

Elaboração de um índice para avaliação do acesso de pessoas idosas aos serviços de atenção primária à saúde

Elaboration of an index to evaluate the access of elderly people to primary health care services

Desarrollo de un índice para evaluar el acceso de las personas mayores a los servicios de atención primaria de salud

Katyucia Oliveira Crispim de Souza (<https://orcid.org/0000-0002-1645-4459>)¹

Stephen Timmons (<https://orcid.org/0000-0002-3731-1350>)²

Lislaine Aparecida Fracoli (<https://orcid.org/0000-0002-0936-4877>)¹

Resumo O estudo tem o objetivo de elaborar um índice que avalie o acesso da população idosa aos serviços de atenção primária à saúde. Para isso, foram selecionados 25 indicadores com potencial para a composição do índice, que foram adaptados para a população idosa e validados por 15 especialistas. Para verificar a concordância entre os juízes, foi utilizado a taxa de concordância e o cálculo do coeficiente de validade de conteúdo para os tópicos clareza, relevância e pertinência. A análise da confiabilidade da consistência interna dos dados foi realizada pelo coeficiente alfa de Cronbach. Os indicadores foram adaptados em uma escala percentual e distribuídos em dois subíndices, e ao final foi descrito o procedimento mais apropriado para a construção do índice. A taxa de concordância dos tópicos apresentou médias acima de 80. O alfa de Cronbach demonstrou boa consistência interna, com valores acima de 0,6 e o coeficiente de validade de conteúdo geral ficou em 0,932. O índice de acesso da pessoa idosa à atenção primária à saúde será um índice que varia de 0 a 1, e quanto mais próximo a 1, melhor o acesso da pessoa idosa. Os resultados sugerem que o índice é relevante e apropriado para mensurar a equidade de acesso à saúde de pessoas idosas aos serviços de atenção primária à saúde.

Palavras-chave Acesso aos serviços de saúde, Atenção primária à saúde, Idoso

Abstract The scope of this study was to develop an index to assess the access of the elderly population to primary health care services. To this end, 25 indicators with potential for composing the index were selected, adapted for the elderly population and validated by 15 specialists. To verify agreement between the judges, the concordance rate and the calculation of the content validity coefficient for the topics of clarity, relevance, and pertinence were used. Cronbach's alpha coefficient was performed to analyze the reliability of the internal consistency of the data. The indicators were adapted to a percentage scale and distributed into two sub-indices and, in the end, the most appropriate procedure for building the index was described. The concordance rate of the topics revealed averages above 80. Cronbach's alpha showed good internal consistency, with values above 0.6 and the overall content validity coefficient was 0.932. The elderly access to primary health care index is an index that varies from 0 to 1, and the closer it is to 1, the better the access for the elderly. The results suggest that the index is relevant and appropriate for measuring the equity of access of elderly people to primary health care services.

Key words Access to health services, Primary health care, Elderly

Resumen Este estudio tiene como objetivo desarrollar un índice que evalúe el acceso de la población anciana a los servicios de atención primaria de salud. Para ello, se seleccionaron 25 indicadores con potencial para componer el índice, que fueron adaptados para la población mayor y validados por 15 expertos. Para comprobar el acuerdo entre jueces se utilizó el índice de acuerdo y se calculó el coeficiente de validez de contenido para los temas claridad, relevancia y pertinencia. El análisis de la confiabilidad de la consistencia interna de los datos se realizó mediante el coeficiente alfa de Cronbach. Los indicadores se adaptaron a una escala porcentual y se distribuyeron en dos subíndices y, al final, se describió el procedimiento más adecuado para construir el índice. La tasa de concordancia Temática presentó promedios superiores a 80. El alfa de Cronbach demostró buena consistencia interna, con valores superiores a 0,6 y el coeficiente de validez de contenido general fue de 0,932. El índice de acceso de las personas mayores a la atención primaria de salud será un índice que varía de 0 a 1, y cuanto más se acerque a 1, mejor será el acceso de las personas mayores. Los resultados sugieren que el índice es relevante y apropiado para medir la equidad del acceso de las personas mayores a los servicios de atención primaria de salud.

Palabras clave Acceso a servicios de salud, Atención primaria de salud, Anciano

¹ Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo. Av. Dr. Enéas Carvalho de Aguiar, 419, Cerqueira César. 05403-000 São Paulo SP Brasil. katyuciacrispim@outlook.com

² University of Nottingham. United Kingdom.

Introdução

As mudanças observadas na estrutura demográfica decorrentes do aumento da expectativa de vida da população têm demonstrado aumento significativo no número de idosos. Somando-se a isso, alterações no perfil epidemiológico, com redução das doenças infectocontagiosas e aumento das doenças crônicas degenerativas, se refletem nas condições de saúde, qualidade de vida e capacidade funcional da população que envelhece¹.

O envelhecimento é um processo complexo e leva a uma maior vulnerabilidade a fatores internos e externos devido às modificações morfológicas, funcionais, bioquímicas e psicológicas que predis põem o indivíduo à morbimortalidade. Ocorre ainda uma perda progressiva da capacidade de adaptação ao meio ambiente, assim como a prevalência de processos patológicos que demonstram perdas físicas, sociais, econômicas e até de sua independência².

Nesse contexto, a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI) do Brasil estabelece como meta a atenção integral à saúde da pessoa idosa por meio da manutenção da capacidade funcional desses indivíduos. Para atingir esse objetivo, a PNSPI considera a atenção primária a saúde (APS) como ordenadora e coordenadora do cuidado em saúde, com a finalidade primordial de promover, manter e recuperar a autonomia e a independência dos indivíduos idosos através de medidas coletivas e individuais³.

Contudo, para assegurar a resolutividade nesse nível de atenção, um dos fundamentos que precisa ser considerado com especial atenção é o acesso. Embora temos observado aumento substancial do acesso aos serviços de saúde ao longo das três últimas décadas, o Brasil ainda convive com uma realidade desigual e excludente desse atributo na APS⁴. As desigualdades no acesso são ocasionadas por fatores de caráter social, político, econômico e cultural, persistindo ao longo do tempo e resistindo às mais variadas estratégias adotadas para o seu enfrentamento⁵.

Tais desafios contribuem para uma maior heterogeneidade do processo de envelhecimento no país, o que exige respostas mais efetivas, principalmente por parte dos gestores estaduais e municipais⁶. Nesse sentido, a utilização de índices como forma de mensurar a equidade de acesso e a eficiência dos serviços de saúde colabora na formulação e avaliação de políticas públicas voltadas ao indivíduo idoso. Tais resultados são importantes para analisar o desempenho dos serviços, no entanto, por ser um

conceito complexo e que engloba uma compreensão multidimensional, o acesso pode ser muitas vezes empregado de forma imprecisa e pouco clara na sua relação com o uso de serviços de saúde⁷.

Transformar o conceito de acesso em critérios, índices ou padrões que lhe assegurem a validade desejada constitui um grande desafio, mas que pode colaborar para a explicação de diversos fenômenos no âmbito da saúde pública, bem como fornecer informações para potencializar abordagens de cuidado integrado à pessoa idosa. Diante disso, este estudo tem o objetivo de elaborar um índice que avalie o grau de acesso da população idosa aos serviços da APS.

Métodos

Trata-se de uma pesquisa metodológica com o objetivo de elaborar um índice para avaliação do acesso de pessoas idosas aos serviços de APS. O estudo seguiu o referencial metodológico da psicometria que orienta a validação de instrumentos. A validade de constructo, de critério e de conteúdo têm sido os métodos mais mencionados na literatura para se obter uma validade de medida⁸.

Seleção dos indicadores

Foi conduzida uma revisão bibliográfica estruturada a partir da pergunta: quais os indicadores propostos pelas políticas públicas de saúde brasileira que permitem a avaliação do acesso a serviços de APS? A identificação da literatura foi apoiada por documentos legais, como leis, resoluções, portarias, instruções normativas e documentos do Ministério da Saúde (MS), os quais orientam as políticas públicas de saúde. Esses documentos foram localizados na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) do MS utilizando os descritores “Atenção Primária à Saúde”, “Idoso” e “Saúde do Idoso” e em sites oficiais do Governo Federal, em seguida, foram analisados e interpretados considerando-se as ações vigentes na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) e na Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa.

Foram identificadas na BVS 114.756 publicações na busca inicial, dessas, 114.678 foram descartadas após leitura dos títulos e resumos por não estarem diretamente relacionados ao tema de interesse, além da exclusão das publicações duplicadas. Foram selecionados 78 documentos para leitura do texto na íntegra e aqueles considerados elegíveis (21), ou seja, que

continham informações sobre indicadores de acesso à APS, foram incluídos para a extração das informações de interesse.

A partir dessas evidências, foram extraídos 25 indicadores com potencial para a composição do índice sintético, que foram adaptados considerando a população de pessoas idosas composta por indivíduos com idade igual ou superior a 60 anos⁹. Esses indicadores foram elaborados a partir de outros já utilizados e recomendados pelo MS, como indicadores do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) e do “Manual de orientações técnicas para a implementação de linha de cuidado para atenção integral à saúde da pessoa idosa no Sistema Único de Saúde – SUS”, e também a partir de atributos avaliados por ferramentas como o Instrumento de Avaliação da Atenção Primária (PCATool – Primary Care Assessment Tool).

Validação de conteúdo

Para validação do conteúdo foi construído um “Formulário para validação de conteúdo do índice de avaliação do acesso a atenção primária à saúde por pessoas idosas”, dividido em duas partes: a primeira destinada à caracterização dos juízes, a segunda com os itens para validação do conteúdo.

Os juízes analisaram individualmente cada indicador quanto à clareza (o item foi escrito de forma que o conceito é compreensível e expressa adequadamente o que é medido), relevância teórica (o item avalia as ações demonstrando os processos cognitivos que estão sendo avaliados) e pertinência (o item reflete os conceitos, é relevante e apropriado para atingir os objetivos propostos)¹⁰ por meio de perguntas fechadas, aplicando a escala Thurstone de dois pontos: concordo e discordo.

Os juízes também deveriam sugerir a qual domínio teórico cada indicador deveria pertencer. As categorias “organizacional” e “técnica” foram adotadas para compor as dimensões teóricas do índice sintético a partir de uma revisão teórica do conceito de acesso a serviços de saúde. Essas dimensões remetem às estruturas e aos modelos teóricos para o acesso à saúde dos autores Giovanella e Fleury, Assis e Jesus, Levesque, Harris e Russel e Hempel e colaboradores¹¹⁻¹⁴. A categoria organizacional corresponde à organização e às características da oferta de serviços, incluindo aspectos geográficos e recursos humanos, materiais e financeiros. Já a categoria técnica corresponde às intervenções

frente às necessidades dos usuários, tendo por finalidade o cuidado integral e a resolutividade.

Constituição do comitê de juízes/experts

A validade do conteúdo foi avaliada por um painel de especialistas identificados no diretório de grupos de pesquisa disponibilizado pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), com vivência na assistência, na gestão, no ensino e/ou na pesquisa em atenção primária à saúde e/ou saúde da pessoa idosa no contexto da APS, sem restrição de área de formação e que apresentasse experiência profissional mínima de dois anos.

Os juízes especialistas foram contactados por *e-mail*, mediante carta convite. Após o aceite, os participantes receberam o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e um *link* de acesso ao formulário de avaliação. Os participantes que não preencheram o questionário de validação de conteúdo no prazo de 30 dias foram excluídos do estudo. Ao final, foram convidados 50 especialistas, sendo que quatro se recusaram a participar e 31 foram excluídos segundo o critério aplicável, totalizando 15 participantes que compuseram o Comitê de Juízes Especialistas.

Análise dos dados

Para verificar a concordância entre os juízes, foi utilizado a taxa de concordância (TC) para cada tópico avaliado dos 25 indicadores, por meio da fórmula: número de participantes que concordaram multiplicado por 100 e dividido pelo número total de participantes. Para a análise descritiva geral dos indicadores, foi calculada a média, a mediana, o desvio padrão, o coeficiente de variação, os quartis (Q1 e Q3) e o intervalo de confiança (IC) das taxas de concordância. Para a taxa de concordância média de 80% ou mais, o conteúdo foi considerado adequado; para valores abaixo, o conteúdo seria readequado conforme as sugestões dos especialistas.

A análise dos tópicos do construto foi realizada pelo coeficiente de validade de conteúdo (CVC) proposto por Hernandez-Nieto. O CVC é calculado para cada item do construto e também de maneira geral, sendo considerados adequados os valores de $CVC \geq 0,70$ ¹⁵.

A seguir, foi realizada a análise da confiabilidade da consistência interna dos dados pelo cálculo do coeficiente alfa de Cronbach, que mede a correlação entre respostas em um questionário.

rio através da análise das respostas dadas pelos respondentes, apresentando uma correlação média entre as perguntas. O cálculo é efetuado a partir da variância dos itens individuais e da variância da soma dos itens de cada avaliador de todos os itens de um questionário que utilizem a mesma escala de medição. Essa estatística tem o máximo em 1 e quanto maior o seu valor, maior é a consistência interna dos dados¹⁶.

Todos os intervalos de confiança ao longo do estudo foram construídos com 95% de confiança estatística ($p\text{-valor} \leq 0,05$). Ao final, foi feita uma adequação dos indicadores conforme sugestões do Comitê de Juízes Especialistas. A análise dos dados foi apoiada pelos *softwares* SPSS V26 (2019), Minitab 21.2 (2022) e Excel Office 2010.

Sistemática para elaboração do índice

Após a validação, os indicadores foram adaptados de forma que estivessem em uma mesma escala de comensurabilidade, já que a maioria era mensurada por diferentes unidades, escalas e intervalos. Além disso, foram consideradas as propriedades recomendadas na literatura para a elaboração de um índice sintético, o que incluiu: viabilidade de análise, fidedignidade da medida, transparência metodológica, cobertura populacional, série histórica, periodicidade de utilização e relevância para a formulação de políticas públicas¹⁷.

Com a adaptação dos indicadores, foram definidos subíndices para agrupamentos lógicos dos mesmos, com o objetivo de integrar informações relacionadas. Por fim, foi analisada a necessidade de atribuir pesos aos indicadores com maior importância e detalhado o procedimento mais apropriado para a construção do índice.

Aspectos éticos

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo sob o parecer nº 5.056.062 e CAAE: 45573921.8.0000.5392, conforme assegura à resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde.

Resultados

Dos 15 especialistas que participaram do estudo, 80% eram do sexo feminino e a idade média foi de $49,8 \pm 5,8$ anos. Quanto à área de formação, 40% haviam cursado enfermagem, 20%

medicina e 13,3% fisioterapia, e para os cursos de nutrição, assistência social, educação física e direito havia 6,7% cada.

O tempo de formação variou entre 10 a mais de 20 anos, sendo que a maioria (66,7%) tem mais de 20 anos e 66,7% têm doutorado como última titulação acadêmica. As áreas das titulações abrangeram as ciências da saúde, saúde pública/coletiva, gerontologia/geriatria, gestão e ciência política. Sobre a função atual, 53,3% dos juízes trabalham em instituições públicas, 26,7% em instituições privadas e 13,3% em filantrópicas.

Foi calculada a taxa de concordância entre os 15 juízes. A TC dos tópicos (clareza, relevância e pertinência) apresenta baixa variabilidade (CV menor que 50%), demonstrando homogeneidade. Nos três tópicos, as médias ficaram acima de 80, sendo a maior na relevância com média da taxa de concordância em $89,6 \pm 4,1$ pontos (Figura 1).

A seguir foi realizada uma análise descritiva geral dos 25 indicadores, conforme demonstrado na Tabela 1.

Ainda analisando a taxa de concordância, foram categorizados os valores em cada indicador em < 80 ou ≥ 80 pontos, e em seguida a distribuição dessas classificações por tópico (Tabela 2).

Nos três tópicos, os índices ≥ 80 pontos foram altos, com 68% para clareza, 88% para relevância e 76% em pertinência.

O alfa de Cronbach demonstrou boa consistência interna nos três tópicos analisados dos 25 indicadores, já que os valores de estavam acima de 0,6 (clareza: 0,824; pertinência: 0,690; relevância: 0,672). Ao final, foi calculado o coeficiente de validade de conteúdo para cada um dos três tópicos nos 25 indicadores estudados.

O menor CVC foi de 0,733, no indicador 10, "Percentual de consultadas agendadas por telefone por pessoas idosa", para pertinência, contudo, todos os indicadores nos três tópicos medidos foram considerados adequados por apresentarem CVC maior que 0,7 (Tabela 3). Por fim, conforme proposto por Hernandez-Nieto, o CVC geral ficou em 0,932, sendo um excelente valor.

Foi observado que a maioria dos indicadores (84%) foi alocada na dimensão teórica organizacional, que se refere à organização e à característica da oferta de serviços na APS. A TC do domínio organizacional apresentou baixa variabilidade, enquanto o domínio técnico apresentou alta variabilidade (CV maior que 50%), demonstrando ser heterogênea (tabela 1).

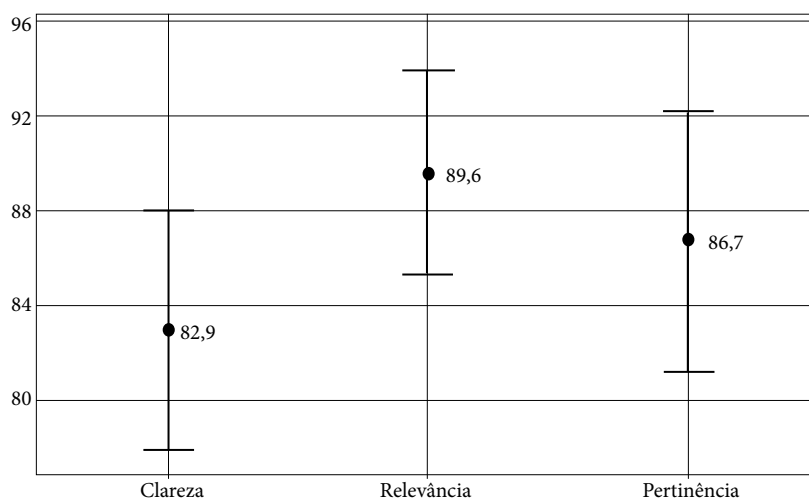


Figura 1. Intervalo de confiança para taxa de concordância.

Fonte: Autores.

Tabela 1. Descritiva completa da taxa de concordância.

	Me	Md	DP	CV	Q1	Q3	Min	Max	N	IC
Clareza	82,9	80,0	12,2	15%	73,3	93,3	53,3	100,0	25	4,8
Relevância	89,6	93,3	10,4	12%	86,7	93,3	60,0	100,0	25	4,1
Pertinência	86,7	93,3	13,3	15%	80,0	93,3	46,7	100,0	25	5,2
Domínios										
Organizacional	76,3	80,0	19,4	25%	60,0	93,3	40,0	100,0	25	7,6
Técnico	23,7	20,0	19,4	82%	6,7	40,0	0,0	60,0	25	7,6

Me: média; Md: mediana; DV: desvio padrão; CV: coeficiente de variação; Q1: 1º quartil; Q3: 3º quartil; Min: valor mínimo; Max: valor máximo; IC: intervalo de confiança.

Fonte: Autores.

Tabela 2. Distribuição da classificação da taxa de concordância.

	< 80 pontos		≥ 80 pontos	
	N	%	N	%
Clareza	8	32,0%	17	68,0%
Relevância	3	12,0%	22	88,0%
Pertinência	6	24,0%	19	76,0%

Fonte: Autores.

Após a validação, os indicadores foram adaptados para representar quantidades em uma escala de 0 a 100 (escala percentual), de forma que estivessem em uma mesma unidade de medida. Também foram feitas adequações

conforme sugestões dos especialistas para melhorar da clareza, como a padronização de termos utilizados. O indicador 6, “Percentual de atendimentos a pessoas idosas realizados por profissional do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF)”, foi excluído, e o indicador 1 “Média de atendimentos de médicos e enfermeiros por pessoa idosa”, foi adaptado de forma que abrangesse todos os atendimentos relativos à equipe multiprofissional. O indicador 12, “Percentual de unidades básicas de saúde com acessibilidade física”, também foi excluído da composição do índice devido à provável dificuldade de obtenção dos dados.

Com a adaptação dos indicadores, foram definidos dois subíndices para agrupamentos de informações relacionadas: entrada (7 indi-

Tabela 3. Coeficiente de validade de conteúdo por indicador/tópico.

	Clareza	Relevância	Pertinência
Indicador 1	0,900	0,967	0,967
Indicador 2	0,900	0,933	0,867
Indicador 3	0,900	0,967	0,967
Indicador 4	0,867	0,933	0,933
Indicador 5	1,000	0,967	0,967
Indicador 6	0,833	0,933	0,933
Indicador 7	1,000	1,000	1,000
Indicador 8	0,933	0,967	1,000
Indicador 9	0,967	1,000	0,967
Indicador 10	0,967	0,800	0,733
Indicador 11	0,867	0,867	0,867
Indicador 12	0,867	0,967	0,967
Indicador 13	0,900	1,000	0,967
Indicador 14	0,867	0,900	0,867
Indicador 15	0,867	0,933	0,933
Indicador 16	0,867	0,933	0,867
Indicador 17	1,000	0,933	0,900
Indicador 18	1,000	0,967	0,967
Indicador 19	0,967	1,000	1,000
Indicador 20	0,767	0,833	0,800
Indicador 21	0,900	0,967	0,967
Indicador 22	1,000	0,967	0,967
Indicador 23	0,900	1,000	0,967
Indicador 24	0,933	1,000	1,000
Indicador 25	0,900	0,967	0,967

Fonte: Autores.

cadores) e performance (16 indicadores). O subíndice entrada procura refletir condições de acesso que influenciam a entrada do usuário na unidade de saúde para receber atendimento. Já o subíndice performance reflete as condições que influenciam o acesso do usuário ao atendimento após a entrada na unidade de saúde.

Optou-se por não utilizar modelos estatísticos para atribuir pesos aos indicadores em função da diversidade de realidades e contextos socioespaciais presentes no território brasileiro, bem como a diferença entre os municípios, além da composição demográfica e socioeconômica da população brasileira, o que torna complexa e questionável a adoção de modelos para atribuição de pesos para os indicadores. Dessa forma, para cada subíndice, todos os indicadores contribuem com o mesmo peso.

A condição de ausência de acesso deve equivaler a 0%, já o valor máximo de cada indicador deverá corresponder à melhor situação encontrada, a partir da média calculada para os dados municipais de cada um deles. O índice deve ser

construído a partir da normalização dos indicadores em uma escala de 0 a 1, em que 1 corresponde à situação ideal, ou seja, igual ou maior à média encontrada de cada indicador, e 0 corresponde à pior situação (0%). Em seguida, deve-se calcular a média dos valores normalizados e dos subíndices para fins de categorização do acesso.

Dessa forma, o IAPI-APS (índice de acesso da pessoa idosa à atenção primária à saúde) será um índice que varia de 0 a 1, e quanto mais próximo a 1, melhor o acesso. Para os municípios que apresentarem o IAPI-APS entre 0 e 0,200, considera-se que o acesso é insatisfatório. Valores entre 0,201 e 0,300 indicam um acesso pouco satisfatório. Aqueles com IAPI-APS entre 0,301 e 0,400 apresentam acesso neutro, ao passo que, entre 0,401 e 0,500 são considerados de acesso satisfatório. Qualquer valor entre 0,501 e 1 indica que o município apresenta um acesso muito satisfatório. No Quadro 1 consta a síntese da composição do índice.

Discussão

O IAPI-APS constitui uma contribuição para a gestão da linha de cuidado da pessoa idosa e tem potencial para ser incorporado às políticas públicas, visto que ainda é escasso o monitoramento do acesso desses indivíduos às ações e aos serviços da APS. A definição de um índice que pode mensurar o grau de acesso aos serviços necessários possibilitará um conhecimento mais aprofundado sobre os fatores contextuais associados à resolutividade e à integralidade do cuidado¹⁸.

Os resultados apontam que, na opinião dos especialistas, os indicadores têm a clareza, pertinência e relevância necessária para compor um índice que avalie o acesso de pessoas idosas aos serviços de APS. Isso significa que são apropriados para mensurar a equidade de acesso à saúde por esses indivíduos, subsidiando a formulação de estratégias concretas para superar os problemas identificados e envolver todos os processos de trabalho e a complexidade dos territórios. Embora essas práticas não eliminem por completo as dificuldades do acesso, poderão contribuir para a sua redução, minimizando os riscos inerentes à saúde.

A proposta de aplicação do IAPI-APS se faz no âmbito municipal, regional ou estadual, contribuindo para a estruturação da rede de atenção à saúde (RAS). Estudos evidenciam que a atenção deve ser organizada de maneira integrada, numa lógica de rede articulada com cui-

Quadro 1. Composição do índice de acesso da pessoa idosa à atenção primária à saúde (IAPI-APS).

Subíndice entrada	
Título	Domínio
Percentual de consultadas agendadas por telefone de pessoas idosas	Organizacional
Percentual de unidades básicas de saúde com agendamentos realizado todos os dias e horários da semana incluindo horário estendido	Organizacional
Percentual de pessoas idosas com até 72 horas de espera para agendamento de consulta	Organizacional
Percentual de pessoas idosas que percorrem até 3,6 quilômetros para chegar até à unidade de saúde	Organizacional
Percentual de pessoas idosas que percorrem até 30 minutos para chegar à unidade de saúde	Organizacional
Percentual de pessoas idosas com até 48 horas de espera para o terceiro agendamento disponível para consulta programada	Organizacional
Percentual de pessoas idosas cadastradas na ESF	Organizacional
Subíndice performance	
Título	Domínio
Percentual de atendimentos de pessoas idosas	Organizacional
Percentual de atendimentos de pessoas idosas por demanda espontânea	Organizacional
Percentual de atendimentos de pessoas idosas por consulta programada	Organizacional
Percentual de atendimentos de pessoas idosas por teleconsulta	Organizacional
Percentual de pessoas idosas acompanhadas no domicílio pelas equipes da APS (Atenção Domiciliar ou Equipe de Saúde da Família ou Equipe de Atenção Básica)	Organizacional
Percentual de pessoas idosas em acompanhamento nutricional	Organizacional
Razão entre tratamentos concluídos e primeiras consultas odontológicas programáticas de pessoas idosas	Organizacional
Percentual de atendimentos de pessoas idosas por urgência odontológica	Organizacional
Percentual de pessoas idosas com até 30 minutos de espera para ser atendido na realização da consulta	Organizacional
Percentual de pessoas idosas que utilizaram o horário estendido	Organizacional
Percentual de pessoas idosas que receberam medicamentos na mesma unidade em que houve a consulta	Organizacional
Percentual de pessoas idosas com avaliação multidimensional realizada	Técnica
Percentual de ações direcionadas à população idosa rural, campo, fluvial, ribeirinha, assentados e quilombolas	Organizacional
Percentual de atendimentos de pessoas idosas realizados pelas equipes de consultório na rua	Organizacional
Percentual de pessoas idosas que participam de atividades coletivas/grupais de promoção e prevenção da saúde realizadas pelas equipes da APS	Técnica
Percentual de pessoas idosas com resolução de condições sensíveis à atenção básica	Técnica

Fonte: Autores.

dados coordenados e referenciados, portanto, a atenção à saúde para pessoas idosas deve contemplar esse modelo, tendo a APS a função de coordenar a atenção prestada nos outros níveis do sistema¹⁹⁻²³.

Existe consenso sobre a importância da APS na melhora dos indicadores de saúde de uma população devido à expansão da implantação de equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF), que atuam com ações de promoção, prevenção, recuperação, reabilitação e manutenção da saúde da comunidade. Além disso, a APS funciona como porta de entrada preferencial do sistema

de saúde, ofertando serviços próximos ao local de moradia, favorecendo o acesso, o vínculo longitudinal e a atenção continuada centrada na integralidade da pessoa²⁴⁻²⁶.

Contudo, é preciso entender que o aumento da oferta desses serviços tem ocorrido de maneira desequilibrada, agravando as fragilidades e comprometendo os objetivos propostos por esse nível de atenção. Para enfrentar esse cenário, é necessário adotar um modelo de gestão da saúde da população que procure responder às necessidades das pessoas usuárias e assim racionalizar a demanda^{27,28}.

Para o usuário idoso, esse enfrentamento é ainda mais desafiador, devido à complexidade de fatores relacionados ao processo de envelhecimento que predis põem o indivíduo a uma maior vulnerabilidade a fatores internos e externos que podem alterar rapidamente as condições e necessidades apresentadas. Isso indica a importância do cuidado oportuno e integral para evitar o declínio e as perdas funcionais, a partir de uma compreensão multidimensional que avalie e identifique as necessidades e especificidades de cada pessoa idosa do ponto de vista clínico, psicossocial e funcional²⁹.

O indicador “Percentual de pessoas idosas com avaliação multidimensional realizada”, apresentado neste estudo, permite identificar o acesso de determinado indivíduo a uma compreensão ampliada e integral do seu estado de saúde, além de direcionar as intervenções adequadas e o caminho a percorrer junto à RAS e/ou às redes intersetoriais. Assim, a pessoa idosa que acessa uma unidade de saúde deve ser avaliada com relação aos seus contextos de moradia, de apoio familiar, social e econômico, bem como suas condições físicas, mentais e funcionais, visando buscar a manutenção e/ou recuperação da independência e autonomia possíveis, a fim de proporcionar melhor qualidade de vida no processo de envelhecimento³⁰.

Essa avaliação deve ser apoiada por equipe multiprofissional de saúde, como proposta de mobilização de vários campos de saberes e práticas, o que amplia a perspectiva da integralidade e auxilia a avaliação das múltiplas dimensões que incidem sobre a saúde da pessoa idosa. O exercício da clínica ampliada pressupõe a utilização de dispositivos como o Projeto Terapêutico Singular (PTS), que promove uma maior articulação entre os profissionais e a utilização de reuniões de equipe como um espaço de reflexão, discussão, compartilhamento e responsabilização das ações, com a horizontalização de poderes e conhecimentos³¹.

Foi possível observar que os especialistas compartilham desse pensamento, já que os indicadores que envolvem a equipe multiprofissional apresentaram altos valores de CVC. Um ponto que merece destaque é a discussão sobre o indicador “Média de atendimentos a pessoas idosas realizados por profissional do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF)”, que, mesmo com altos valores de CVC para os três tópicos avaliados, foi excluído da composição do IAPI-APS.

No Brasil, em 2008 foram criados os NASFs com o objetivo de atuarem em parceria com os profissionais da Estratégia de Saúde da Família,

compartilhando a responsabilidade pelas práticas de saúde no território em uma perspectiva multidisciplinar. Contudo, com o novo modelo de financiamento da APS adotado em 2020, o MS deixou de credenciar novas equipes do NASF, reduzindo incentivos para os municípios comporem equipes multiprofissionais para além dos profissionais básicos³².

Os impactos da descontinuidade dessas equipes foram sentidos pelo aumento da demanda de outros setores da saúde por agravos possíveis de prevenção no nível primário. Contudo, em 2023 o MS publicou portaria instituindo um novo incentivo financeiro federal para implantação e custeio de equipes multiprofissionais na APS (eMulti), o que fortalece novamente o cuidado interdisciplinar³³. Dessa forma, a adaptação do indicador “Média de atendimentos de médicos e enfermeiros por pessoa idosa” para “Percentual de atendimentos de pessoas idosas” parte da necessidade de continuidade das equipes multiprofissionais para o fortalecimento da APS^{32,33}.

Não só as equipes multiprofissionais, mas outros dispositivos da APS contribuem para a equidade de acesso da população idosa, como as equipes de Consultório na Rua. A organização e funcionamento das equipes de Consultório na Rua funcionam como porta de entrada da população em situação de rua aos serviços de APS e têm como objetivo melhorar a capacidade de resposta às demandas e necessidades de saúde inerentes a essa população, que é duplamente vulnerável e carece de um acesso adequado às ações e serviços de saúde³⁴.

Além das pessoas idosas em situação de rua, merecem especial atenção outros grupos específicos, como a população rural, campestre, fluvial, ribeirinha, assentada e quilombola. Existe um fator de suma importância para o envelhecimento que é a particularidade do curso de vida de cada indivíduo. Diferentes estilos de vida adotados pelas pessoas e fatores socioeconômicos e ambientais podem ser entendidos como facilitadores ou barreiras para intervenção e apoio aos idosos³⁵.

Há uma grande diversidade de componentes sociais, além dos aqui citados, que têm sido avaliados nas atuais políticas públicas, já que grupos minoritários podem estar suscetíveis a desigualdades sociais e, consequentemente, a desigualdades na condição de saúde. O modo de nascer, viver, adoecer e morrer das pessoas, bem como questões étnico-raciais, podem influenciar a desvalorização de queixas, apresentar um modo discriminatório de atendimento e

desconsideração desses grupos nas ações individuais e coletivas³⁶.

O histórico racismo/preconceito estrutural e institucional ao qual os grupos minoritários estão submetidos perpetua as divisões de classe e as desigualdades entre elas. Muitos indicadores, como nível de educação, ocupação, renda e riqueza, têm sido associados à fragilidade em pessoas idosas. Estudo mostrou que pessoas com menor escolaridade são, em média, mais frágeis em comparação com pessoas com nível superior³⁹. Da mesma forma, outros estudos transversais demonstraram associação entre menor renda e maior fragilidade na vida adulta. Para o emprego, foi observado que pessoas com empregos mais bem pagos experimentam melhor saúde na velhice do que aqueles em empregos de baixa remuneração³⁸⁻⁴⁰.

Diante das diferenças regionais e populacionais do extenso território brasileiro, inúmeras são as barreiras que dificultam ou impedem o exercício dos direitos fundamentais, como o acesso à saúde. É preciso entender que os problemas de acesso aos diversos pontos da RAS dependem do fortalecimento e qualificação da APS, que assume o papel de coordenar os fluxos de pessoas, produtos e informações ao longo da rede, além de ter a capacidade de resolução de até 90% dos problemas de saúde da população^{41,42}.

Para o cumprimento desses papéis, a APS deve apresentar enfoques distintos de organização do acesso, desde a otimização da força de trabalho em equipes multiprofissionais, o enfoque no alisamento da agenda, alternativas tecnológicas para atendimento, até o enfoque do acesso avançado (AA). O AA é um modelo de acesso que permite que o usuário seja atendido no mesmo ou em poucos dias após solicitar o atendimento, além de garantir longitudinalidade no cuidado. Isso reduz o tempo de espera e aumenta a satisfação da equipe e dos usuários⁴³.

Esse modelo mostra-se relevante para o acesso de pessoas idosas à APS, já que suas condições de saúde e capacidade funcional podem ser alteradas rapidamente a partir de intercorrências como quedas, doenças agudas, agudização de doenças crônicas, perda do cônjuge ou de pessoas próximas. Nesse contexto, foram apresentados indicadores que permitem avaliar, não o AA diretamente, por ainda ser pouco utilizado no Brasil, mas aspectos que envolvem esse modelo.

A maioria dos indicadores categorizados pelos especialistas na dimensão organizacional pode contribuir para a efetivação do AA, já que

levará a uma reflexão sobre o gerenciamento dos processos relativos aos fluxos dos usuários para balancear as relações entre demanda e oferta e reduzir o intervalo de tempo entre a expressão da demanda e seu efetivo atendimento. Estudos sobre o modelo têm demonstrado diminuição do tempo médio de espera entre a procura do usuário à unidade de saúde e sua efetiva consulta em no máximo 72 horas⁴⁴.

Outros dois indicadores categorizados na dimensão organizacional, “Percentual de pessoas idosas que percorrem até 3,6 quilômetros para chegar até à unidade de saúde” e “Percentual de pessoas idosas que percorrem até 30 minutos para chegar à unidade de saúde”, trazem um olhar intersetorial ao índice proposto, por ir além do campo da saúde. A distância e o tempo percorrido para chegar até a unidade vão depender de uma composição de fatores, como a disponibilidade de transporte e barreiras ambientais, condições que muitas vezes limitam o acesso à saúde⁴⁴.

Observa-se na literatura que estados na região Norte estão entre aqueles com maiores barreiras geográficas e menor oferta de serviços, o que impacta diretamente as condições de saúde da população adscrita⁴⁵. Considera-se também que os dados levantados pelo índice apontem essas barreiras geográficas, prevendo possíveis dificuldades dos usuários idosos ao tentar acessar a APS, cabendo aos gestores articular os recursos existentes dos diferentes territórios para eliminação dessas barreiras.

A padronização em 30 minutos e 3,6 km para a chegada até a unidade está de acordo com o índice de acesso à cidade, que representa um instrumento de incentivo às boas práticas na gestão da mobilidade. Esses números não refletem necessariamente a realidade brasileira, já que as desigualdades de acesso às oportunidades de saúde estão relacionadas às condições socioeconômicas, de transporte, mobilidade e acessibilidade física⁴⁶.

Assim, o processo de monitoramento em saúde por meio de índices busca superar as fragilidades da qualidade em saúde, indo além da dimensão individual e abrangendo os determinantes sociais que contribuem para a disponibilidade ou carência de recursos destinados à proteção das pessoas. Contudo, essa prática pode ser considerada complexa devido às técnicas e aos instrumentos empregados no processo de avaliação, bem como a compreensão teórica e percepção crítica de como as ações e serviços de saúde se inserem no contexto que se pretende analisar⁴⁷.

As fontes de dados que serão utilizadas também podem levar a vieses de informação relacionados ao mau registro ou à indisponibilidade de sistemas de informação adequados. Além disso, há a necessidade de explorar aspectos qualitativos do acesso, já que somente resultados numéricos são insuficientes para entender todo o contexto associado. O índice apresenta limitações quanto à avaliação de todas as dimensões relacionadas ao acesso, mas dirige-se às necessidades mais urgentes de intervenção para melhoria da oferta dos serviços de APS.

Um dos pontos fortes do IAPI-APS é que propõe um direcionamento para mudanças necessárias ao processo de trabalho das equipes, já que a prática do cuidado no sistema de saúde permanece com dificuldades para organizar as ações de modo a beneficiar a saúde integral,

considerando as especificidades da pessoa idosa. Além disso, o índice pode identificar possíveis barreiras sociais e geográficas que ameaçam o acesso da pessoa idosa à APS e, consequentemente, à oportunidade de manutenção ou melhoria de sua qualidade de vida.

Estudos futuros devem analisar a validade do IAPI-APS para os municípios e estados brasileiros conforme a realidade de cada território, já que o espaço é uma construção social e está subordinada a hábitos, costumes, alocação de recursos, produção de bens, serviços e a instituições encarregadas de produzir normas. É também a partir dessa construção social e suas disparidades que surge a heterogeneidade no processo de envelhecimento, justificando a necessidade de uma reflexão sobre todos os eixos estruturantes do cuidado integral à pessoa idosa.

Colaboradores

KOC Souza: contribuiu significativamente para a concepção e delineamento do estudo, bem como para a análise crítica dos dados coletados. Atuou na revisão e edição do texto final, garantindo a coerência metodológica e científica do trabalho. Além disso, participou ativamente da discussão dos resultados, agregando relevância teórica e prática à pesquisa. LA Fracolli: responsável pela concepção e delineamento do estudo. Participou ativamente da análise e interpretação dos dados, além de contribuir para a redação e revisão crítica do manuscrito, assegurando a precisão científica e a relevância dos resultados. S Timmons: contribuiu para a análise dos dados e participou da revisão crítica do manuscrito, oferecendo *insights* valiosos para o aprimoramento do conteúdo e da estrutura do artigo.

Referências

1. Silva DSM, Assumpção D, Francisco PMSB, Yassuda MS, Neri AL, Borim FSA. Doenças crônicas não transmissíveis considerando determinantes socio-demográficos em coorte de idosos. *Rev Bras Geriatr Gerontol* 2022; 25(5):e210204.
2. Sgarbieri VC, Pacheco MTB. Healthy human aging: intrinsic and environmental factors. *Braz J Food Technol* 2017; 20:e2017007.
3. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Atenção à Saúde Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. *Orientações técnicas para a implementação de Linha de Cuidado para Atenção Integral à Saúde da Pessoa Idosa no Sistema Único de Saúde – SUS*. Brasília: MS; 2018.
4. Tesser CD, Norman AH, Vidal TB. Acesso ao cuidado na Atenção Primária à Saúde brasileira: situação, problemas e estratégias de superação. *Saude Debate* 2018; 42(Esp.):361-378.
5. Johar M, Soewondo P, Pujisubekti R, Satrio HK, Adji A. Inequality in access to health care, health insurance and the role of supply factors. *Soc Sci Med* 2018; 213:134-145.
6. Miranda GMD, Mendes ACG, Silva ALA. O envelhecimento populacional brasileiro: desafios e consequências sociais atuais e futuras. *Rev Bras Geriatr Gerontol* 2016; 19(3):507-519.
7. Cu A, Meister S, Lefebvre B, Ridde V. Assessing healthcare access using the Levesque's conceptual framework – a scoping review. *Int J Equity Health* 2021; 20(1):116.
8. Pasquali L. Psicometria. *Rev Esc Enferm USP* 2009; 43:992-999.
9. Brasil. Ministério dos Direitos Humanos (MDH). *Estatuto da pessoa idosa: lei federal nº 14.423, de 22 de julho de 2022*. Brasília: MDH; 2022.
10. Alexandre NMC, Coluci MZPO. Validade de conteúdo nos processos de construção e adaptação de instrumentos de medidas. *Cien Saude Colet* 2011; 16(7):3061-3068.
11. Giovannella L, Fleury S. Serviços de saúde: acesso, processos, avaliação, aspectos econômicos, descrição de caso: Universalidade da atenção à saúde: acesso como categoria de análise. In: Eibenschutz C, organizadora. *Política de saúde: o público e o privado*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1996. p. 177-198.
12. Assis MMA, Jesus WLA. Acesso aos serviços de saúde: abordagens, conceitos, políticas e modelo de análise. *Cien Saude Colet* 2012; 17(11):2865-2875.
13. Levesque JF, Harris MF, Russell G. Patient-centred access to health care: conceptualising access at the interface of health systems and populations. *Int J Equity Health* 2013; 12:18.
14. Hempel S, Hilton LG, Stockdale S, Kaboli P, Miakel-Lye I, Danz M, Rose D, Kirsh S, Curtis I, Rubenstein LV. Defining Access Management in Health Care Delivery Organizations. *J Ambul Care Manage* 2018; 44(3):218-226.
15. Hernández-Nieto RA. *Contributions to Statistical Analysis: The Coefficients of Proportional Variance, Content Validity and Kappa*. Mérida: Universidad de Los Andes; 2002.
16. Cronbach LJ. Coefficient alpha and the internal structure of tests. *Psychometrika* 1951; 16:297-334.
17. Jannuzzi PDM. Indicadores para Diagnóstico, Monitoramento e Avaliação de Programas Sociais no Brasil. *Rev Serv Publico* 2005; 56(2):137-160.
18. GBD 2019 Healthcare Access and Quality Collaborators. Assessing performance of the Healthcare Access and Quality Index, overall and by select age groups, for 204 countries and territories, 1990-2019: a systematic analysis from the Global Burden of Disease Study 2019. *Lancet Glob Health* 2022; 10(12):e1715-e1743.
19. Nakata LC, Feltrin AF dos S, Chaves LDP, Ferreira JBB. Conceito de rede de atenção à saúde e suas características-chaves: uma revisão de escopo. *Esc Anna Nery* 2020; 24(2):e20190154.
20. Coelho LP, Motta LBD, Caldas CP. Rede de atenção ao idoso: fatores facilitadores e barreiras para implementação. *Physis* 2018; 28(4):e280404.
21. Ramos NP, Bocchi SCM. Rede de assistência integral à saúde do idoso: experiência de enfermeiros gerentes na atenção primária. *Cogitare Enferm* 2022; 27:e78217.
22. Noronha DO, Luz-Santos C, Novais HPO, Frank MH, Costa CM, Soub JC, Caires RM, Peixoto JMS, Santos KOB, Miranda JGV. Health care network model for older adults: a co-creation and participatory action research approach. *Geriatr Gerontol Aging* 2022; 16:e0220008.
23. Veras RP, Oliveira M. Envelhecer no Brasil: a construção de um modelo de cuidado. *Cien Saude Colet* 2018; 23(6):1929-1936.
24. Mrejen M, Rocha R, Millett C, Hone T. The quality of alternative models of primary health care and morbidity and mortality in Brazil: a national longitudinal analysis. *Lancet Reg Health Am* 2021; 13(4):100034.
25. Selman S, Siddique L. Role of Primary Care in Health Systems Strengthening Achievements, Challenges, and Suggestions. *Open J Soc Sci* 2022; 10(10):359-367.
26. Ndubuisi C, Ohadugha A, Ndukwe U. Contributions of Primary Health Care and Next Step Considerations: A Systematic Review. *J Biosci Med* 2022; 10(9):41-47.
27. Rodriguez Santana I, Mason A, Gutacker N, Kasteridis P, Santos R, Rice N. Need, demand, supply in health care: Working definitions, and their implications for defining access. *Health Econ Policy Law* 2023; 18(1):1-13.
28. Chávez GM, Rennó HMS, Viegas SME. A inter-relação da demanda e acessibilidade na Estratégia Saúde da Família. *Physis* 2020; 30(3):e300320.
29. Carneiro JLS, Ayres JRCM. Saúde do idoso e atenção primária: autonomia, vulnerabilidades e os desafios do cuidado. *Rev Saude Publica* 2021; 55:29.
30. Garrard JW, Cox NJ, Dodds RM, Roberts HC, Sayer AA. Comprehensive geriatric assessment in primary care: a systematic review. *Aging Clin Exp Res* 2020; 32(2):197-205.
31. Silva AI, Loccioni MFL, Orlandini RF, Rodrigues J, Peres GM, Maftum MA. Projeto terapêutico singular para profissionais da estratégia de saúde da família. *Cogitare Enferm* 2016; 21(3):1-8.

32. Mendes A, Melo MA, Carnut L. Análise crítica sobre a implantação do novo modelo de alocação dos recursos federais para atenção primária à saúde: operacionalismo e improvisos. *Cad Saude Publica* 2022; 38(2):e00164621.
33. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Portaria GM/MS nº 635, de 22 de maio de 2023. Institui, define e cria incentivo financeiro federal de implantação, custeio e desempenho para as modalidades de equipes Multiprofissionais na Atenção Primária à Saúde. *Diário Oficial da União* 2023; 23 maio.
34. Vargas ER, Macerata I. Contribuições das equipes de Consultório na Rua para o cuidado e a gestão da atenção básica. *Rev Panam Salud Publica* 2018; 42:e170.
35. Souza DS, Berlese DB, Cunha GL, Cabral SM, Santos GA. Análise da relação do suporte social e da síndrome de fragilidade em idosos. *Psic Saude Doenças* 2017; 18(2):420-433.
36. Machado VC. Direitos humanos e políticas públicas de saúde para populações específicas. *Rev Inter Saude Educação Ribeirão Preto* 2022; 3(1):2675-4827.
37. Dury S, De Roeck E, Duppen D, Fret B, Hoeyberghs L, Lambotte D, Van der Elst M, van der Vorst A, Schols J, Kempen G, Rixt Zijlstra GA, De Lepeleire J, Schoenmakers B, Kardol T, De Witte N, Verté D, De Donder L, De Deyn PP, Engelborghs S, Smetcoren AS, Dierckx E. Identifying frailty risk profiles of home-dwelling older people: focus on sociodemographic and socioeconomic characteristics. *Aging Ment Health* 2017; 21(10):1031-1039.
38. Tan V, Chen C, Merchant RA. Association of social determinants of health with frailty, cognitive impairment, and self-rated health among older adults. *PLoS ONE* 2022; 17(11): e0277290.
39. Thompson MQ, Theou O, Yu, Adams RJ. Frailty prevalence and factors associated with the frailty phenotype and frailty index: Findings from the North West Adelaide Health Study. *Australas J Ageing* 2018; 37(2):120-126.
40. Woo J, Goggins W, Sham A, Ho SC. Social Determinants of Frailty. *Gerontology* 2005; 51(6):402-408.
41. van Weel C, Kidd MR. Why strengthening primary health care is essential to achieving universal health coverage. *CMAJ* 2018; 190(15):E463-E466.
42. Mendes EV. O acesso à atenção primária à saúde [Internet]. 2016. [acessado 2022 mar 4]. Disponível em: https://ead.sms.fortaleza.ce.gov.br/plugin-file.php/4456/mod_forum/attachment/316/O%20ACESSO%20A%20ATEN%C3%87%C3%83O%20PRIM%C3%81RIA%20A%20SAUDE%20PDF.pdf?forcedownload=1
43. Rivas J. Advanced Access Scheduling in Primary Care: A Synthesis of Evidence. *J Healthc Manag* 2020; 65(3):171-184.
44. Delamater PL, Messina, JP, Shortridge AM, Grady SC. Measuring geographic access to health care: raster and network-based methods. *Int J Health Geogr* 2012; 11(1):15.
45. Oliveira RAD, Duarte CMR, Pavão ALB, Viacava F. Barreiras de acesso aos serviços em cinco Regiões de Saúde do Brasil: percepção de gestores e profissionais do Sistema Único de Saúde. *Cad Saude Publica* 2019; 35(11):e00120718.
46. Mobilidade Urbana. *Índice de acesso à cidade: um instrumento de incentivo às boas práticas na gestão da mobilidade*. São Paulo: Multiplicidade Mobilidade Urbana; 2022.
47. Sousa AN. Monitoramento e avaliação na atenção básica no Brasil: a experiência recente e desafios para a sua consolidação. *Saude Debate* 2018; 42(Esp.):289-301.

Artigo apresentado em 03/05/2023

Aprovado em 12/12/2023

Versão final apresentada em 14/12/2023

Editores-chefes: Maria Cecília de Souza Minayo, Romeu Gomes, Antônio Augusto Moura da Silva