

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE ODONTOLOGIA

ROBERTO LUZ PRETTO

AVALIAÇÃO DA ADEQUAÇÃO DAS ESTRUTURAS FÍSICAS, SINALIZAÇÃO E
EQUIPES DAS UNIDADES DE SAÚDE ÀS NECESSIDADES DAS PESSOAS IDOSAS EM
UMA GERÊNCIA DISTRITAL DE PORTO ALEGRE, RS.

Porto Alegre

2012

ROBERTO LUZ PRETTO

AVALIAÇÃO DA ADEQUAÇÃO DAS ESTRUTURAS FÍSICAS, SINALIZAÇÃO E
EQUIPES DAS UNIDADES DE SAÚDE ÀS NECESSIDADES DAS PESSOAS IDOSAS EM
UMA GERÊNCIA DISTRITAL DE PORTO ALEGRE, RS.

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Graduação em Odontologia da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para a obtenção do título de Cirurgião-Dentista.

Orientador: Prof. Dr. Fernando Neves Hugo

Porto Alegre

2012

CIP- Catalogação na Publicação

Pretto, Roberto Luz

Avaliação da adequação das estruturas físicas, sinalização e equipes das unidades de saúde às necessidades das pessoas idosas em uma gerência distrital de Porto Alegre, RS / Roberto Luz Pretto. – 2012.

43 f. : il.

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Faculdade de Odontologia, Curso de Graduação em Odontologia, Porto Alegre, BR-RS, 2012.

Orientador: Fernando Neves Hugo

1. Acessibilidade aos serviços de saúde. 2. Assistência a idosos. 3. Estruturas de acesso. 4. Assistência integral à saúde. I. Hugo, Fernando Neves. II. Título.

Elaborada por Ida Rossi - CRB-10/771

AGRADECIMENTOS

Primeiramente, gostaria de agradecer a Deus pela oportunidade de ser uma pessoa privilegiada por ter muita saúde para buscar meus objetivos e realizar meus sonhos.

Aos meus pais, por fornecer todo suporte necessário para a realização dessa conquista.

À minha irmã, com a qual dividi esses últimos dois anos e meio de graduação, sempre me auxiliando e dando apoio em minhas decisões.

A meus familiares, pelo carinho e incentivo para realizar esse sonho.

A meus grandes amigos que, embora não sejamos filhos de mesma mãe, certamente são irmãos de coração e que sempre estiveram ao meu lado.

À doutoranda Aline, pela incrível capacidade de não medir esforços para ajudar e que, além de uma grande amiga, certamente tornou-se uma “mãezona” para mim.

Às minhas colegas Júlia Dotto e Gabriela Ávila, por terem sido excelentes colegas de pesquisa e que, sem a ajuda delas, esse trabalho teria sido muito mais árduo.

Ao Prof. Dr. Fernando Neves Hugo, por todo o apoio e por ter aceitado o convite de orientar meu trabalho, agradeço todas as oportunidades concedidas no CPOS, bem como todos os ensinamentos que foram passados por essa pessoa incrível.

À Prof. Dr. Juliana Balbinot Hilgert, Otávio D`Ávila, Matheus Neves e demais integrantes do CPOS pelo companheirismo, ensinamentos, apoio e demais orientações.

A todos os demais colegas de graduação pelos excelentes momentos vividos dentro de nossa faculdade.

RESUMO

PRETTO, Roberto Luz. **Avaliação da adequação das estruturas físicas, sinalização e equipes das unidades de saúde às necessidades das pessoas idosas em uma gerência distrital de Porto Alegre, RS.** 2012. 43 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Odontologia) – Faculdade de Odontologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2012.

Diante do envelhecimento populacional mundial, a Organização Mundial de Saúde (OMS), bem como, o Ministério da Saúde (MS) do Brasil, vem buscando adaptar-se a esta realidade através de políticas públicas capazes de promover o envelhecimento ativo e prover atenção à saúde voltada a necessidade da população idosa. A OMS propôs a adequação da Atenção Primária à Saúde as necessidades dos idosos. Desta forma, o objetivo deste estudo será avaliar a adequação de estruturas físicas e sinalização de todas as unidades de saúde da gerência distrital Partenon/Lomba do Pinheiro no município de Porto Alegre, inauguradas até início de 2011, bem como a adequação das equipes de saúde em relação às necessidades das pessoas idosas, segundo o que foi preconizado pela Organização Mundial de Saúde em 2008. O estudo possui delineamento transversal, e foram aplicadas listas de checagem para a auditoria do acesso e da sinalização em Centros de Atenção Básica/Primária da gerência distrital Partenon/Lomba do Pinheiro, além de alguns questionamentos sobre características das equipes de saúde quanto a adequação às necessidades das pessoas idosas. Estruturas físicas e sinalização foram categorizadas como inadequadas (abaixo de 50%), parcialmente adequadas (entre 50 e 99%) e adequadas (100%) conforme a quantidade de itens de acordo com o preconizado pela OMS. A adequação das equipes foi categorizada com respostas de sim e não. Os resultados apontaram que a maioria das unidades estão inadequadas – 57,9% - tanto nas questões estruturais, quanto nas sinalizações. Quando comparadas Unidades de Saúde da Família (USF) e Unidade Básica de Saúde (UBS), as USFs apresentaram melhores resultados no que diz respeito à estruturas físicas, sinalizações, capacitação dos profissionais em atenção a saúde do idoso, presença de atividades em grupos e agendamento por telefone – direito garantido por lei no município de Porto Alegre. Fazendo uma análise sobre os dados obtidos, há diferenças entre o que é preconizado pela OMS, no que diz respeito à adequação de estruturas físicas e sinalização, e a real situação das unidades de saúde presentes nos distritos. Esses achados apontam para limites importantes na acessibilidade dos usuários aos serviços de saúde, sugerindo que esses representam uma barreira importante na busca pelo cuidado. Como as USFs apresentaram melhores resultados, sugere-se que essas estão mais adequadas para o atendimento da população idosa.

Palavras-chave: Acessibilidade aos serviços de saúde. Assistência a idosos. Estruturas de acesso. Assistência integral à saúde.

ABSTRACT

PRETTO, Roberto Luz. **Adequacy assessment of physical structures, signaling, and preparation of health teams to the necessities of the elderly in a district management located in Porto Alegre, RS.** 2012. 43 f. Final Paper (Graduation in Dentistry) – Faculdade de Odontologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2012.

Given the aging population worldwide, the World Health Organization (WHO) and the Ministry of Health in Brazil, has been trying to adapt to this reality through public policies that promote active aging and provide health care facing the need of the elderly people. The WHO proposed the adequacy of primary care needs of the elderly. Thus, the aim of this study is to assess the adequacy of physical structures and signaling of all health units in the district management Partenon/Lomba do Pinheiro in Porto Alegre, inaugurated by early 2011, as well as the adequacy of health teams to the needs of older people, according to what was recommended by the World Health Organization in 2008. The study has a cross-sectional, checklists were applied to audit access and signaling in Primary Care Centres / Primary of the management district Partenon/Lomba do Pinheiro, plus some questions about characteristics of health professionals as to the adequacy needs of older people. Physical structures and signaling were categorized as inadequate (below 50%), partially adequate (between 50 and 99%) and adequate (100%) as the number of items in accordance with the recommendations by WHO. The adequacy of the teams was categorized with yes and no answers. The results showed that most units are inadequate - 57.9% - both on structural issues, as the signals. Compared Family Health Units (FHUs) and Basic Health Units (BHUs), the FHUs showed better results with regard to physical structures, signage, training of professionals in the health care of the elderly, the presence of group activities and schedule by phone - right guaranteed by law in the city of Porto Alegre. Making an analysis of the data obtained there are differences between what is advocated by the WHO, regarding the appropriateness of physical structures and signaling, and the actual state of health facilities in these districts. These findings points to important limits on accessibility to health services, suggesting that they represent a major hurdle in the quest for care. FHUs showed better results, and it is suggested that these are more appropriate for the care of the elderly.

Keywords: Health services accessibility. Old age assistance. Architectural accessibility. Comprehensive health care

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Distribuição de frequências gerais dos parâmetros das listas de checagem	21
Tabela 2 - Avaliação das diferenças entre às estruturas físicas de USF e UBS.....	23
Tabela 3 - Avaliação das diferenças entre às sinalizações de USF e UBS.....	24
Tabela 4 - Avaliação das diferenças entre às características de equipe e funcionamento de USF e UBS.....	25

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

APS	Atenção Primária à Saúde
ESF	Estratégia Saúde da Família
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial de Saúde
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PSF	Programa Saúde da Família
RS	Rio Grande do Sul
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
USF	Unidade de Saúde da Família
WHO	World Health Organization

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	9
2	OBJETIVOS.....	11
2.1	OBJETIVO GERAL.....	11
2.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	11
3	REVISÃO DE LITERATURA.....	12
3.1	SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE.....	12
3.2	ATENÇÃO PRIMÁRIA A SAÚDE E ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA...	13
3.3	POLÍTICAS DE ATENÇÃO À SAÚDE DO IDOSO.....	13
3.4	ACESSIBILIDADE.....	16
4	MATERIAIS E METODO.....	18
4.1	CONSIDERAÇÕES ÉTICAS.....	18
4.2	DELINEAMENTO.....	18
4.3	CENSO.....	18
4.4	LOGÍSTICA.....	18
4.5	MEDIDAS.....	19
4.6	ANÁLISE.....	20
5	RESULTADOS.....	22
6	DISCUSSÃO.....	27
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	30
	REFERÊNCIAS.....	31
	ANEXO A - PARECER FINAL DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA.....	33
	ANEXO B - TERMO DE CIÊNCIA DO RESPONSÁVEL PELO LOCAL ONDE SERÁ REALIZADA A PESQUISA.....	34
	ANEXO C - TERMO DE COMPROMISSO DE UTILIZAÇÃO E DIVULGAÇÃO DOS DADOS.....	35
	ANEXO D – LISTA DE CHECAGEM DAS ESTRUTURAS FÍSICAS.....	36

1 INTRODUÇÃO

O acesso aos serviços de saúde sempre envolveu diversas instâncias capazes de dificultar ou até mesmo impedir o cuidado. Um exemplo disso são os problemas causados pela falta de dispositivos de acessibilidade para pessoas com dificuldades físicas e motoras, bem como a falta de adequação das estruturas físicas das unidades de saúde que permitam oferecer um atendimento de qualidade aos seus usuários. (UNGLERT, et al., 1987)

Os idosos representam uma parcela da população que apresenta dificuldade no acesso às unidades de saúde. Sabe-se que a população brasileira vem sofrendo um processo de envelhecimento, em virtude de aspectos tais como: i) baixa das taxas de natalidade, ii) mudanças comportamentais que resultam numa melhor qualidade de vida, e iii) transição epidemiológica de doenças infectocontagiosas para doenças crônico-degenerativas (PRATA, 1992). Com o aumento da longevidade da população brasileira, os idosos naturalmente apresentam uma maior prevalência de limitações físicas, que podem acarretar na necessidade de apoio por parte de outras pessoas para realização de suas atividades cotidianas, bem como de dispositivos, tais como, cadeira de rodas, muletas, entre outros. (SIQUEIRA et al., 2009)

Um fator que está associado à necessidade de melhoria da acessibilidade é a alta prevalência de quedas entre pessoas idosas. Segundo RIBEIRO et al., 2008, as quedas são frequentes nessa parcela da população e afetam diretamente a qualidade de vida desses indivíduos. A correta adequação dos ambientes físicos e estratégias de promoção de saúde devem ser estabelecidas para proporcionar um envelhecimento saudável e adequada qualidade de vida. (RIBEIRO et al., 2008)

Tais fatores são de extrema relevância e vem sendo observados e enfatizados por políticas públicas que tem como foco a atenção à saúde das pessoas idosas, tanto a nível global – Active Ageing, Toward Primary Health Care Age-Friendly – quanto a nível nacional – Política de Saúde do Idoso, Estatuto do Idoso, Pacto pela Vida, Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. Um destes documentos foi criado pela Organização Mundial de Saúde a fim de estabelecer uma política global que tivesse o objetivo de otimizar o cuidado dirigido a este grupo populacional na atenção primária, o chamado “AGE-FRIENDLY PRIMARY HEALTH CARE CENTRES TOOLKIT”. Esse manual reconhece o papel fundamental das equipes de atenção básica enquanto provedores de cuidado para idosos, bem como, estabelece alguns parâmetros para qualificar tal cuidado. Dentre estes estão protocolos de prevenção e manejo de agravos mais prevalentes e

listas de checagem que visam apontar dispositivos e atitudes necessários para que as unidades de saúde estejam totalmente adaptadas às necessidades da população idosa independente do grau de comprometimento físico, motor ou emocional que um indivíduo possa ter. (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2008)

Partindo desse pressuposto, as unidades de saúde devem se adequar às necessidades da população para oferecer uma melhor acessibilidade às pessoas idosas. Atualmente existem diversas barreiras arquitetônicas que acabam dificultando essa acessibilidade, como a presença de escadas, ausência de rampas, degraus muito altos, falta de barras de apoio, impedindo, dessa maneira, o exercício mais básico dos direitos de qualquer cidadão, o de deslocar-se livremente e com facilidade. (SIQUEIRA et al., 2009)

Desta forma, visando estabelecer qual a adequação das unidades de saúde quanto à acessibilidade, bem como a adequação da equipe de saúde nos cuidados com os idosos, esse estudo se propõe a avaliar as condições em que se encontram as unidades de saúde adscritas à Gerência Distrital Partenon/Lomba do Pinheiro no município de Porto Alegre, Rio Grande do Sul.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL:

Avaliar a adequação de estruturas físicas e sinalização de todas as unidades de saúde da gerência distrital Partenon/Lomba do Pinheiro no município de Porto Alegre, inauguradas até início de 2011, bem como a adequação das equipes de saúde em relação às necessidades das pessoas idosas.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- i) Descrever o perfil das equipes que trabalham nas unidades de saúde da gerência distrital Partenon/Lomba do Pinheiro no município de Porto Alegre, quanto a número de equipes, categorias profissionais dos trabalhadores e formação dirigida à saúde do idoso.
- ii) Descrever e comparar a adequação das estruturas físicas e da sinalização entre UBSs e USFs.
- iii) Descrever e comparar a presença de práticas relacionadas com a atenção integral e integrada, tais como, acesso prioritário, visitas domiciliares, atenção à saúde bucal, acesso de cadeirantes ao consultório odontológico e trabalho com grupos de idosos, entre UBSs e USFs.

3. REVISÃO DE LITERATURA

3.1 SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

O Sistema Único de Saúde (SUS) foi instituído na Constituição Federal de 1988 e implantado no início da década de 90, garantindo e ampliando, dessa maneira, o acesso universal da população aos serviços de atenção à saúde. A partir da criação do SUS, também foram definidos princípios e diretrizes para esse novo sistema. Os princípios doutrinários consistem em Universalidade – atendimento a todas as pessoas, sem restrições, disponibilizando toda atenção necessária, sem custos; Integralidade – garantir a oferta de todos os serviços à população, independentemente da condição social, idade, sexo e outros, sendo necessária a integração das especialidades disponíveis visando atingir essa meta – e Equidade – promover a justiça social, fornecendo atenção àquelas pessoas que mais necessitam, e, dessa maneira, diferenciando as necessidades de cada indivíduo. (BRASIL, 2000)

As diretrizes apontam para a participação comunitária, ocorrendo nas reuniões dos Conselhos e Conferências de Saúde, onde serão definidas e elaboradas estratégias para enfrentar os problemas de saúde existentes, bem como controlar a execução das políticas de saúde, a descentralização, que fornece aos municípios um maior controle sobre as ações e promoções de saúde ao nível local, conseguindo referenciar as prioridades de sua população, e a regionalização que, em conjunto com a descentralização, tem como objetivo garantir o direito a saúde para a população, reduzindo desigualdades sociais e territoriais. (BRASIL, 2000)

Dentre tais estratégias, está a orientação do sistema para a atenção primária à saúde (APS) e sua reestruturação, levando em consideração os princípios estabelecidos pela própria APS, que se constituem no primeiro contato, a longitudinalidade, a integralidade e a coordenação do cuidado. No final do ano de 2011, o Ministério da Saúde aprova a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), visando melhorar a qualidade da atenção provida nesse nível de atenção e reforçar o comprometimento governamental com as políticas de saúde. (BRASIL, 2010a)

3.2 ATENÇÃO PRIMÁRIA A SAÚDE E ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

Com a consolidação do Sistema Único de Saúde no Brasil, também foram definidas ações para garantir o acesso, tanto inicial, como o atendimento continuado dos usuários ao sistema de saúde. (BRASIL, 2010) Como foi dito no tópico anterior, a Atenção Primária a Saúde (APS) é o nível de atenção à saúde que busca atender a maioria dos problemas da população, promovendo o direito ao cuidado resolutivo através de alguns princípios - intersetorialidade, participação popular, sustentabilidade - e atributos - primeiro contato, integralidade, longitudinalidade, coordenação, orientação familiar e comunitária e competência cultural. (STARFIELD, 1992; SHI; STARFIELD; XU, 2001)

O Programa de Saúde da Família (PSF) foi consolidado como estratégia pelo Ministério da Saúde para reorientar a Atenção Primária a Saúde, buscando otimizar a provisão de serviços e os indicadores de saúde da população brasileira. No ano de 2006, com o Pacto de Gestão firmado entre as três esferas do governo (Ministério da Saúde, Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde), ficou estabelecido que a Saúde da Família seria a estratégia prioritária para o fortalecimento da APS e o seu desenvolvimento deve considerar as características de cada região. Caracterizada pela promoção da saúde, está centrada também no envolvimento com os hábitos familiares, visando favorecer escolhas saudáveis para essas pessoas, além de garantir a essas um cuidado interdisciplinar, proporcionando a atenção continuada e a integralidade. (BRASIL, 2008)

3.3 POLÍTICAS DE ATENÇÃO À SAÚDE DO IDOSO

Atualmente o envelhecimento da população faz parte da realidade mundial na maioria das sociedades, e estima-se que no ano de 2050 existam aproximadamente 2 bilhões de idosos vivendo no mundo. Esse envelhecimento da população se deve, principalmente, à diminuição das taxas de fecundidade e mortalidade, bem como do envelhecimento ativo da população. (BRASIL, 2006b)

A partir desse contexto, são necessárias estratégias governamentais para abranger essa parcela da população e proporcionar um envelhecimento digno e saudável para os todos os idosos.

Tais estratégias globais tiveram seu início formal no ano de 2002, quando a Organização Mundial de Saúde (OMS) lançou na Espanha, como contribuição para a Segunda Assembléia Mundial das Nações Unidas sobre envelhecimento, o Projeto *Envelhecimento Ativo*: uma política de saúde, visando otimizar as possibilidades de promoção de saúde, segurança e participação dos idosos buscando uma melhor qualidade de vida ao longo de suas vidas. (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2002.) No ano de 2004 é publicado, pela própria OMS, outro documento denominado *Toward PHC Age-Friendly*, com a proposta de dar diretrizes para que os formuladores de políticas públicas e gestores buscassem a adequação de serviços de atenção primária com o objetivo de atender adequadamente a população idosa, trabalhando em áreas específicas para buscar esse êxito: Informação, educação, comunicação, treinamento, sistema de gestão de assistência a saúde e adequação das estruturas físicas. (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2004)

Já no âmbito nacional, um dos primeiros movimentos que observamos em relação à construção de políticas públicas específicas para as pessoas idosas foi no ano de 1999, quando foi promulgada a *Portaria 1395*, que versava sobre a necessidade de adequação do SUS para poder dar conta da transição epidemiológica e dos altos custos que a saúde do idoso pode acarretar ao sistema de saúde. (BRASIL, 1999)

Em 2003, foi sancionada a lei do *Estatuto do Idoso*, assegurando, dessa forma, os direitos – entre eles à saúde – das pessoas com idade igual ou superior a 60 anos, garantindo aos idosos o acesso universal e igualitário, em conjunto articulado e contínuo das ações e serviços, para a prevenção, promoção, proteção e recuperação da saúde, incluindo a atenção especial às doenças que afetam preferencialmente os idosos. (BRASIL, 2003)

No ano de 2006, firma-se o *Pacto pela Vida*, estabelecendo a atenção à saúde do idoso como uma meta prioritária a ser alcançada no país. Um pacto estabelecido entre gestores da união, estados e municípios e norteado por diretrizes como a promoção do envelhecimento ativo e saudável, atenção integral, acolhimento preferencial, implantação de atenção domiciliar, entre outros. (BRASIL, 2006a.)

Nesse mesmo ano, foi promulgada a *Política Nacional de Saúde a Pessoa Idosa*. Tal documento vem como uma resposta que visa tirar as políticas do papel e estabelecer diretrizes que possam dar respostas efetivas e eficazes às necessidades e demandas de saúde da população idosa brasileira considerando a sua heterogeneidade e complexidade. Dentre tais diretrizes estão:

i) Atenção Integral e Integrada à Saúde da Pessoa; ii) a) promoção do envelhecimento ativo e saudável; iii) provimento de recursos capazes de assegurar qualidade da atenção à saúde da pessoa idosa; iv) formação e educação permanente dos profissionais de saúde do SUS na área de saúde da pessoa idosa; v) apoio ao desenvolvimento de estudos e pesquisas... A diretriz “Atenção Integral e Integrada” refere que:

...”A atenção integral e integrada à saúde da pessoa idosa deverá ser estruturada nos moldes de uma linha de cuidados, com foco no usuário, baseado nos seus direitos, necessidades, preferências e habilidades; estabelecimento de fluxos bidirecionais funcionantes, aumentando e facilitando o acesso a todos os níveis de atenção; providos de condições essenciais - infra-estrutura física adequada, insumos e pessoal qualificado para a boa qualidade técnica.”(BRASIL, 2006b)

Também em 2006, o Ministério da Saúde lança o *Caderno de Atenção Básica - nº 19*, sobre o envelhecimento e saúde da pessoa idosa. Tal documento estabelece protocolos e orienta os profissionais para a realização de um atendimento de qualidade a essa faixa etária da população, alerta sobre os riscos que essas pessoas possuem, bem como as peculiaridades quando ao atendimento. Propõe, também, a necessidade de adequação das estruturas físicas para facilitar a acessibilidade dessa parcela da população que, em muitos casos, apresentam comprometimento físico/motor e que acaba dificultando sua locomoção. (BRASIL, 2006b)

Por fim, em 2008, a Organização Mundial de Saúde propõe o *Primary Health Care – Age-Friendly Toolkit*, um documento amplo, com objetivos similares aos do Caderno Nº 19, ou seja, propõem-se a melhorar a resposta em relação aos cuidados em atenção primária de saúde dirigidos aos idosos, estabelecendo protocolos de atendimento e auxiliando os profissionais de saúde a realizarem essa atenção de forma correta e eficaz. Sabendo-se os principais agravos da geriatria, conseqüentemente, todos os profissionais de saúde devem trabalhar no diagnóstico e tratamento das doenças crônicas desses idosos e combater esses quatro grandes agravos: perda de memória, incontinência urinária, depressão e quedas/imobilidade. Conjuntamente a esse último grande agravo – quedas/imobilidade – e também a perda de memória (declínio cognitivo), o manual propõe normas de adaptação das unidades de saúde, elaborando um check-list composto por diversos parâmetros relacionados a própria estrutura física e sinalização das unidades de saúde, visando melhor atender as necessidades da população idosa, dentro de seus limites físicos e cognitivos. (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2008)

3.4 ACESSIBILIDADE

Acessibilidade é definida como possibilidade e condição de alcance, percepção e entendimento para a utilização com segurança e autonomia de edificações, espaço, mobiliário, equipamento urbano e elementos. (ABNT, 2001)

A preocupação com a acessibilidade às unidades de saúde é uma questão que vem ganhando grandes proporções a partir do momento que o número de indivíduos com dificuldades de locomoção tem aumentado substancialmente em nossa população, sendo esse aumento principalmente derivado do envelhecimento da população como um todo e a presença de grande quantidade de pessoas idosas. (SIQUEIRA et al., 2009)

No ano de 1975, a Assembleia Geral das Nações Unidas aprova a Declaração dos Direitos das Pessoas Portadoras de Deficiência, proclamando os direitos para essas pessoas. No Brasil, após essa Declaração, a Emenda Constitucional nº 12 é criada trazendo como metas melhorar as condições sociais dessas pessoas, promovendo educação especial, assistência a reabilitação e reinserção na vida econômica e social do país. (SIQUEIRA et al., 2009)

A partir desse momento, no ano de 1994, é criada a Norma Brasileira 9050 da Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT/NBR 9050/1994), a qual relata que promover a acessibilidade no ambiente construído é proporcionar condições de mobilidade, com autonomia e segurança aos usuários, eliminando as barreiras arquitetônicas e urbanísticas nas cidades, nos meios de transportes e de comunicação. (ABNT, 2001) No ano de 2006, foi publicado um artigo que teve como objetivo mapear as barreiras arquitetônicas encontradas no acesso aos serviços de saúde, de acordo com a norma citada anteriormente, e que elas acabam dificultando ou impedindo a acessibilidade dos usuários. (VASCONCELLOS; PAGLIUCA, 2006.)

As barreiras arquitetônicas são constituídas por toda e qualquer estrutura capaz de dificultar ou impedir o exercício de um indivíduo deslocar-se livremente e com facilidade. Essas barreiras consistem em presença de escadas, degraus muito altos, ausência de rampas e barras de apoio, entre outros, dificultando principalmente pessoas com limitações temporárias, idosos e portadores de deficiência. Tratando-se dos espaços destinados aos cuidados à saúde, essa é uma dificuldade encontrada em unidades de saúde – sendo estas inadequadas às necessidades dos usuários. (SIQUEIRA et al., 2009)

A partir das necessidades impostas pelas regulamentações das normas de acessibilidade,

em 2006, o Ministério da Saúde lança o “Manual de Estrutura Física das Unidades Básicas de Saúde” visando orientar os profissionais e gestores quanto ao planejamento e elaboração de projetos para construção ou reforma de uma unidade básica de saúde, de acordo com princípios estabelecidos previamente e buscando adequar da melhor maneira possível a disposição da unidade, proporcionando dessa forma uma melhor acessibilidade por parte dos usuários e uma melhor qualidade no atendimento prestado. (BRASIL, 2006c)

Sendo o envelhecimento populacional uma questão que envolve não somente nosso país, mas o mundo de um modo geral, a Organização Mundial de Saúde, no ano de 2008, lança o *Primary Health Care – Age-Friendly Toolkit*, documento destinado aos cuidados com a saúde dos idosos, que, conjuntamente, propõe normas para estabelecimento de unidades de saúde, compreendendo quesitos como acessibilidade, disposição da unidade, presença de rampas, barras de apoio, sinalização dos ambientes, entre outros, buscando, dessa maneira, estabelecer um padrão que facilite a vida de todos os usuários e profissionais que utilizam e trabalham nas unidades básicas de saúde. (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2008)

4 MATERIAIS E METODO

Avaliação da adequação das estruturas físicas, da sinalização das áreas e das equipes de saúde das Unidades de Atenção Básica/Unidades de Saúde da Família na gerência distrital Partenon/Lomba do Pinheiro, no município de Porto Alegre, Rio Grande do Sul.

4.1 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

O projeto é derivado de uma pesquisa maior, intitulada:

AVALIAÇÃO DA ADEQUAÇÃO DE PROCESSOS E AMBIENTES FÍSICOS DA ATENÇÃO BÁSICA EM RELAÇÃO ÀS POLÍTICAS DE SAÚDE VOLTADAS ÀS NECESSIDADES DAS PESSOAS IDOSAS

Este projeto foi aprovado pelo Comitê de Pesquisa e Ética da Faculdade de Odontologia da UFRGS no dia 18/06/2009, ata nº 05/09, com o número do processo 15297. O mesmo foi financiado com recurso concedido pelo Edital FAPERGS 002/2009 - PPSUS 2008/2009.

4.2 DELINEAMENTO

Estudo transversal.

4.3 CENSO

Foram avaliadas todas as unidades de saúde de atenção primária que estão localizadas nos distritos sanitários que compõem a Gerência Lomba do Pinheiro/Partenon. De acordo com dados da própria gerência, em 2011, havia 19 unidades de saúde de atenção primária nesta área de abrangência, sendo 8 unidades básicas de saúde e 11 unidades de saúde da família, além de contar com uma população alvo de 200.000 moradores, sendo que a população idosa representa aproximadamente 13.000 indivíduos nessa gerência, segundo o censo do IBGE, 2010.

4.4 LOGÍSTICA

Inicialmente, foi feito um contato prévio com a Prefeitura Municipal de Porto Alegre para

a autorização da vistoria, bem como, contato com os profissionais e gestores das unidades de saúde para possíveis esclarecimentos e agendamento da vistoria que foi conduzida pelo pesquisador, através da aplicação das listas de checagem.

4.5 MEDIDAS

Foram utilizados os instrumentos desenvolvidos pela Organização Mundial da Saúde (WHO, 2008), baseado nos princípios de design universal:

- Ficha cadastral da unidade de saúde - contendo o nome do centro de saúde, o nome do coordenador, tempo decorrido desde o início do funcionamento da unidade de saúde, ou da última reforma realizada, e a data da auditoria.

- Lista de checagem para a auditoria do acesso em Centros de Atenção Básica/Primária. O instrumento é composto por 44 questões, a maioria de respostas simples (sim/não, ou valor absoluto de largura/altura), que são distribuídos da seguinte forma: (1) Acessibilidade ao transporte público (três questões), (2) Entrada (quatro questões sobre escadas e rampas de acesso e cinco questões sobre a acessibilidade a portas de entradas, quanto a cadeiras de rodas e obstáculos para pessoas com dificuldade de locomoção), (3) Estacionamento (duas questões), (4) Elevadores (quatro questões dirigidas a centros de saúde de maior porte com mais de um andar), (5) Telefone Público (uma questão), (6) Acesso e segurança dentro das unidades de saúde (nove questões sobre condições de circulação e segurança contra quedas e possíveis acidentes), (7) Banheiros (seis questões sobre acesso, segurança e conforto em relação aos banheiros), (8) Lugar para alimentação (três questões relacionados à disponibilidade de alimentos e água dentro das unidades de saúde ou próximas a elas), (9) Escadarias (quatro questões dirigidas a centros de saúde de maior porte com mais de um andar), (10) Corredores (três questões). (Vide Anexo D)

- Lista de checagem para a auditoria da sinalização dos Centros de Atenção Primária. O instrumento é composto por 20 questões, a maioria de respostas simples (sim/não, ou valor absoluto de largura/altura), que são distribuídos da seguinte forma: (1) Design da sinalização (nove questões sobre a forma e disposição dos sinais indicativos nas unidades de saúde), (2) Localização da sinalização (sete questões), (3) tamanho das letras dos sinais (uma questão), (4) identificação da equipe (três questões). (Vide Anexo D)

- O treinamento da equipe foi realizado, primeiramente, através da leitura do manual

Age-Friendly Primary Health Care Centres Toolkit, proposto pela OMS em 2008. Após, foi feita a análise do instrumento a ser utilizado na lista de checagem das unidades, seguindo, posteriormente, por um treinamento onde o instrumento foi utilizado nas locações da Faculdade de Odontologia da UFRGS. A medida de proporção altura/comprimento de rampas, presença e altura de corrimãos, largura de portas e corredores foram aferidas no mínimo três vezes, para avaliação de concordância de medidas entre os três examinadores que integrariam a equipe responsável pela coleta de dados. Concomitantemente a essas medições, as sinalizações também eram aferidas e, após o consenso entre os três participantes da equipe, era feita uma atribuição a tais itens.

- Visando a análise dos dados, um ponto foi atribuído a cada item das listas que estava adequado. Desta forma, os itens da cada lista de checagem foram somados para que um escore de cada lista fosse calculado, da mesma forma que um escore geral foi atribuído através da soma de todos os itens de ambas as listas. Foram consideradas “inadequadas”, em relação ao acesso e/ou sinalização, as unidades de saúde onde menos de 50% dos itens estava de acordo com o preconizado. Foram consideradas totalmente “adequadas”, as unidades onde todos os itens estavam conforme o preconizado. Aquelas que estavam entre 50 e 99% foram consideradas “parcialmente adequadas”.

- Questões adicionais- As seguintes questões foram integradas a avaliação das unidades de saúde: “Algum membro da equipe já realizou alguma capacitação/especialização sobre cuidados para com a saúde do idoso? Se sim, quantos?” De acordo com a distribuição as respostas foram categorizadas como: 0, 1 ou 2 ou mais; “Existe algum tipo de acesso facilitado para idosos? Se sim, qual?” Como todos que responderam “sim” referiram o agendamento por telefone, as respostas foram categorizadas como: possui ou não possui tal dispositivo de acesso; As próximas perguntas possuíam respostas dicotômicas do tipo “sim” ou “não”: “A unidade de saúde disponibiliza algum tipo de grupos de idosos para os seus usuários?”; “A equipe de saúde realiza visitas domiciliares a idosos acamados?”; “Há consultório odontológico na unidade de saúde em funcionamento?” Se sim, ele é acessível para cadeirantes?” (Vide Anexo D)

4.6 ANÁLISE

Ao final da tabulação de dados que foi realizada no programa SPSS, foi feita a análise

descritiva dos dados coletados através das medidas de tendência central e de dispersão, bem como análise de frequência. A análise estatística foi realizada no software SPSS 18.0.

5. RESULTADOS

De um total de 19 unidades de saúde avaliadas pertencentes à gerência distrital Partenon/Lomba do Pinheiro, 11 (58%) delas eram USFs e 8 (42%) eram UBSs, apresentando em média 47 meses desde a inauguração ou reforma. A maioria das unidades apresentava apenas um andar (73,7%). Em relação às estruturas físicas das unidades, a maioria das unidades de saúde estava parcialmente adequada nos seguintes domínios: telefone público 58%, p 63%, corredores 54%. Nos demais domínios, a maioria das unidades estava inadequada. Em relação à sinalização, a maioria das unidades estava parcialmente adequada ou adequada nos domínios: design 73,7% e identificação da equipe 57,9%, sendo que, nos outros domínios, a maioria das unidades encontrava-se inadequada. Num escore geral, as unidades mostraram-se predominantemente inadequadas (52,6 %) (Tabela 1).

Tabela 1. Distribuição de frequências gerais dos parâmetros das listas de checagem na gerência distrital Partenon/Lomba do Pinheiro em Porto Alegre, RS, 2011.

			(continua)
			N(%) m(dp)
<u>Características das Unidades</u>			
	Meses de Inauguração		46,58 (47,137)
	Andares	1	14 (73,7)
		2	4 (21)
		3	1 (5,3)
	Modelo de APS	UBS	8 (42,1)
		USF	11 (57,9)
<u>Estruturas Físicas</u>			
	Transporte	Inadequado	12 (63,2)
		Parcialmente Adequado	7 (36,8)
	Entrada	Inadequado	10 (52,6)
		Parcialmente Adequado	9 (47,4)
	Estacionamento	Inadequado	16 (84,2)
		Parcialmente Adequado	3 (15,8)

Tabela 1. Distribuição de frequências gerais dos parâmetros das listas de checagem na gerência distrital Partenon/Lomba do Pinheiro em Porto Alegre, RS, 2011

		(conclusão)
		N(%) m(dp)
<u>Estruturas Físicas</u>		
Elevador	Inadequado	5 (100)
Telefone Público	Inadequado	8 (42,1)
	Adequado	11 (57,9)
Planta	Inadequado	7 (36,8)
	Parcialmente Adequado	12 (63,2)
Banheiro	Inadequado	13 (68,4)
	Parcialmente Adequado	6 (31,6)
Lugar de comer	Inadequado	19 (100)
Escadarias	Inadequado	5 (100)
		9 (47,4)
Corredores	Inadequado	
	Adequado	10 (52,6)
		11 (57,9)
<u>Estruturas -Geral</u>		
	Inadequado	
	Parcialmente Adequado	8 (42,1)
<u>Sinalização</u>		
Design	Inadequado	5 (26,3)
	Adequado	14 (73,7)
Local	Inadequado	11 (57,9)
	Parcialmente Adequado	8 (42,1)
Tamanho	Inadequado	19 (100)
	Adequado	0 (0)
Identificação	Inadequado	8 (42,1)
	Parcialmente Adequado	7 (36,8)
	Adequado	4 (21,1)
<u>Sinalização Geral</u>		
	Inadequado	11 (57,9)
	Parcialmente Adequado	8 (42,1)
<u>Checagem Geral</u>		
Escore geral	Inadequado	10 (52,6)
	Parcialmente Adequado	9 (47,4)

Quando UBSs e USFs foram comparadas, quanto a estruturas físicas, no parâmetro “entrada na unidade”, proporcionalmente, um número maior de UBSs encontrava-se inadequada (62,5% UBSs X 45,5% USFs), da mesma forma que o observado para os seguintes parâmetros: “telefone público” (50% UBSs X 36,2 USFs), “planta” (50% UBSs X 27,3% USFs) e “banheiros” (87,5% UBSs X 54,5% USFs). Apenas no parâmetro “corredores” as UBSs foram superiores, 62,5% das UBSs e 45,5% das USFs estavam parcialmente adequadas. Considerando o escore geral, 62,5% das UBSs e 54,5% das USFs estavam inadequadas (Tabela 2).

Tabela 2. Avaliação das diferenças entre às estruturas físicas de USF e UBS na gerência distrital Partenon/Lomba do Pinheiro no município de Porto Alegre, RS, 2011..

		Modelo de APS	
		USF N(%)	UBS N(%)
Transporte	Inadequado	7 (63,6 %)	5 (62,5 %)
	Parcialmente Adequado	4 (36,4 %)	3 (37,5 %)
Entrada	Inadequado	5 (45,5 %)	5 (62,5 %)
	Parcialmente Adequado	6 (54,5 %)	3 (37,5 %)
Estacionamento	Inadequado	9 (81,8 %)	7 (87,5 %)
	Adequado	2 (18,2 %)	1 (12,5 %)
Elevador	Inadequado	1 (100 %)	4 (100 %)
Telefone Público	Inadequado	4 (36,4 %)	4 (50 %)
	Adequado	7 (63,6 %)	4 (50 %)
Planta	Inadequado	3 (27,3 %)	4 (50 %)
	Parcialmente Adequado	8 (72,7 %)	4 (50 %)
Banheiro	Inadequado	6 (54,5 %)	7 (87,5 %)
	Parcialmente Adequado	5 (45,5 %)	1 (12,5 %)
Lugar de comer	Inadequado	11 (100 %)	8 (100 %)
Escadarias	Inadequado	1 (100 %)	4 (100 %)
Corredores	Inadequado	6 (54,5 %)	3 (37,5 %)
	Parcialmente Adequado	5 (45,5 %)	5 (62,5 %)
Estruturas – Geral	Inadequado	6 (54,5 %)	5 (62,5 %)
	Parcialmente Adequado	5 (45,5 %)	3 (37,5 %)

Em relação ao design da sinalização, a maioria das unidades de saúde (73,7%) encontrava-se parcialmente adequada, sendo que dentre as adequadas à maioria era composta por USFs. O parâmetro “localização dos dispositivos de sinalização” estava inadequado na maioria

das unidades, principalmente dentre as UBSs (62,5%). O “tamanho das letras nos sinais” foi inadequado em 100% das unidades. Considerando a “identificação da equipe”, foi possível observar que apenas 18,2% das unidades de USF estavam inadequadas, ressaltando que 36,4% das USFs estavam totalmente adequadas. Por fim, quanto à sinalização geral das unidades de saúde, apenas 25% das Unidades Básicas de Saúde foram consideradas adequadas, já nas Unidades de Saúde da Família foi observado que 54,5% das unidades estavam com a sinalização adequada (Tabela 3).

Tabela 3. Avaliação das diferenças entre às sinalizações de USF e UBS na gerência distrital Partenon/Lomba do Pinheiro no município de Porto Alegre, RS, 2011.

		Modelo de APS	
		USF N(%)	UBS N(%)
Design	Inadequado	2 (18,2 %)	3 (37,5 %)
	Parcialmente adequado	9 (81,8 %)	5 (62,5 %)
Local	Inadequado	6 (54,5 %)	5 (62,5 %)
	Adequado	5 (45,5 %)	3 (37,5 %)
Tamanho	Inadequado	11 (100 %)	8 (100 %)
Identificação	Inadequado	2 (18,2 %)	6 (75 %)
	Parcialmente Adequado	5 (45,5 %)	2 (25 %)
	Adequado	4 (36,3 %)	0
Sinalização – Geral	Inadequado	5 (45,5 %)	6 (75 %)
	Parcialmente Adequado	6 (54,5 %)	2 (25 %)

Em relação aos profissionais de saúde que compõem as equipes, em sua grande maioria, observou-se a presença de médicos, enfermeiros, dentistas e técnicos de enfermagem. Quase todas UBSs apresentavam apenas uma equipe de saúde, já as USFs, em sua maioria, apresentaram duas equipes. Comparando os 2 tipos de modelo de atenção, nenhuma UBS apresentou agente comunitário de saúde, enquanto a maioria das USFs apresentou; havia um ou mais profissionais capacitados quanto ao manejo da saúde do idoso em 9 USFs (81,8 %) e em 5 UBSs (62,5 %). Em relação à presença de grupos para idosos, 90% das USFs e 50% das UBSs apresentavam essa atividade. Visitas domiciliares à acamados e agendamento de consultas por telefone foram práticas voltadas as necessidades das pessoas idosas observadas em praticamente todas as unidades de saúde (Tabela 4).

Quanto à presença de consultório odontológico, 63% das USFs e 75% das UBSs possuíam

um, sendo que nas que apresentavam o consultório, 28,6 % das USFs e 16,7% das UBSs não eram acessíveis para usuário cadeirantes (Tabela 4).

Tabela 4. Avaliação das diferenças entre às características de equipe e funcionamento de USF e UBS na gerência distrital Partenon/Lomba do Pinheiro no município de Porto Alegre, RS, 2011.

		Modelo de APS	
		USF N(%)	UBS N(%)
Nº Equipes	1	1 (9,2)	7 (87,5)
	2	8 (72,7)	1 (12,5)
	3	2 (18,2)	0
Nº Médicos	0 a 2	9 (81,8)	0
	3 ou mais	2 (18,2)	8 (100)
Nº Enfermeiros	1	1 (9,1)	6 (75)
	2 ou mais	10 (90,9)	2 (25)
Nº Dentistas	Não possui	4 (36,4)	0
	1 ou mais	7 (63,6)	8 (100)
Nº Téc. Enfermagem	2 a 4	8 (72,7)	0
	5 ou mais	3 (27,3)	8 (100)
Nº Téc./Aux. SB	Não possui	5 (45,5)	3 (37,5)
	1 ou mais	6 (54,5)	5 (62,5)
Nº ACS	Não possui	4 (36,4)	8 (100)
	4 ou mais	7 (63,6)	0
Capacitação em Atenção à Saúde do Idoso	0	2 (18,2)	3 (37,5)
	1 ou mais profissionais capacitados	9 (81,8)	5 (62,5)
Agendamento por telefone	Realiza	10 (90,9)	7 (87,5)
	Não realiza	1 (9,1)	1 (12,5)
Grupo para Idosos	Realiza	10 (90,9)	4 (50)
	Não realiza	1 (9,1)	4 (50)
Visitas domiciliares	Realiza	11 (100)	7 (87,5)
	Não realiza	0	1 (12,5)
Possui consultório odontológico	Sim	7 (63,6)	6 (75)
	Não	4 (36,4)	2 (25)
O Consultório é acessível para cadeirante	Sim	5 (71,4)	5 (83,3)
	Não	2 (28,6)	1 (16,7)

6. DISCUSSÃO

O presente estudo possui caráter inovador no que diz respeito à adequação das estruturas físicas, pois uma checagem das instalações das unidades e dispositivos que estão diretamente relacionados com a sinalização foi realizada em centros de saúde de dois distritos sanitários de Porto Alegre, os quais formam a Gerência Distrital Partenon/Lomba do Pinheiro, de acordo com o que foi preconizado pela OMS no ano de 2008, através do documento Primary Health Care – Age Friendly Centres Toolkit, destinado, em especial, para a população idosa. Após pesquisa realizada na literatura, não foram encontrados estudos semelhantes, com características similares ao estudo proposto.

Fazendo uma análise sobre os dados obtidos, há diferenças entre o que é preconizado pela OMS, no que diz respeito à adequação de estruturas físicas e sinalização, e a real situação das unidades de saúde presentes nos distritos verificados pela lista de checagem proposta pela própria entidade. Esses achados acabam apontando para limites importantes na acessibilidade dos usuários aos serviços de saúde, sugerindo que esses representam uma barreira importante na busca pelo cuidado.

A população brasileira apresenta uma parcela de aproximadamente 25 milhões de pessoas com deficiências, sejam motoras, mentais ou sensoriais. Nesse contexto, estão inseridas pessoas com incapacidades físicas, que acabam sendo prejudicadas pela falta de condições adequadas para acessibilidade aos serviços de saúde. Em um estudo realizado por Vasconcellos e Pagliuca, 2006, foram avaliadas as estruturas físicas de unidades de saúde em um município de médio porte, de acordo com o que é proposto pela NBR 90/50. Os resultados apontaram para a falta de adequação dos ambientes para uma fácil acessibilidade dos usuários portadores de deficiência, o que também se reflete no presente estudo, sendo, nesse caso, destinada a população idosa. As unidades verificadas mostravam-se, na sua grande maioria – 57,9% - inadequadas nas questões estruturais de acordo com o que é proposto pela OMS. Comparando os dois modelos assistenciais observados, as USFs apresentaram melhor resultado, sendo 45,5% consideradas parcialmente adequadas, contrastando com 37,5% das UBSs.

Outros agravos que a população idosa acaba sofrendo são a deficiência auditiva e visual. Segundo Fook e Morgan 2000, Picavet e Hoeymans 2002, Dunzhu et al. 2003 e Melese et al. 2003, a prevalência desses agravos aumenta de acordo com a idade dos indivíduos. Dessa

maneira, uma adequada sinalização das unidades de saúde, bem como identificação correta dos profissionais deve se fazer presente nos estabelecimentos para proporcionar uma melhor acessibilidade para os usuários. No presente estudo, foi evidenciado que a maioria das unidades encontrava-se inadequadas nesses parâmetros, totalizando 57,9%. Mais uma vez, fazendo uma comparação entre as USFs e UBSs, as unidades com Estratégia de Saúde da Família apresentaram-se parcialmente adequadas em 54,5%, enquanto as unidades básicas de saúde encontravam-se apenas 25% parcialmente adequadas.

Aliado a todas essas dificuldades – problemas de visão, escuta, deficiência motora – a procura e espera pelo atendimento acabam sendo obstáculos, também, na busca pelo cuidado por parte dos idosos. No ano de 2010, a Prefeitura de Porto Alegre sanciona a Lei Municipal 10.819, a qual estabelece a possibilidade de agendamento telefônico para pacientes idosos e para pessoas com deficiência já cadastradas nas unidades de saúde do município (BRASIL, 2010b). Na lista de checagem, foi observada esse tipo de oferta por parte das unidades de saúde, sendo que somente uma unidade de cada modelo assistencial não apresentou essa situação, mostrando que a Lei é cumprida, mas deve se estender para todas as unidades de saúde, facilitando o acesso aos serviços.

A atenção direcionada aos idosos nas unidades de saúde deve promover o melhor cuidado e favorecer essa parcela da população no que diz respeito a acessibilidade, além desse cuidado ser realizado por pessoas que estejam capacitadas para atender esse público alvo. O Estatuto do Idoso, sancionado no ano de 2003, determina que “as instituições de saúde devem atender aos critérios mínimos para o atendimento às necessidades do idoso, promovendo o treinamento e a capacitação dos profissionais, assim como orientação a cuidadores e familiares e grupos de auto-ajuda”. Nessa pesquisa, foi avaliada a capacitação dos profissionais das equipes de saúde em atenção a saúde do idoso, sendo que quase a totalidade das USFs (90,9%) apresentavam um ou mais profissionais capacitados, enquanto nas UBSs somente 62,5% apresentavam essas mesma condição. Quanto a presença de grupos para idosos, novamente as USFs mostraram um resultado bem superior as UBSs – 90,9% x 50%, sugerindo que, de certo modo, as USFs estão mais preparadas para ofertar cuidados e promover saúde nessa parcela da população.

Esse estudo apresenta limitações, como o fato de ser um estudo transversal, ou seja, representar a situação das unidades no momento da checagem das estruturas (final de 2011), o que pode não ser a realidade nesse momento. Outros fatores que podem influenciar são a questão

dos distritos sanitários estarem passando por transformações e melhorias nas condições das unidades, bem como tratar apenas da situação real de dois distritos sanitários de Porto Alegre, o que não, necessariamente, pode representar a situação atual do município. Futuramente, uma nova checagem pode ser realizada para comparar e verificar se houve melhorias nos aspectos referentes a esses dois distritos.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Por fim, após a verificação das unidades de saúde, sejam USFs ou UBSs, constatou-se que essas estão fora dos padrões de adaptação às normas propostas pela OMS, através do manual Age-Friendly Primary Health Care Centres Toolkit, elaborado em 2008.

Fazendo uma análise detalhada, separando os resultados de USFs e UBSs, e dentro de suas limitações, longe de apresentarem resultados ideais, as USFs apresentaram resultados melhores tanto nas questões de estruturas físicas, quanto na parte de sinalizações, sugerindo que essas estão mais adequadas para o atendimento da população idosa, proporcionando uma melhor acessibilidade ao usuário em questão.

Quanto às equipes e processos de trabalhos das unidades, novamente, os resultados encontrados sugerem que as USFs encontram-se mais adequadas para proporcionar uma atenção qualificada ao usuário idoso. Essas atribuições verificadas podem ser explicadas pelo fato que as unidades que apresentam a Estratégia de Saúde da Família trabalham com diretrizes estabelecidas, as quais acabam melhorando e facilitando a acessibilidade aos serviços de saúde, bem como promovendo o cuidado integral, interdisciplinar e contínuo.

REFERÊNCIAS

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS. **NBR 9.050**: 1994. Acessibilidade de pessoas portadoras de deficiência e edificações, espaço, mobiliário e equipamento urbano. Rio de Janeiro. 2001.

BRASIL. Governo Federal. **Lei n.º 10.741**. Brasília, Outubro, 2003. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/110.741.htm> Acesso em 10 out. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes operacionais dos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão**. Brasília, 2006a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa**. Brasília, 2006b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de estrutura física das unidades básicas de saúde: saúde da família**. Brasília. 2006c.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de estrutura física das unidades básicas de saúde: saúde da família**. Brasília, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual do instrumento de avaliação da atenção primária à saúde: primary care assessment tool pcatool – Brasil**. Brasília, 2010a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n.º 1.395/GM**. Brasília. Dezembro, 1999. Disponível em: <http://dtr2004.saude.gov.br/susdeaz/legislacao/arquivo/Portaria_1395_de_10_12_1999.pdf> Acesso em: 13 mar. 2012

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n.º 2.488**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília, 2011. Disponível em: <<http://www.brasilsus.com.br/legislacoes/gm/110154-2488.html>> Acesso em 22 abr. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n.º 2.528**. Brasília. Outubro, 2006d. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2006/GM/GM-2528.htm>> Acesso em 25 abr. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Sistema Único de Saúde (SUS): princípios e conquistas**. Brasília, 2000. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sus_principios.pdf> Acesso em: 22 abr. 2012.

BRASIL. Prefeitura Municipal de Porto Alegre. **Lei Nº 10.819**. Porto Alegre. Janeiro, 2010b.

DUNZHU, S. et al. Blindness and eye disease in Tibet: findings from a randomized, population based survey. **Br J Ophthalmol**, [S.l.], v 87, p. 1443-1448, 2003.

FOOK, L.; MORGAN, R. Hearing impairment in older people: a review. **Postgrad Med J**, [S.l.], v. 76, p. 537-541, 2000.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Sinopse do Censo Demográfico 2010**. Rio de Janeiro, 2011.

MELESE, M. et al. Low vision and blindness in adults in Gurage Zone, central Ethiopia. **Br. J. Ophthalmol**, [S.l.], v 87, p. 677-680, 2003.

PICAVET, HSJ; HOEYMANS, N. Physical disability in the Netherlands: prevalence risk groups and time trends. **Public Health**, [S.l.], v. 116, p. 231-237, 2002.

PRATA, P. R. A transição epidemiológica no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 8, p. 168-175, 1992.

RIBEIRO, A. P. et al. A influência da quedas na qualidade de vida dos idosos. **Ciência e Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 13, n. 4, p. 1265-1273, 2008.

SHI, L.; STARFIELD, B.; XU, J. Validating the adult primary care assessment tool. **J. FAM. PRACT.** Parsippany, NJ., v. 50, n. 2, p. 161-175, 2001.

SILVA, D. G. V. da et al. Grupos como possibilidade de desenvolver educação em saúde. **Texto Contexto Enfermagem**. Florianópolis, v. 12, n. 1, p. 97-103, 2003.

SIQUEIRA, F. C. V. et al . Barreiras arquitetônicas a idosos e portadores de deficiência física: um estudo epidemiológico da estrutura física das unidades básicas de saúde em sete estados do Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, Feb. 2009 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232009000100009&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em 07 mar. 2012.

STARFIELD, Barbara. **Primary care: concept, evaluation and policy**. Oxford: University Press. 1992.

UNGLERT, Carmen Vieira de Sousa et al. Acesso aos serviços de saúde: Uma abordagem de geografia em saúde pública. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 21, p. 439-446, 1987.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Active ageing, a policy framework**. Geneva, 2002.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Age-Friendly Primary Health Care Centres Toolkit**. Geneva, 2008. Disponível em: <http://www.who.int/ageing/publications/AF_PHC_Centretoolkit.pdf> Acesso em: 07 set. 2011.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Towards age-friendly primary health care**. Geneva, 2004.

ANEXO A - PARECER FINAL DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA



Universidade Federal do Rio Grande do



Faculdade de Odontologia

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

PARECER FINAL

O Comitê de Ética em Pesquisa e a Comissão de Pesquisas da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul analisaram o Projeto:

Número: **15297**

Título:

AVALIAÇÃO DA ADEQUAÇÃO DE PROCESSOS E AMBIENTES FÍSICOS DA ATENÇÃO BÁSICA E DAS PERCEPÇÕES EM RELAÇÃO ÀS POLÍTICAS DE SAÚDE VOLTADAS ÀS NECESSIDADES DAS PESSOAS IDOSAS

Pesquisador Responsável: **Prof. FERNANDO NEVES HUGO**

Outros pesquisadores: **Aline Blaya Martins; Juliana Balbinot Hilgert, Profa. Dalva Maria Pereira Padilha.**

O Projeto foi aprovado na reunião do dia 18 de junho., Ata nº05/09 , do Comitê de Ética em Pesquisa e da Comissão de Pesquisa, da UFRGS, por estar adequado ética e metodologicamente de acordo com a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

Porto Alegre, 18 de junho de 2009.

Isabel da Silva Lauxen
Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa

Profª. Deise Ponzoni
Coordenadora da Comissão de Pesquisa

ANEXO B - TERMO DE CIÊNCIA DO RESPONSÁVEL PELO LOCAL ONDE SERÁ REALIZADA A PESQUISA.



Prefeitura Municipal de Porto Alegre
Secretaria Municipal de Saúde
Comitê de Ética em Pesquisa

TERMO DE CIÊNCIA DO RESPONSÁVEL PELO LOCAL ONDE SERÁ REALIZADA A PESQUISA

Eu _____, matrícula _____
 _____ responsável pelo Serviço _____

conheço o Protocolo de Pesquisa intitulado _____

tendo como Pesquisador Responsável _____

declaro que sua realização não irá interferir no fluxo normal deste Serviço.

Porto Alegre, ____/____/____.

 Assinatura

Obs.: Este documento não autoriza o início da pesquisa, sendo apenas um requisito exigido pelo Comitê de Ética para análise do projeto de pesquisa. Sua finalidade é atestar que a pesquisa não interferirá negativamente no desenvolvimento do trabalho do serviço.

ANEXO C - TERMO DE COMPROMISSO DE UTILIZAÇÃO E DIVULGAÇÃO
DOS DADOS



Prefeitura Municipal de Porto Alegre
Secretaria Municipal de Saúde
Comitê de Ética em Pesquisa

TERMO DE COMPROMISSO DE UTILIZAÇÃO E DIVULGAÇÃO DOS DADOS

Título da Pesquisa:

Pesquisador (a) Responsável:

Grupo CONEP: () I () II () III

Eu, pesquisador responsável pela pesquisa acima identificada, declaro que conheço e cumprirei as normas vigentes expressas na **Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde / Ministério da Saúde**, e em suas complementares (**Resoluções 240/97, 251/97, 303/00 e 304/00 do CNS / MS**), e assumo neste termo, o compromisso de, ao utilizar dados e / ou informações coletados no(s) prontuário(s) do(s) sujeito(s) da pesquisa, assegurar a confidencialidade e a privacidade dos mesmos. Assumo ainda neste termo o compromisso de destinar os dados coletados somente para o projeto ao qual se vinculam. Todo e qualquer outro uso deverá ser objeto de um novo projeto de pesquisa que deverá ser submetido à apreciação do **Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre (CEP-SMS)**, pelo que assino o presente termo.

Porto Alegre, ____/____/____.

Pesquisador Responsável
Assinatura

ANEXO D – LISTA DE CHECAGEM DAS ESTRUTURAS FÍSICAS


TOOLKIT ATENÇÃO BÁSICA DE SAÚDE AMIGA DO IDOSO
LISTA DE CHECAGEM PARA AUDITORIA DE ACESSO À UNIDADES DE ATENÇÃO BÁSICA

Nome da Unidade de Saúde: _____

Nome do Coordenador da Equipe: _____

Mês/ano da inauguração ou última reforma do serviço: ____ / ____

Data da checagem: ____ / ____ / ____

Endereço: _____

Número de andares/pisos: _____

A		ACESSIBILIDADE AOS TRANSPORTES PÚBLICOS	
	A UNIDADE DE SAÚDE DISPÕE DE TRANSPORTE PÚBLICO?	SIM / NÃO	
	A PARADA DE ÔNIBUS ENCONTRA-SE A MENOS DE 50m DA UNIDADE DE SAÚDE?	SIM / NÃO	
	SE NÃO ESTÁ, QUÃO LONGE ELA É?	DISTÂNCIA: ____m	
B		ENTRADA	
1	Antes da entrada principal		
	HÁ DEGRAUS?	SIM / NÃO, QUANTOS?	
	OS DEGRAUS POSSUEM CORRIMÃOS OU BARRAS DE SEGURANÇA?	SIM / NÃO / NSA EM UM / NOS DOIS LADOS	
	HÁ RAMPA?	SIM / NÃO	
	A RAMPA POSSUE CORRIMÃOS OU BARRAS DE SEGURANÇA?	SIM / NÃO / NSA EM UM / NOS DOIS LADOS	
	HÁ UM DECLIVE SUAVE? (1:10-16)	RAZÃO: _____ NSA	
2	Entrada principal		
	AS PORTAS TÊM MAIS DE 90cm DE LARGURA?	SIM / NÃO, LARGURA: ____	
	TIPO DE PORTAS	BASCULANTE/DE CORRER	


TOOLKIT ATENÇÃO BÁSICA DE SAÚDE AMIGA DO IDOSO

	A PORTA DE ENTRADA É ACESSÍVEL PARA CADEIRANTES?	SIM / NÃO
	A ÁREA DE PATAMAR DA ENTRADA É LIVRE DE OBSTÁCULOS?	SIM / NÃO
	HÁ SAÍDAS DE EMERGÊNCIA?	SIM / NÃO
*	AS SAÍDAS DE EMERGÊNCIA SÃO FACILMENTE IDENTIFICÁVEIS E ACESSÍVEIS?	NSA / SIM / NÃO
C	ESTACIONAMENTO	
	HÁ ESTACIONAMENTO PARA PORTADORES DE NECESSIDADES ESPECIAIS /IDOSOS PRÓXIMO A ENTRADA?	NSA / SIM / NÃO
	TAMANHO DA ÁREA DE ESTACIONAMENTO ()NSA _____m(MIN: 4,8X3,6m)	
D	ELEVADOR- Para Centros de Saúde com mais de um andar () NSA	
	O ELEVADOR É ACESSÍVEL A TODOS OS ANDARES?	SIM / NÃO
	O TRAJETO QUE CONDUZ ATÉ O ELEVADOR É ACESSÍVEL?	SIM / NÃO
	A PORTA DO ELEVADOR É FÁCIL DE IDENTIFICAR?	SIM / NÃO
	É FÁCIL DE IDENTIFICAR QUE A LARGURA DA PORTA É MAIOR QUE 90 cm?	SIM / NÃO
E	TELEFONE PÚBLICO	
	HÁ TELEFONE PÚBLICO PRÓXIMO A ENTRADA OU DA SALA DE ESPERA?	SIM / NÃO
F	PLANTA	
	O BALCÃO DE RECEPÇÃO É PRÓXIMO DA ENTRADA E FACILMENTE IDENTIFICÁVEL?	SIM / NÃO
	AS SALAS SÃO ORGANIZADAS DE UMA LÓGICA PARA QUE OS USUÁRIOS FIQUEM MENOS ESTRESSADOS?	SIM / NÃO
	TODAS AS PORTAS TEM LARGURA MAIOR OU IGUAL A 90 cm?	SIM / NÃO
	AS SALAS DE ESPERA SÃO CONFORTÁVEIS O SUFICIENTE?	SIM / NÃO


TOOLKIT ATENÇÃO BÁSICA DE SAÚDE AMIGA DO IDOSO

	PARA OS USUÁRIOS?	
	O CHÃO NÃO É ESCORREGADIO?	SIM / NÃO
	O CHÃO É BEM LIMPO?	SIM / NÃO
	OS MÓVEIS E ACESSÓRIOS ENCONTRAM-SE BEM ORGANIZADOS PARA REDUZIR A POSSIBILIDADE DE QUEDAS E/OU INJÚRIAS?	SIM / NÃO
	A EQUIPE É SOLIDÁRIA COM OS CLIENTES?	SIM / NÃO
	HÁ CADEIRAS DE RODAS EXTRAS DISPONÍVEIS?	SIM / NÃO
*	AS SALAS E OS CORREDORES SÃO SUFICIENTEMENTE ILUMINADOS E VENTILADOS?	SIM / NÃO
G	BANHEIRO	
	OS BANHEIROS SÃO PRÓXIMOS DA SALA DE ESPERA?	SIM / NÃO
	A ENTRADA DOS BANHEIROS PÚBLICOS É ACESSÍVEL PARA USUÁRIOS DE CADEIRAS DE RODAS?	SIM / NÃO
	HÁ PELO MENOS UM CHUVEIRO ACESSÍVEL?	SIM / NÃO
	HÁ BARRA DE APOIO DISPONÍVEL NO BANHEIRO?	SIM / NÃO
	TODOS OS ACESSÓRIOS SÃO FÁCEIS DE USAR E ESTÃO NA ALTURA APROPRIADA?	SIM / NÃO
	HÁ ALGUM SISTEMA DE ALARME PARA O CASO DE EMERGÊNCIA?	SIM / NÃO
I	LUGAR PARA COMER	
		() NSA
	HÁ UM LOCAL DE VENDA DE ALIMENTOS NO PRÉDIO?	SIM / NÃO
	O LOCAL DE VENDA DE ALIMENTOS É GERALMENTE ACESSÍVEL- FÁCIL DE CHEGAR?	SIM / NÃO
	HÁ TORNEIRA E PIA FACILMENTE ACESSÍVEL?	SIM / NÃO


TOOLKIT ATENÇÃO BÁSICA DE SAÚDE AMIGA DO IDOSO

J	ESCADARIAS- Para Centros de Saúde com mais de um andar		() NSA
	HÁ DEGRAUS AMIGÁVEIS AOS IDOSOS- SÃO UNIFORMES E CLARAMENTE IDENTIFICÁVEIS?	SIM / NÃO	
	HÁ CORRIMÃOS OU BARRAS DE APOIO?	SIM / NÃO	
	HÁ CORRIMÃOS OU BARRAS DE APOIO CONTÍNUOS?	SIM / NÃO	
	A ALTURA QUE CORRIMÃOS OU BARRAS DE APOIO ESTÃO, EM RELAÇÃO AO CHÃO, ESTÁ ENTRE 80 E 90cm*	SIM / NÃO	
0	CORREDORES		
	OS CORREDORES TEM UMA LARGURA MÍNIMA DE DESOBSTRUÇÃO PARA USUÁRIOS DE CADEIRANTES?	SIM / NÃO	
	O CAMINHO PELOS CORREDORES É LIVRE DE OBSTRUÇÕES?	SIM / NÃO	
	HÁ CORRIMÃOS OU BARRAS DE APOIO?	SIM / NÃO	
OBSERVAÇÕES E SUGESTÕES:			
NOME DO COORDENADOR DA EQUIPE E ASSINATURA:			


TOOLKIT ATENÇÃO BÁSICA DE SAÚDE AMIGA DO IDOSO
LISTA DE CHECAGEM PARA AUDITORIA DE ACESSO À UNIDADES DE ATENÇÃO BÁSICA

Nome da Unidade de Saúde: _____

Nome do Coordenador da Equipe: _____

Mes/ano da inauguração ou última reforma do serviço: ____/____

Data da checagem: ____/____/____

Endereço: _____

LISTA DE CARACTERÍSTICAS DE SÍMBOLOS E SINAIS

A	DESIGN DOS SINAIS	
	Caracteres e fundo dos sinais são como casca de ovo, foscos ou com outro acabamento não brilhoso.	SIM / NÃO
	Caracteres e símbolos fazem contraste com o fundo - fundo claro com letras escuras ou fundo escuro com letras claras.	SIM / NÃO
	A organização visual é simples e fácil de ser entendida: somente palavras chaves e frases, formas simples e linhas, e umas poucas palavras bem escolhidas.	SIM / NÃO
	Figuras comuns e familiares para a comunidade são usadas sempre que possível- a fim de melhorar o reconhecimento por pessoas com perdas cognitivas.	SIM / NÃO
	Cores são usadas sempre que possível para melhorar a efetividade das figuras e para destacar pontos chaves.	SIM / NÃO
	Quando os sinais são feitos a mão, canetas grossas pretas sobre o branco, quase branco, ou amarelo claro, e fundo opaco, são usados?	SIM / NÃO
	Vidro sem brilho próprios para direções do prédio são usados, sendo as direções aplicadas atrás do vidro.	NSA / SIM / NÃO
*	Sinalização em braile são fornecidas de acordo com as regulações locais	SIM / NÃO
	O tom das mensagens dos sinais é bem vindo e cordial.	SIM / NÃO


TOOLKIT ATENÇÃO BÁSICA DE SAÚDE AMIGA DO IDOSO

B LOCALIZAÇÃO DOS SINAIS															
*	<table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 80%;">Todos os sinais são colocados na altura dos olhos?</td> <td style="width: 20%;">SIM / NÃO</td> </tr> <tr> <td>Há sinais na parte externa do prédio que identifiquem prédios com dispositivos acessíveis?</td> <td>SIM / NÃO</td> </tr> <tr> <td>Há sinais na entrada principal ou nas principais áreas de circulação que indiquem localização dentro da unidade de saúde?</td> <td>SIM / NÃO</td> </tr> <tr> <td>Há sinais em áreas específicas do prédio que são acessíveis e, não apenas, em banheiros com design especial?</td> <td>SIM / NÃO</td> </tr> <tr> <td>Há um sistema consistente de numeração nas salas, incluindo número do andar em prédios com vários andares, que seja de fácil entendimento para o usuário?</td> <td>SIM / NÃO</td> </tr> <tr> <td>Sinais de direção são colocados em locais onde há mudança de sentido?</td> <td>SIM / NÃO</td> </tr> <tr> <td>Saídas de emergência são claramente identificadas?</td> <td>NSA / SIM / NÃO</td> </tr> </table>	Todos os sinais são colocados na altura dos olhos?	SIM / NÃO	Há sinais na parte externa do prédio que identifiquem prédios com dispositivos acessíveis?	SIM / NÃO	Há sinais na entrada principal ou nas principais áreas de circulação que indiquem localização dentro da unidade de saúde?	SIM / NÃO	Há sinais em áreas específicas do prédio que são acessíveis e, não apenas, em banheiros com design especial?	SIM / NÃO	Há um sistema consistente de numeração nas salas, incluindo número do andar em prédios com vários andares, que seja de fácil entendimento para o usuário?	SIM / NÃO	Sinais de direção são colocados em locais onde há mudança de sentido?	SIM / NÃO	Saídas de emergência são claramente identificadas?	NSA / SIM / NÃO
	Todos os sinais são colocados na altura dos olhos?	SIM / NÃO													
	Há sinais na parte externa do prédio que identifiquem prédios com dispositivos acessíveis?	SIM / NÃO													
	Há sinais na entrada principal ou nas principais áreas de circulação que indiquem localização dentro da unidade de saúde?	SIM / NÃO													
	Há sinais em áreas específicas do prédio que são acessíveis e, não apenas, em banheiros com design especial?	SIM / NÃO													
	Há um sistema consistente de numeração nas salas, incluindo número do andar em prédios com vários andares, que seja de fácil entendimento para o usuário?	SIM / NÃO													
	Sinais de direção são colocados em locais onde há mudança de sentido?	SIM / NÃO													
Saídas de emergência são claramente identificadas?	NSA / SIM / NÃO														
C TAMANHO DAS LETRAS NOS SINAIS- Tabela anexa*.															
<table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 80%;">O tamanho das letras nas sinalizações segue a tabela*?</td> <td style="width: 20%;">SIM / NÃO</td> </tr> <tr> <td></td> <td>Tamanho: _____</td> </tr> </table>		O tamanho das letras nas sinalizações segue a tabela*?	SIM / NÃO		Tamanho: _____										
O tamanho das letras nas sinalizações segue a tabela*?	SIM / NÃO														
	Tamanho: _____														
D IDENTIFICAÇÃO DO PESSOAL															
*	<table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 80%;">A equipe da Unidade de Saúde é facilmente identificável pelo uso de crachás ou plaquetas de identificação**?</td> <td style="width: 20%;">SIM / NÃO</td> </tr> <tr> <td>Há plaquetas de identificação de toda a equipe que incluam a área profissional- incluindo recepcionistas***?</td> <td>SIM / NÃO</td> </tr> <tr> <td>A equipe inicia o acolhimento às pessoas cegas, surdas-cegas, ou com comprometimento visual pela abordagem do nome do paciente?</td> <td>SIM / NÃO</td> </tr> <tr> <td>A equipe tem sempre que se autoidentificar pelos nomes, funções e razão pela qual está ali, visto que os nome nos crachás ou uniformes podem não ser vistos por pacientes com comprometimento visual?</td> <td>SIM / NÃO</td> </tr> </table>	A equipe da Unidade de Saúde é facilmente identificável pelo uso de crachás ou plaquetas de identificação**?	SIM / NÃO	Há plaquetas de identificação de toda a equipe que incluam a área profissional- incluindo recepcionistas***?	SIM / NÃO	A equipe inicia o acolhimento às pessoas cegas, surdas-cegas, ou com comprometimento visual pela abordagem do nome do paciente?	SIM / NÃO	A equipe tem sempre que se autoidentificar pelos nomes, funções e razão pela qual está ali, visto que os nome nos crachás ou uniformes podem não ser vistos por pacientes com comprometimento visual?	SIM / NÃO						
	A equipe da Unidade de Saúde é facilmente identificável pelo uso de crachás ou plaquetas de identificação**?	SIM / NÃO													
	Há plaquetas de identificação de toda a equipe que incluam a área profissional- incluindo recepcionistas***?	SIM / NÃO													
	A equipe inicia o acolhimento às pessoas cegas, surdas-cegas, ou com comprometimento visual pela abordagem do nome do paciente?	SIM / NÃO													
A equipe tem sempre que se autoidentificar pelos nomes, funções e razão pela qual está ali, visto que os nome nos crachás ou uniformes podem não ser vistos por pacientes com comprometimento visual?	SIM / NÃO														
OBSERVAÇÕES E SUGESTÕES:															


TOOLKIT ATENÇÃO BÁSICA DE SAÚDE AMIGA DO IDOSO

NOME DO COORDENADOR DA EQUIPE E ASSINATURA:

* Table 1: Size of letters in signage according to the distance at which the message is to be read.

Viewing distance	Symbol size
3-6m	40mm
6-9m	60mm
9-12m	80mm
12-15m	100mm
15-18m	120mm
18-24m	160mm
24-30m	200mm
30-36m	240mm
36-48m	320mm
48-60m	400mm
60-72m	480mm
72-90m	600mm

** Os nomes nos crachás devem ter letras grandes em contraste com o fundo , identificação da ocupação e da profissão. Os crachás podem ter identificação por cor, por ex: enfermeiras em verde, médicos em azul, etc. Então, as pessoas que não sabem ler, poderão identificar as categorias profissionais.

*** Se possível, o nome da equipe que está trabalhando no dia, deve ser exposta nas portas das salas de consulta.

Perguntas:

- 1) Quantas equipes de saúde funcionam neste local? _____
- 2) Quantos e quais são os profissionais que compõem cada equipe?

- 3) A equipe já recebeu alguma capacitação sobre manejo da atenção à saúde do idoso?
() Sim () Não () Apenas 1 profissional () Mais de um profissional: _____
- 4) Existe algum tipo de acesso facilitado para idosos neste estabelecimento? Qual?

- 5) Existe algum grupo de idosos ou de 3ª idade que funcione na unidade de saúde? _____
- 6) A equipe de saúde realiza visitas domiciliares a idosos acamados? _____
- 7) Existe consultório odontológico na unidade de saúde? _____ Há acesso disponível para usuários de cadeira de rodas? _____