

Implementação da 3ª Edição da Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa em duas regiões brasileiras

Implementation of the 3rd Edition of the Elderly Health Handbook in two Brazilian regions

Nubiara Alves Coelho¹, Maria Liz Cunha de Oliveira², Beatriz Aparecida Ozello Gutierrez³, Maria Cristina Corrêa Lopes Hoffmann⁴, Henrique Salmazo-Silva⁵

Artigo Original

RESUMO

O objetivo do presente estudo foi avaliar as condições estruturais, recursos humanos e estratégias de distribuição na implementação dessa Caderneta em 43 municípios da região Norte e 48 da região Sul do Brasil. Os dados foram coletados por meio de inquérito conduzido pela Fundação Oswaldo Cruz, a pedido do Ministério da Saúde, entre 2017 e 2018, no qual foram entrevistados os responsáveis técnicos pela saúde da pessoa idosa nesses municípios. Observou-se que em ambas as regiões a capacitação presencial foi predominante. A estratégia de implementação mais utilizada foi a orientação individual por meio da Estratégia de Saúde da Família e a distribuição foi realizada pela Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde, sendo essa a mais prevalente na região Norte. Um dos maiores desafios na distribuição foi o desinteresse em receber as cadernetas por parte das Unidades Básicas de Saúde (27,3% dos municípios da Região Norte e 19,1% da Região Sul). Concluiu-se que os responsáveis técnicos pela saúde da pessoa idosa utilizam-se dos recursos humanos disponíveis para implementação e distribuição da caderneta. A Região Norte, mesmo apresentando mais dificuldades, sinalizou o comprometimento da gestão em saúde da pessoa idosa em buscar concretizar ações que fortaleçam e promovam a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa.

Palavras-chave: Envelhecimento, Saúde do Idoso. Atenção Primária à Saúde. Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa.

ABSTRACT

The objective of the present study was to evaluate the structural conditions, human resources and distribution strategies in the implementation of The3rd edition of the Elderly Health Booklet in 43 municipalities in the North region and 48 in the South region of Brazil. Data were collected through a survey conducted by the Oswaldo Cruz Foundation, at the request of the Ministry of Health, between 2017 and 2018, in which the technicians responsible for the health of the elderly in these municipalities were interviewed. It was observed that in both regions face-to-face training was predominant. The most used implementation strategy was individual guidance through the Family Health Strategy and distribution was carried out by the Community Health Agents Strategy, which is more prevalent in the North region. One of the biggest challenges in distribution was the lack of interest in receiving the booklets by the Basic Health Units (27.3% of the municipalities in the North Region and 19.1% in the South Region). It was concluded that the technicians responsible for the health of the elderly use the human resources available for the implementation and distribution of the booklet. The North Region, despite having more difficulties, signaled the commitment of health management for the elderly to seek to implement the actions that strengthen and promote the National Health Policy for the Elderly.

Keywords: Aging. Health of the Elderly. Primary Health Care. Health Booklet for the Elderly

¹ Centro Universitário do Planalto Central Aparecido dos Santos (UNICEPLAC) – ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-2177-1026>

² Universidade Católica de Brasília (UCB) – ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5945-1987>

³ Universidade de São Paulo (USP) – ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6901-6439>

⁴ Organização Pan-americana de Saúde/Organização Mundial de Saúde (OPAS/OMS) – ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6461-0201>

⁵ Universidade Católica de Brasília (UCB) – ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-3888-4214> – E-mail: henriquesalmazo@gmail.com

INTRODUÇÃO

Avaliar a implantação das políticas de saúde pode orientar a adoção de estratégias para ampliação de sua efetividade. No campo do envelhecimento, A Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI), Portaria de Consolidação nº 2, de 28 de setembro 2017, institui a Atenção Básica e define a Saúde da Família como a principal estratégia de ingresso ao cuidado das pessoas idosas. Para isso, um conjunto de esforços foram delineados, dentre os principais estão a qualificação do acolhimento da pessoa idosa e o estabelecimento da rede de atenção especializada no nível secundário e terciário de maneira complementar caso seja necessário¹.

Também em 2006, com o propósito de firmar novas ações em saúde e responsabilidades entre as esferas municipais, estaduais e federal, o Ministério da Saúde (MS) instituiu o “Pacto pela Saúde” do Sistema Único de Saúde (SUS), composto por: “Pacto em Defesa do SUS”; “Pacto de Gestão” e “Pacto pela Vida”².

O Pacto pela Vida indicou, no escopo de suas diretrizes operacionais, as ações estratégicas voltadas à pessoa idosa, como elementos prioritários tanto no contexto individual, quanto no coletivo. Este conjunto de iniciativas encontram-se em consonância à implantação da PNSPI, e à Lei nº 10.741/2003 do Estatuto do Idoso³, o qual reforçou a especificidade e prioridade das pessoas idosas nas ações de saúde. Com essas legislações foram elaboradas políticas, programas, planos e estratégias voltados às pessoas idosas. Dentre as estratégias desenvolvidas, a Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa (CSPI), que foi concebida como uma ferramenta de cidadania⁴.

A Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa (CSPI) foi idealizada para qualificar as ações de saúde direcionada às pessoas idosas no Sistema Único de Saúde (SUS). Objetiva a mudança de paradigma do cuidado e melhor manejo de saúde, tanto pelas equipes de saúde quanto pelos idosos, seus familiares e cuidadores⁴. Propicia às equipes de saúde conhecer as condições de saúde, os riscos a que estão submetidos e aspectos psicossociais da pessoa idosa. Por tratar-se de um meio para a identificação das condições de vida e saúde da pessoa idosa, em períodos de até 5 anos, é capaz de subsidiar condutas mais adequadas por parte dos profissionais de saúde à pessoa idosa.

Em 2014, a CSPI foi revisada, tornando-se mais abrangente em 2015, ao apresentar o protocolo de identificação do idoso vulnerável (VEST 13). Passou a ser distribuído neste formato a partir da sua 3ª edição, contendo informações importantes e fundamentais como: Dados pessoais da pessoa idosa e de pessoas de referência, avaliação das condições de saúde da pessoa idosa, utilização de múltiplos medicamentos, diagnósticos anteriores, medidas antropométricas, avaliação do risco de queda, rastreamento da dor crônica, acompanhamento da

hipertensão arterial sistêmica (HAS) e da diabetes mellitus (DM), condição vacinal, avaliação de saúde Bucal, atividade física, sexualidade e hábitos de vida⁵.

A CSPI é um instrumento aplicado na Atenção Primária nas Equipes de Estratégia de Saúde da Família (ESF), cujo objetivo é conhecer as condições clínicas, psicossociais e funcional do idoso, detectando indivíduos frágeis ou em processo de fragilização, com a finalidade de estabelecer ações preventivas e prioridade de atendimentos⁵.

Pressupõe-se que a CSPI cumpra um papel de empoderamento à pessoa idosa ao concentrar por um período de 5 anos, informações das diferentes dimensões de sua saúde. Além de subsidiar aos profissionais de saúde e aos cuidadores, meios para traçarem o projeto terapêutico singular que abarcam também a vigilância e a promoção da saúde da pessoa idosa. Para isto, é crucial o correto preenchimento das informações nela contida, além do diálogo com a pessoa idosa e a família sobre as anotações realizadas. O reconhecimento da CSPI pela família é reflexo do engajamento das equipes de saúde da atenção primária quanto à sua utilização nos serviços de saúde⁶.

Em 2016, o MS lançou o Manual para Utilização da Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa-MUCSPI ⁷ objetivando promover o preenchimento ideal dos campos da CSPI e orientando que os registros devem ser realizados a partir das informações fornecidas pela própria pessoa idosa, por seus familiares e/ou cuidadores, se for o caso⁷.

Após o lançamento do MUCSP, alguns estudos foram realizados com o objetivo de verificar a implantação da CSPI^{8,9,10}. Os achados indicaram a necessidade de manter os registros corretos das informações coletadas, o desconhecimento da população idosa sobre o uso e aplicações da caderneta, a necessidade de ações de educação permanente para formação dos recursos humanos para sua correta aplicação e o mapeamento das facilidades e entraves na implantação da CSPI. Entre os entraves identificados estão a sobrecarga de tarefas dos profissionais, divididos entre a aplicação e a assistência; o desconhecimento da CSPI; a escassez de conhecimentos sobre o envelhecimento, além de dificuldades burocrático-institucionais que inviabilizaram sua ampla da CSPI^{11, 12}.

Portanto, o objetivo deste estudo é avaliar as condições estruturais, e condições relacionadas aos recursos humanos e as estratégias de distribuição na implantação da 3ª edição da Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa em municípios das regiões Norte e Sul do país. Investigou-se essas duas regiões por concentrar realidades contrastantes quanto a disponibilidade de recursos, condições de vida e de saúde das populações. A análise dessas regiões pode fornecer indicativos concretos de como a CSPI é aplicada segundo a variabilidade das ofertas assistenciais e da atenção primária de saúde.

METODOLOGIA

O presente estudo é de natureza quantitativa, do tipo observacional, transversal e descritivo, com base na análise de dados secundários da pesquisa “Avaliação do grau de implementação da 3ª edição da caderneta de saúde da pessoa idosa”. O objetivo desta pesquisa foi conhecer a complexidade das diferenças regionais e do público-alvo variado (diferenças de gênero, renda, rural/urbano, entre outras) em 547 municípios que receberam as cadernetas no ano de 2015. Após a busca ativa dos municípios, os gestores e responsáveis pela atenção à pessoa idosa na atenção primária receberam convite e questionário eletrônico, com questões relativas à implantação da CSPI.

Das cinco regiões investigadas pelo projeto original, o presente estudo investigou municípios da região norte e da região sul do Brasil. A amostra inicial foi composta por 200 municípios, sendo 48 da região Norte e 152 da região Sul. Dos 152 municípios da Região Sul, foram selecionados 12 municípios de Santa Catarina, dois do Paraná e 34 municípios do Rio Grande do Sul. A seleção dos municípios do Rio Grande do Sul ocorreu mediante sorteio aleatório simples de uma amostra de 134 municípios acessados pelo Survey neste Estado. Optou-se pela amostragem probabilística dos municípios do Rio Grande do Sul para padronizar o quantitativo de municípios avaliados nas duas regiões e para diminuir possível viés de participação, haja vista que foi o estado com maior número de respondentes.

Na amostragem, todos os municípios do Rio Grande do Sul tinham a mesma chance de participar. Dessa forma, todos os municípios foram numerados e posteriormente foram selecionados os municípios que correspondiam a sequência dos 34 números sorteados. Desta forma, o presente estudo investigou dados de 48 municípios da Região Norte e 48 da Região Sul, totalizando 96 municípios.

Os critérios de inclusão da amostra foram: municípios da Região Norte e Sul que receberam a 3ª edição da Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa (independentemente da quantidade enviada) e que tenham participado do Survey feito pelo LIS/ICICT/FIOCRUZ. Os critérios de exclusão foram: municípios que não responderam ao questionário por completo e ou tinham abandonado o Survey. Desta forma, cinco municípios da Região Norte foram excluídos por não dispor de respostas válidas. Nesse sentido, a amostra final resultou em 43 municípios da Região Norte e 48 municípios da Região Sul, totalizando 91 municípios (Tabela 1).

Tabela 1 – Apresentação dos municípios selecionados da Região Norte e da Região Sul do Brasil.

REGIÃO NORTE					REGIÃO SUL				
Estado	Mun. n=48	%	N mun. no Estado	%	Estado	Mun. n=48	%	N mun. no Estado	%
Acre	4	8,3	22	18,2	Paraná	2	4,2	399	0,5
Amapá	5	10,4	16	31,2	Rio G. do Sul	34	70,8	497	6,8
Amazonas	5	10,4	62	8,1	Santa Catarina	12	25	295	4,1
Pará	21	43,8	144	14,6					
Rondônia	2	4,2	52	3,8					
Roraima	1	2,1	15	6,7					
Tocantins	10	20,8	139	7,2					
Total		48	450	10,7	Total		48	1.191	4,0

Fonte: Dados da pesquisa

Conforme dados de 2018^{13,14}, na ocasião de desenvolvimento do estudo, os municípios apresentaram disparidades em relação ao Índice de Desenvolvimento Humano e ao grau de implantação da Estratégia de Saúde da Família. A maioria dos municípios da Região Norte apresentou índices inferiores de Índices de Desenvolvimento Humano – IDHM, IDHM-R e IDHM-L em relação à média nacional. Por outro lado, na Região Sul, 25 municípios apresentaram IDHM acima da média nacional, e 21 municípios com maior média no IDHM-R e a totalidade dos municípios com maiores médias no IDHM-L. No que se refere a cobertura da Estratégia de Saúde da Família na Região Sul, 65% dos municípios tinham cobertura total (100%) na ESF e 62% na ABS; ao passo que este indicador esteve abaixo de 50% em alguns municípios da Região Norte.

Coleta de dados

O instrumento de coleta de dados foi um questionário semiestruturado composto por 41 questões fechadas, com informações sobre a distribuição, condições estruturais, e de implementação. As variáveis de interesse e analisadas pelo presente estudo foram: condições estruturais, condições associadas aos recursos humanos, estratégias de distribuição, compreendidas do seguinte modo:

- Condições estruturais: formação do respondente, realização de capacitação para implementação da caderneta e como foi realizada; mudança na gestão do município e desafios encontrados na distribuição.
- Condições associadas aos recursos humanos: tempo de atuação profissional como gestor; se elegeram o responsável na Secretaria de Saúde pela implementação da caderneta; se o município recebeu a capacitação para aplicação da caderneta, formação dos profissionais que receberam capacitação.
- Estratégias de distribuição: cadernetas distribuídas ou não; modo de distribuição no contexto dos serviços ofertados pela atenção primária em saúde; modalidade do tipo de distribuição aos idosos; tipo de evento de distribuição; se houve orientação da pessoa idosa e como foi orientada, incluindo orientação individual com profissional da saúde, material impresso, palestras e outros.

A coleta de dados foi realizada por um Suvey conduzido pela Fundação Oswaldo Cruz, a pedido do Ministério da Saúde, entre os anos de 2017 e 2018. O preenchimento do questionário foi realizado pelos responsáveis técnicos pela saúde da pessoa idosa de cada município da amostra.

Análise de dados

Os dados foram analisados quantitativamente por estatística descritiva considerando as frequências absoluta (n) e relativa (%), comparações de frequências foram realizadas por meio do Teste Qui quadrado ou Teste Exato de Fisher, com valor de significância de 0,05. As variáveis condições estruturais, recursos humanos; e estratégias de distribuição foram comparadas entre os municípios selecionados das regiões Norte e Sul. Os dados foram tratados e revisados por meio utilizando o programa computacional Microsoft Office Excel 2010® e, posteriormente analisados pelo Programa Statistical Package for the Social Sciences (SPSS), versão 24.0.

A presente pesquisa foi submetida à avaliação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Católica de Brasília – UCB (parecer n.º 3.389.985 / CAAE n.º 10308419.0.0000.0029).

RESULTADOS

Em relação à caracterização das condições estruturais e de gestão a maioria dos respondentes eram responsáveis pela saúde da pessoa idosa na Secretaria de Saúde, pela implementação da caderneta e com pouco tempo de gestão. Os profissionais mais treinados para orientar sobre a caderneta foram os enfermeiros e ACS. O profissional menos treinado em

ambas as regiões foi o auxiliar de enfermagem. Na totalidade, os profissionais treinados foram 258 na Região Norte e 287 na Região Sul (Tabela 2).

Tabela 2 – Caracterização dos municípios estudados das Regiões Norte e Sul relação às aos recursos humanos e condições estruturais, Brasil – 2020

Variáveis n (%)	NORTE (N-43)	SUL (N-48)	p valor	valor	n (%)
Responsável pela implementação: gestor; outros.					
Não			9 (20,9)	17 (35,4)	0,165**
Sim			34 (79,1)	31 (64,6)	
Tempo de gestão					
Até 1 ano			22 (62,9)	17 (54,8)	0,762**
Até 3 anos			10 (28,6)	9 (29,0)	
Até 5 anos			2 (5,7)	2 (6,5)	
Mais de 5 anos			1 (2,9)	3 (9,7)	
Capacitação por categoria profissional: médico					
Não			28 (65,1)	34 (70,8)	0,654**
Sim			15 (34,9)	14 (29,2)	
Capacitação por categoria profissional: enfermeiro					
Não			16 (37,2)	26 (54,2)	0,141**
Sim			27 (62,8)	22 (45,8)	
Capacitação por categoria profissional: técnico de enfermagem.					
Não			24 (55,85)	36 (75)	0,076**
Sim			19 (44,2)	12 (25)	
Capacitação por categoria profissional: Auxiliar de enfermagem					
Não			37 (86)	43 (89,6)	0,750**
Sim			6 (14)	5 (10,4)	
Capacitação por categoria profissional: ACS					
Não					
Sim			20 (46,5)	18 (37,5)	
Capacitação por categoria profissional: administrativo					
Não			29 (76,4)	34 (72,3)	0,651**
Sim			14 (32,5)	13 (27,7)	

* Teste Exato de Fisher; ** Teste Qui-quadrado. Nível de significância $p \leq 0,05$

Fonte: Dados da pesquisa

No que se refere às condições estruturais, os participantes referiram muitas mudanças de gestão, principalmente na Região Norte com 83,7% e 72,9% na Região Sul. Grande parcela dos municípios referiu que a modalidade de treinamento mais utilizada foram os cursos presenciais (Tabela 3).

Tabela 3 – Caracterização dos municípios estudados das Regiões Norte e Sul relação às condições estruturais, Brasil – 2020

Variáveis	NORTE n (%)	SUL n (%)	p valor
Modos de capacitação dos profissionais			
Presencial	25 (89,3)	19 (90,5)	1,000*
A Distância	3 (10,7)	2 (9,5)	
Mudanças de gestão do município			
Não	7 (16,3)	13 (27,1)	0,311**
Sim	36 (83,7)	35 (72,9)	
Desafios encontrados na distribuição: falta de recursos			
Não	27 (77,1)	44 (93,6)	
Sim	8 (22,9)	3 (6,4)	0,048*
Desafios encontrados na distribuição: desinteresse			
Não	24 (72,7)	38 (80,9)	0,425**
Sim	9 (27,3)	9 (19,1)	
Desafios encontrados na distribuição: extravio			
Não	29 (93,5%)	47 (100%)	0,155*
Sim	2 (6,5%)	0 (0)	

* Teste Exato de Fisher; ** Teste Qui-quadrado. Nível de significância $p \leq 0,05$

Fonte: Dados da pesquisa

Em relação ao tipo de programa mais utilizado para a distribuição da Caderneta, constatou-se que foi a ESF em ambas as regiões. Em segundo lugar, na Região Norte, realizou-se a distribuição por meio da consulta de enfermagem, com 75% e, na Região Sul, foi a realizada pelos agentes comunitários da saúde durante as visitas domiciliares, com 73,1%. O programa menos utilizado na Região Norte foi a consulta médica na Unidade, com 25% e, na Região Sul o PACS foi 12,1%.

Os resultados sobre a orientação dada diretamente ao idoso, na Região Norte, 93% receberam e, na Região Sul, 87,2%. Dos eventos mais utilizados como forma de estratégia e inserção da pessoa idosa, os dados apontaram que a ESF possibilitou diversas estratégias, as mais realizadas, nas regiões Norte e Sul, foram as orientações individuais, com 87,5% e 100%, respectivamente. Em relação aos eventos menos usuais, na Região Norte, foram os materiais impressos (10%) e, na Região Sul, foram as festas (10%).

Quanto aos desafios reportados na distribuição, a Região Norte apresentou maior falta de recursos para distribuição (transporte, por exemplo), com prevalência de 22,9% nesta Região e de 6,4% na Região Sul. Já na questão sobre o desinteresse da Unidade de Saúde em receber as cadernetas, não houve diferenças significativas entre as regiões pesquisadas (27,3% na Região Norte e 19,15% na Região Sul).

Em relação ao extravio de cadernetas, esse foi encontrado apenas na Região Norte, 6,45%. As duas regiões informaram ampla distribuição da caderneta, chegando a 100% na Região Norte e 97,9% na Região Sul (Tabela 4).

Tabela 4 – Caracterização dos municípios das Regiões Norte e Sul relação às estratégias de distribuição da Caderneta do Idoso, Brasil – 2020

Variáveis	NORTE n (%)	SUL n (%)	p valor
Status da distribuição			
Não	0 (0)	1 (2,1)	1,000*
Sim	43 (100)	47 (97,9)	
Tipo de atenção em saúde envolvidos: Estratégia Saúde da Família			
Não	4 (14,3)	1 (3,0)	0,170*
Sim	24 (85,7)	32 (97,0)	
Tipo de atenção em saúde envolvidos: Atenção Domiciliar			
Não	20 (71,4)	19 (57,6)	0,296**
Sim	8 (28,6)	14 (42,4)	
Tipo de atenção em saúde envolvidos: Unidade Básica de Saúde			
Não	11 (39,3)	17 (51,5)	0,441**
Sim	17 (60,7)	16 (48,5)	
Tipo de atenção em saúde envolvidos: Programa de ACS			
Não	15 (53,6)	29 (87,9)	0,004*
Sim	13 (46,4)	4 (12,1)	
Estratégia de distribuição: Visita Domiciliar de médico ou enfermeiro			
Não	11 (45,8)	16 (61,5)	0,395**
Sim	13 (54,2)	10 (38,5)	
Estratégia de distribuição: Visita Domiciliar de ACS			
Não	9 (37,5)	7 (26,9%)	0,547**
Sim	15 (62,5)	19 (73,1)	
Estratégia de distribuição: Consulta de Enfermeiro			
Não	6 (25)	9 (34,6)	0,545**
Sim	18 (75)	17 (65,4)	
Estratégia de Distribuição: Consulta médica			
Não	18 (75)	11 (42,3)	0,025**
Sim	6 (25)	15 (57,5)	

Variáveis	(Conclusão)		
	NORTE n (%)	SUL n (%)	p valor
Estratégia de Distribuição: Auxiliar de Enfermagem			
Não	14 (58,3)	16 (61,5)	1,000**
Sim	10 (41,7)	10 (38,5)	
Tipo de evento de distribuição: campanha vacinal			
Não	6 (50)	6 (60)	0.691**
Sim	6 (50)	4 (40)	
Tipo de evento de distribuição: Festa da comunidade			
Não	9 (75)	9 (90)	0,594**
Sim	3 (25)	1 (10)	
Tipo de evento de distribuição: Grupos de convivência de idosos			
Não	6 (50)	4 (40)	0,691*
Sim	6 (50)	6 (60)	
Tipo de evento de distribuição: Evento específico realizado para a distribuição			
Não	5 (41,7)	7 (70)	0,231*
Sim	7 (58,3)	3 (30)	
Orientação da pessoa idosa			
Não	0 (0,0)	3 (6,4)	0,399*
Sim	40 (93)	41 (87,2)	
Não Sabe	3 (7,0)	3 (6,4)	
Modo de orientação à pessoa idosa: individual			
Não	5 (12,5)	0 (0)	0,026*
Sim	35 (87,5)	41 (100)	
Modo de orientação à pessoa idosa: Impresso			
Não	36 (90)	37 (90,2)	1,000*
Sim	4 (10)	4 (9,8)	
Modo de orientação à pessoa idosa: palestra			
Não	12 (30)	26 (63,4)	0,004**
Sim	28 (70)	15 (36,6)	

* Teste Exato de Fisher; ** Teste Qui-quadrado. Nível de significância $p \leq 0,05$

Fonte: Dados da pesquisa

DISCUSSÃO

Os resultados do presente estudo indicaram que em relação a implementação da caderneta, a ESF foi a estratégia mais utilizada, seguida pelo atendimento em Unidade Básica de Saúde, atenção domiciliar e PACS.

Na região Norte, houve mais utilização da estratégia do PACS do que a região Sul, ao passo que, nessa, a distribuição por meio da consulta médica foi mais prevalente. Na Região Norte, mesmo diante da escassez de condições estruturais, a caderneta foi amplamente implantada, o que pode se associar ao engajamento dos ACS.

Em ambas as regiões, a orientação individual à pessoa idosa para o uso da caderneta foi a mais usual. Contudo, chama a atenção o fato de, na Região Norte, os responsáveis técnicos pela saúde da pessoa idosa referiram ter realizado mais palestras para orientação do que na Região Sul. Nesse sentido, os achados sugerem a necessidade de investimentos educacionais voltados para a sensibilização e educação dos profissionais da APS, bem como ao fortalecimento da ESF e destinação de recursos para implementação da Caderneta, especialmente na região Norte do país^{14,15}.

Quanto ao tempo de gestão, a maioria dos participantes referiu estar no cargo entre um e três anos, o que pode inviabilizar ações a médio e longo prazo para a execução das políticas nos territórios investigados. Nesse sentido, esses dados corroboram com Lorenzetti *et al.*¹⁶ ao discutir as dificuldades de implementação das políticas públicas da saúde pela gestão pública, as descontinuidades das ações quando essas deveriam se pautar em uma agenda continuada e para além de projetos de governo. Na Administração Pública a gestão passa a ocorrer com a conveniência e pode acarretar a pessoalidade da gestão e fuga dos preceitos constitucionais para execução das ações¹⁷.

Sobre à capacitação profissional, a modalidade presencial foi mais utilizada para o treinamento da equipe multiprofissional em ambas as regiões e os profissionais enfermeiros tiveram maior participação, com 62,8%, na Região Norte, e 45,8%, na Região Sul, em seguida, a capacitação do ACS foi de 46,5% e 37,5%, respectivamente, já o profissional menos treinado, em ambas as regiões, foi o auxiliar de enfermagem com 14% e 10,4%, respectivamente. Essa estratégia relativa à formação continuada dos profissionais da saúde nas regiões investigadas para o correto preenchimento da caderneta traz, em seu escopo, a educação permanente em saúde (EPS) a qual visa uma mudança institucional, sistemática e global advinda da mudança na implementação dos processos de integração ensino-serviço-comunidade¹⁸.

A esse novo enfoque educacional dos profissionais da saúde, o SUS vem promovendo, por meio da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde^{19,20} (PNEPS), regulamentada em 2004 (Portaria GM/ MS nº 198) e aprimorada pela Portaria GM/MS nº 1.996, de 2007, a acessibilidade dos trabalhadores da saúde à formação continuada objetivando estimular, acompanhar e fortalecer a qualificação profissional desta área e favorecer a resignificação das práticas de saúde mais regionalizadas e locais, bem como dos espaços coletivos de trabalho melhorando a ESF na APS ao desenvolver iniciativas qualificadas para o combate às insuficiências do sistema nacional de saúde^{19,20}.

Essas ações tornam-se vitais diante da necessidade de qualificar e sensibilizar os profissionais para avaliação multidimensional da pessoa idosa por meio da caderneta. No estudo realizado por Schmidt *et al.*²⁰ sobre as dificuldades encontradas na implantação da Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa em um município do Rio Grande do Sul foram relatadas limitações e barreiras impostas à efetividade na distribuição, manuseio e na orientação fornecida pelos profissionais durante as visitas domiciliares. Foram limitantes o desconhecimento do significado prático do preenchimento da caderneta como ferramenta multifuncional e apenas protocolar; a visão errônea de esta tarefa ser específica do profissional enfermeiro; dificuldades para realizar as visitas domiciliares devido às práticas burocrático-institucionais e desconhecimento acerca da especificidade no cuidado e atenção à saúde do idoso.

Contudo, programas de formação sobre a caderneta ainda são desafiadores por dependerem de fatores externos às Unidades Básicas de Saúde e pela conjunção de fatores motivacionais relacionados à gestão de recursos. Em programa de formação de alunos vinculados ao Programa Mais Médicos brasileiro e cubano, verificou-se que o recebimento da Caderneta foi um dos pontos menos avaliados positivamente pelo programa¹¹. Tal avaliação pode estar relacionada ao desconhecimento por parte dos profissionais das especificidades que envolvem o cuidado à pessoa idosa, e do foco em ações curativas, contrárias as indicações de cuidado dirigidas às pessoas com condições crônicas¹².

No que se refere à distribuição da caderneta nas regiões investigadas, os dados apresentados indicam a boa cobertura da ESF como essencial, seguida pela atuação do ACS. Contudo, analisando-se a cobertura nacional, mesmo na Região Sul, comprovadamente muito mais efetiva e assistida, essa ainda está aquém de ser considerada como de excelência. Nesse contexto, ampliar e fortalecer a cobertura da ESF pode trazer respostas promissoras à Política Nacional de Educação Popular em Saúde.

Quanto ao ACS, pesquisa realizada em comunidade vulnerável do município de São Paulo, detectou a importância desse profissional nas visitas domiciliares e acompanhamento *in loco* do idoso por estabelecer laços afetivos e de confiança e por conhecer o ambiente de convivência e familiar dos idosos assistidos²¹. Assim, a atuação do ACS revela-se como excelente estratégia de tecnologia leve de saúde, com implicações para o acolhimento, acompanhamento e vinculação do usuário à unidade de saúde. Corroborar com esta afirmação a prática de capacitação com a relatada por Albuquerque²² ocorrida na Unidade Básica de Saúde (UBS) de Ananindeua/PA no ano de 2019. Os ACS foram convocados e receberam treinamento quanto a fisiologia e adoecimento dos idosos e a importância da Caderneta de saúde da pessoa idosa.

Nesse contexto, a atuação do ACS foi mais evidente na Região Norte do país, o que pode indicar diferenças culturais, estruturais, e otimização dos recursos humanos para alcançar as

metas delineadas pelos responsáveis técnicos pela saúde da pessoa idosa e pelas ações programáticas de saúde²³. Na Região Sul, houve mais distribuição de cadernetas realizada durante as consultas médicas do que na Região Norte (57,5% e 25%, respectivamente).

Quanto à cobertura da ESF e ABS em relação ao porte dos municípios, verificou-se maior cobertura nos portes pequenos/rurais e os resultados coadunaram aos encontrados nos estudos de Fassa *et al.*¹¹ e de Garnelo *et al.*²³, e ambos referiram que as estratégias foram melhor desenvolvidas no público-alvo de unidades de saúde de pequeno porte do que nas UBS de maior porte. Outra importante observação trata-se da análise espacial e geográfica relativa à configuração dos municípios da Região Norte em questões de distância, acessibilidade e de transporte à população de áreas rurais e ou ribeirinhas, quando os usuários têm de arcar com o ônus do transporte

O índice de extravio de cadernetas, na Região Norte, pode ser explicado pelos entraves de acesso aos municípios por questões de isolamento geográfico da região e justifica-se o isolamento pelo fato de a região ser cortada por rios e afluentes, tendo o meio de transporte fluvial como única possibilidade, em alguns casos, com tempo de viagem de um município a outro superar mais de 15 dias²⁴. Associam-se às dificuldades apresentadas a falta de recursos quanto à dissipação das cadernetas às demais UBS's, por requerer recursos os quais podem ser escassos no âmbito municipal.

Estudo realizado em cinco UBS's de municípios do interior de São Paulo sobre a implantação da PNSPI e aplicação da caderneta, identificou a ausência de planejamento estratégico de ações em Planos Municipais da Saúde e falta de inclusão de política específica ao atendimento da pessoa idosa, e as ações sobre utilização da caderneta do idoso foram incipientes e funcionavam como instrumento de registro dos dados²⁴. No presente estudo, é possível que a adesão voluntária ao Programa de Implementação das Cadernetas tenha modulado o interesse na implantação e no acompanhamento desse, e se propõe ser investigado em estudos futuros.

Em síntese, o incentivo à educação na saúde e à formação continuada podem ser elementos chave para melhoria da gestão da saúde, de forma a operacionalizar as políticas e instrumentos para mensuração da saúde da pessoa idosa. Para isso, um dos desafios é articular o projeto de governo do território às ações e às estratégias de saúde delineadas em nível federal pelo Ministério da Saúde, de forma que possam ser efetivamente aplicadas. Isso porque os resultados indicam que a implantação da Caderneta envolveu recursos humanos, as tecnologias de atenção em saúde disponíveis e a articulação da rede de atenção à pessoa idosa.

Uma das limitações da pesquisa consistiu de que os respondentes foram responsáveis técnicos em saúde da pessoa idosa, e isto pode ter super estimado os resultados associados a implantação e estratégia de distribuição das cadernetas. Também, considera-se como limitação

a pouca participação na capacitação do auxiliar de enfermagem devido à decisão do Conselho Federal de Enfermagem²⁵ de substituir gradativamente essa categoria profissional e nivelá-la a de técnico de enfermagem até a inexistência da primeira categoria. Esse fato pode ter suprimido a variável dessa categoria justificando o baixo quantitativo.

Apesar dessas questões, o presente trabalho oferta caminhos para análise da complexidade da implementação da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. Neste contexto, novos estudos justificam-se, como sugestão pesquisas de análise dos fluxos de gestão, integração das unidades de saúde, variabilidades regionais, instrução, formação e capacitação na assistência à saúde da pessoa idosa.

Conclui-se que os municípios da Região Norte, mesmo apresentando mais dificuldades, apresentaram maior comprometimento na gestão em saúde da pessoa idosa em buscar concretizar as ações as quais fortaleçam e promovam a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. A implantação da caderneta de saúde da pessoa idosa envolve desafios operacionais, técnicos e humanos.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.528, de 19 de outubro de 2006. Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. Diário Oficial da União, Brasília, 2006. [acesso em 2022 fev 16]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt2528_19_10_2006.html
2. Brasil. Portaria n. 399/GM, de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. [acesso em 2022 fev. 9]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0399_22_02_2006.html
3. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº10.741, de 01 de outubro de 2003. Estatuto do Idoso. Brasília: Diário Oficial da União, 2003. [acesso em 2022 fev. 10]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estatuto_idoso_3edicao.pdf
4. Brasil. Ministério da Saúde. Caderneta de saúde da pessoa idosa. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. [acesso 2022 fev. 10]. Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/secretarias/sas/daet/saude-da-pessoa-idosa>
5. Brasil. Ministério da Saúde. Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa. 5. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2018. [acesso 2022 fev. 16]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderneta_saude_pessoa_idosa_5ed.pdf
6. Brasil. Ministério da Saúde. Manual para utilização da Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa. Brasília: Ministério da Saúde, 2018. [acesso 2022 fev. 16]. Disponível em: <https://www.saude.gov.br/images/pdf/2019/abril/05/manual-utilizacao-cadernetapessoa-idosa--9-.pdf>
7. Brasil. Manual para utilização da Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa. Brasília: Ministério da Saúde, 2016. [acesso 2022 fev. 16]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_utilizacao_caderneta_pessoa_idosa.pdf

8. Santos GS *et al.* Implementação da Caderneta do Idoso como tecnologia do cuidado em enfermagem na atenção básica: Relato de Experiência. VI CIEH [internet]. 2019. Disponível em:
https://editorarealize.com.br/editora/anais/cieh/2019/TRABALHO_EV125_MD1_SA6_ID1041_24052019212801.pdf
9. Ramos LV, Osório NB, Neto LS. Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa na Atenção Primária: Uma Revisão Integrativa. Rev Human Inov, [internet]. 2019. [acesso em 2022 jan 21]; 6(2).2. Disponível em: <https://revista.unitins.br/index.php/humanidadeseinovacao/article/view/1008>
10. Meier JG Implantação da Caderneta de Saúde do Idoso em uma comunidade da zona rural. EAEX Conex 2019 [internet], 2019. Disponível em:
https://siseve.apps.uepg.br/storage/eaexconex2019/156_Joyce_Grabher_Meier-156297154764632.pdf
11. Fassa MEG *et al.* Atenção a pessoas idosas: desempenho de intervenções conduzidas por profissionais do Mais Médicos. Interf Com Pesq [internet], 2019. [acesso 2022 jan 21]; 23:e170795. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/Interface.170795>
12. Santos SC, Tonhom SFR, Komatsu R. Saúde do idoso: reflexões acerca da integralidade do cuidado. Rev Bras Promoç Saúde [internet], 2019. [acesso 2022 jan 21]; Supl. 29:118-27. Disponível em: <https://doi.org/10.5020/18061230.2016.sup.p118>
13. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Síntese de Indicadores Sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira. Est e pesq: Inform Dem e Sociodem [internet], 2013 [acesso 2022 jan 31]; 32. Disponível em:
<https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv66777.pdf>.
14. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. Radar IDHM. Evolução do IDHM e de seus Índices componentes no período de 2012 a 2017. Brasília: IPEA; 2019. Disponível em:
http://www.ipea.gov.br/portal/index.php?option=com_content&view=article&id=34682
15. Neves RG, Flores TR, Duro SMS, Nunes BP, Tomasi E. Tendência temporal da cobertura da Estratégia Saúde da Família no Brasil, regiões e Unidades da Federação, 2006-2016. Epidemiol. Serv. Saúde [internet]. 2018 [acesso 2022 fev 15]; 27:e2017170. Disponível em:
<https://doi.org/10.5123/S1679-49742018000300008>
16. Lorenzetti J, Lanzoni GMM, Assuitti LFC, PiresDEP, Ramos FRS. Health management in Brazil: dialogue with public and private managers. Texto Contexto Enferm [internet] 2014 [acesso 2022 fev 15]; 23:417-25. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0104-07072014000290013>
17. Araujo AWS, Souza KMN. A Continuidade e a descontinuidade de Políticas Públicas na Gestão Municipal de Petrolina-PE. Rev. Id online Multidisc. Psico [internet]. 2019 [acesso 2022 fev 15]; 13:282-301, 2019. Disponível em:
<https://idonline.emnuvens.com.br/id/article/view/1843>
18. Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Educação Permanente em Saúde: o que se tem produzido para o seu fortalecimento? Brasília: Ministério da Saúde, 2018. Disponível em:
https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_educacao_permanente_saude_fortalecimento.pdf
19. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria no 399. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 — Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. Disponível em:
https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0399_22_02_2006.

20. Schmidt A *et al.* Preenchimento da Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa: relato de experiência. SANARE [internet] 2019 [acesso 2022 fev 17]; 18:98-106. Disponível em: <https://sanare.emnuvens.com.br/sanare/article/view/1310>
21. Assis AS, Castro-Silva CR. Agente comunitário de saúde e o idoso: visita domiciliar e práticas de cuidado. Physis [internet] 2018 [acesso 2022 fev 18]; 28:e280308. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312018280308>
22. Albuquerque MRTC *et al.* Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa: Qualificando Agentes Comunitários de Saúde. Braz J of Health Rev [internet]. 2020 [acesso 2022 mar 15]; 3(5):13315-24. Disponível em: <https://www.brazilianjournals.com/index.php/BJHR/article/view/17259>
23. Garnelo L, Lima JG, Rocha ESC, Herkrath FJ. Acesso e cobertura da Atenção Primária à Saúde para populações rurais e urbanas na região norte do Brasil. Saúde Debate [internet]. 2018 [acesso 2022 mar 16]; 42:81-9. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-11042018S106>
24. Damaceno MJCF, Chirelli MQ. Implementação da Saúde do Idoso na Estratégia Saúde da Família: visão dos profissionais e gestores. Ciênc saúde colet [internet] 2019 [acesso 2022 mar 18]; 24:1637-46. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018245.04342019>
25. Conselho Federal de Enfermagem. Parecer nº 089/16, Processo Administrativo COFEN n 788/2015. Ementa: OE 16. Requerimento do SINDSEP – Possibilidade de Migração/Transformação dos Profissionais Auxiliares de Enfermagem para Técnicos de Enfermagem. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/parecer-de-conselheiro-n-0892016_45904.html

Artigo recebido em abril de 2022

Versão final aprovada em fevereiro de 2023