipe de saúde da família na Unidade de Saúde da Família José Paulo Pimenta de Mello e geriatras que atuam no ambulatório de especialidade no hospital Electro Bonini. A amostra estimada será de 12 profissionais, sendo dois auxiliares de enfermagem, dois enfermeiros, dois médicos, dois agentes comunitários de saúde, um auxiliar de saúde bucal e um odontólogo; categorias profissionais estas que compõem as equipes de ESF. Já no ambulatório de geriatria do Hospital Electro Bonini, o pesquisador fará contato com os dois geriatras convidando-os a participar do estudo.
11. Período que pretende realizar a coleta de dados: Pretendo realizar as coletas de dados em junho e julho de 2024, após aprovação deste comitê de ética.
12. Local (informar qual(is) Unidades de Saúde / Departamentos / setor(es)/serviço(s) pretende realizar a coleta de dados): O local da coleta de dados será na própria Unidade de Saúde da Família José Paulo Pimenta de Mello e o hospital Electro Bonini.
13. Que tipo de estrutura (do local onde fará a coleta de dados) será necessária para a coleta de dados da pesquisa (p.ex.: sala, uso de telefone, algum recurso humano, consulta ao prontuário (físico e /ou hygia), número de pessoas que terão acesso aos

Comissão de Avaliação Projeto de Pesquisa
Secretaria Municipal da Saúde de Ribeirão Preto /SP
e-mail: capp.saude@rp.ribeiraopreto.sp.gov.br



Prefeitura Municipal de Ribeirão Preto
Estado de São Paulo - Secretaria Municipal da Saúde



prontuários, Hygia, insumo, etc.): O pesquisador necessitará de uma sala ou consultório na própria Unidade de Saúde da Família José Paulo Pimenta de Mello para realização das entrevistas aos profissionais de saúde que atuam neste serviço. Pretendo realizar uma entrevista por semana, em um período do turno de trabalho, a ser combinado com a supervisora da Unidade de Saúde onde se pretende realizar o estudo, bem como no hospital Electro Borini.
14. Será preciso consultar a algum sistema de informação? Qual, como pretende acessar, precisa de senha fornecida pela SMS? Para coleta de dados desta pesquisa não será necessária consulta a sistemas de informação. Utilizei-me de dados da intranet para busca da população adscrita do território de abrangência da Unidade de Saúde da Família José Paulo Pimenta de Mello.
15. Será preciso consulta ao hygiaweb? Para coleta de dados desta pesquisa não será necessária consulta ao hygiaweb.
16. Precisar de algum relatório específico da Divisão de Informática da SMS? Não será necessário relatório específico da Divisão de Informática da Secretaria Municipal de Saúde.
17. Quem fará a coleta de dados? Harry Rossmann.
18. Quem assumirá os custos da realização do projeto? Os custos da realização deste projeto serão assumidos pelo pesquisador Harry Rossmann.
19. Qual o benefício da SMS com o desenvolvimento do projeto? Pretende-se com esta pesquisa fornecer como produtos: Sensibilizar os profissionais que compõem as equipes de ESF e do ambulatório de especialidades da universidade privada quanto à aplicação da Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa na rotina dos atendimentos e visitas domiciliares para melhorias na gestão do cuidado aos idosos; Desenvolver, em conjunto com a supervisora da USF José Paulo Pimenta de Mello, protocolo de implementação do uso do instrumento Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa pelos profissionais das equipes de ESF; Capacitar os profissionais da USF José Paulo Pimenta de Mello a respeito da Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa.

Comissão de Avaliação Projeto de Pesquisa
Secretaria Municipal da Saúde de Ribeirão Preto /SP
e-mail: capp.saude@rp.ribeiraopreto.sp.gov.br



Assinaturas do documento

"Ofício viabilidade nº794 - Rosemary"



Código para verificação: RPNFZSCH

Este documento foi assinado digitalmente pelos seguintes signatários nas datas indicadas:



LAUREN SUEMI KAWATA (CPF: 311.XXX.678-XX) em 13/03/2024 às 17:10:46 (GMT-03:00)

Emitido por: "SolarBPM", emitido em 01/07/2022 - 09:40:12 e válido até 01/07/2122 - 09:40:12.

(Assinatura do sistema)

Para verificar a autenticidade desta cópia, acesse o link

<https://ribeiraopreto.solarbpm.softplan.com.br/atendimento/conferenciaDocumentos> e informe o processo PMRP 2024/034497 e o código RPNFZSCH ou aponte a câmera para o QR Code presente nesta página para realizar a conferência.

Esta página foi gerada automaticamente pelo sistema para detalhamento das assinaturas e não é contabilizada na numeração de páginas de processo.

ANEXO II

APROVAÇÃO DO CEP

UNIVERSIDADE DE RIBEIRÃO
PRETO - UNAERP



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: O Uso da Caderneta de Saúde do Idoso nos Diversos Cenários Públicos de Atenção à Saúde

Pesquisador: HARRY ROSSMANN

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 78809124.4.0000.5498

Instituição Proponente: Universidade de Ribeirão Preto UNAERP

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 6.804.406

Apresentação do Projeto:

A pesquisa tem como foco analisar a percepção das dificuldades no atendimento aos idosos, bem como o conhecimento e/ou utilização da Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa pelos profissionais de saúde que trabalham nos níveis de atenção primária e secundária do sistema público de saúde. Diante do aumento quantitativo e progressivo da população idosa no Brasil, o estudo se propõe a investigar como os profissionais lidam com os desafios específicos que essa faixa etária apresenta, como múltiplas comorbidades e mudanças nos ciclos de vida. A metodologia adotada será qualitativa, utilizando entrevistas com roteiros semiestruturados. Os participantes serão profissionais de saúde das equipes de Estratégia Saúde da Família em uma unidade de saúde específica e geriatras em um ambulatório hospitalar. As entrevistas serão realizadas nos locais de atuação dos profissionais para melhor compreensão do contexto em que trabalham. A amostra de participantes será determinada por sorteio, e a coleta de dados está prevista para ocorrer ao longo de dois meses. As respostas serão transcritas na íntegra e posteriormente analisadas para identificar as dificuldades enfrentadas no atendimento aos idosos e a familiaridade dos profissionais com a Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa. O estudo visa fornecer informações sobre a eficácia e o uso da Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa como ferramenta de apoio no atendimento aos idosos, além de identificar possíveis obstáculos enfrentados pelos profissionais de saúde nesse processo.

Endereço: Av. Costabile Romano nº 2201, sala 08, Bloco C
Bairro: RIBEIRANIA **CEP:** 14.096-380
UF: SP **Município:** RIBEIRÃO PRETO
Telefone: (16)3603-7709 **Fax:** (16)3603-7709 **E-mail:** cetica@unaerp.br

UNIVERSIDADE DE RIBEIRÃO PRETO - UNAERP



Continuação do Parecer: 6.804.408

Objetivo da Pesquisa:

Conforme Projeto de Pesquisa, os objetivos são:

- Geral

Analisar sobre a percepção quanto a dificuldades no atendimento aos pacientes idosos e o conhecimento e/ou utilização da Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa pelos profissionais que atuam em níveis de atenção primária e secundária no sistema público de saúde.

- Específicos

- Apresentar aos profissionais de saúde a pessoa idosa como ser um biopsicossociocultural espiritual na contemporaneidade;
- Discorrer sobre as Políticas Públicas existentes, relacionadas à saúde do Idoso;
- Identificar a ciência dos profissionais de saúde, nos cenários de atenção primária e secundária, quanto aos instrumentos/ferramentas de assistência e gestão disponíveis para o atendimento do idoso;
- Descrever as atribuições da equipe de saúde nos contextos delimitados no projeto, no que concerne o acolhimento dos usuários do SUS nos serviços, especialmente da pessoa idosa.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Conforme informações preenchidas na Plataforma Brasil e disponíveis no arquivo:

¿PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_2315543¿

- Riscos: Trata-se de uma pesquisa qualitativa cujo tema abordado é o uso da caderneta de saúde da pessoa idosa, sendo proposto a realização de entrevista aos profissionais de saúde, os quais não serão submetidos a procedimentos invasivos ou potencialmente lesivos. Por se tratar de entrevista poderá ocasionar desconforto ao entrevistado por relembrar fatos ou experiências desagradáveis previamente vivenciadas.

- Benefícios: - Sensibilizar os profissionais que compõem as equipes de ESF e do ambulatório de especialidades da universidade provada quanto à aplicação da Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa na rotina dos atendimentos e visitas domiciliares para melhoria na gestão do cuidado aos idosos; - Desenvolver, em conjunto com a supervisora da USF José Paulo Pimenta de Mello, protocolo de implementação do uso do instrumento Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa pelos profissionais das equipes de ESF; - Capacitar os profissionais de saúde quanto ao uso da

Endereço: Av. Costabile Romano nº 2201, sala 08, Bloco C
 Bairro: RIBEIRANIA CEP: 14.096-380
 UF: SP Município: RIBEIRÃO PRETO
 Telefone: (16)3603-7709 Fax: (16)3603-7709 E-mail: cetica@unaerp.br

UNIVERSIDADE DE RIBEIRÃO
PRETO - UNAERP



Continuação do Parecer: 6.804.406

Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisa "O Uso da Caderneta de Saúde do Idoso nos Diversos Cenários Públicos de Atenção à Saúde" justifica-se pela necessidade de compreender e melhorar a assistência prestada aos idosos em diferentes contextos de saúde pública. O pesquisador, atuando como médico em uma equipe de Estratégia Saúde da Família (ESF), enfrenta diariamente desafios relacionados ao cuidado de uma população idosa com múltiplas comorbidades e dificuldades cognitivas. Frequentemente, os idosos buscam atendimento desacompanhados, o que dificulta a comunicação de seus problemas de saúde e medicações utilizadas. Além disso, o pesquisador observa a necessidade de encaminhamento desses pacientes para especialistas geriatras, enfrentando limitações na troca de informações clínicas entre a atenção primária e secundária. Considerando que a Atenção Primária à Saúde (APS) é a porta de entrada prioritária na Rede de Atenção à Saúde (RAS), torna-se essencial garantir uma atenção qualificada aos idosos, especialmente diante do envelhecimento da população.

Nesse contexto, a Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa surge como uma ferramenta importante para melhorar a qualidade do cuidado aos idosos, facilitando o registro e compartilhamento de informações relevantes entre os profissionais de saúde. No entanto, o pesquisador observa que essa ferramenta não é amplamente utilizada nas equipes de atenção primária e secundária em seu município.

Portanto, a pesquisa busca investigar o uso da Caderneta de Saúde do Idoso nos diversos cenários de atenção à saúde, tanto na APS quanto na atenção secundária, visando identificar possíveis obstáculos e promover melhorias na assistência prestada a essa população vulnerável.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

- Folha de rosto $\checkmark$ apresentada e devidamente assinada
- Carta de Autorização $\checkmark$ foram apresentados dois Termos de Autorização, um da Secretaria Municipal da Saúde de Ribeirão Preto e outro do Hospital Electro Bonini, devidamente assinados.
- Cronograma do projeto $\checkmark$ apresentado no Projeto de Pesquisa.
- Orçamento $\checkmark$ apresentado no Projeto de Pesquisa.
- TCLE $\checkmark$ apresentado, mas necessita adequações.

Endereço: Av. Costabile Romano nº 2201, sala 08, Bloco C
Bairro: RIBEIRANIA CEP: 14.096-380
UF: SP Município: RIBEIRÃO PRETO
Telefone: (16)3603-7709 Fax: (16)3603-7709 E-mail: cetica@unaerp.br

**UNIVERSIDADE DE RIBEIRÃO
PRETO - UNAERP**



Continuação do Parecer: 6.804.406

- Instrumento(s) de coleta de dados e apresentado no Projeto de Pesquisa.

Recomendações:

Verificar item e Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações e

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

1. Em relação aos riscos, devem ser incluídas quais as providências / ações dos pesquisadores em caso de desconforto dos participantes.

2. O TCLE necessita das seguintes adequações:

- Numerar as páginas (por exemplo 1/5, 2/5, 3/5 etc.) para que o participante possa ter a clareza de que o documento está completo.
- Inserir menção à Resolução do Conselho Nacional de Saúde 510/2016, e não apenas à 466/2012.
- Para apresentação ao CEP, o modelo de TCLE deve estar assinado pelos pesquisadores.
- Inserir os telefones de contato pessoal (telefone celular) dos pesquisadores e não apenas o e-mail institucional.
- Inserir a declaração de consentimento do participante ao final e não no início do TCLE como foi apresentado. Isso permite que o participante seja estimulado a ler o termo todo e tirar suas dúvidas antes de assinar o documento, promovendo e preservando seus direitos.
- Recomenda-se, ainda, que as assinaturas dos pesquisadores não fiquem e soltas e na última página do TCLE.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este CEP aguarda o envio ou a justificativa das pendências listadas neste parecer, obedecendo a Resolução 466/12 e Resolução 510/16 do CNS.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_2315543.pdf	07/04/2024 00:15:15		Aceito
Outros	Solicitacao_Autoriza_HEB.pdf	07/04/2024 00:13:58	HARRY ROSSMANN	Aceito
Declaração de concordância	Oficio_Viabilidade_n794.pdf	07/04/2024 00:13:05	HARRY ROSSMANN	Aceito

Endereço: Av. Costabile Romano nº 2201, sala 08, Bloco C
 Bairro: RIBEIRANIA CEP: 14.096-380
 UF: SP Município: RIBEIRÃO PRETO
 Telefone: (16)3603-7709 Fax: (16)3603-7709 E-mail: cetica@unaerp.br

**UNIVERSIDADE DE RIBEIRÃO
PRETO - UNAERP**



Continuação do Parecer: 6.804.406

TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_Harry.pdf	06/04/2024 23:55:48	HARRY ROSSMANN	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_MSE_Harry.pdf	06/04/2024 23:54:08	HARRY ROSSMANN	Aceito
Folha de Rosto	Folha_Pesquisa_Harry.pdf	06/04/2024 23:53:41	HARRY ROSSMANN	Aceito

Situação do Parecer:

Pendente

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

RIBEIRÃO PRETO, 05 de Maio de 2024

**Assinado por:
ADRIANA APARECIDA LOPES
(Coordenador(a))**

Endereço: Av. Costabile Romano nº 2201, sala 08, Bloco C
Bairro: RIBEIRANIA **CEP:** 14.096-380
UF: SP **Município:** RIBEIRÃO PRETO
Telefone: (16)3603-7709 **Fax:** (16)3603-7709 **E-mail:** cetica@unaerp.br