



UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO

Centro de Ciências da Saúde

Programa de Pós-Graduação em Gerontologia

CASSANDRA MUNIQUE BISMARCK LOPES

ATENÇÃO INTEGRAL A SAÚDE: ENTENDIMENTO DOS  
PROFISSIONAIS QUE ATUAM NA ESTRATÉGIA DE  
SAÚDE DA FAMÍLIA E DAS PESSOAS IDOSAS  
ATENDIDAS

Recife, 2016

CASSANDRA MUNIQUE BISMARCK LOPES

ATENÇÃO INTEGRAL A SAÚDE: ENTENDIMENTO DOS  
PROFISSIONAIS QUE ATUAM NA ESTRATÉGIA DE  
SAÚDE DA FAMÍLIA E DAS PESSOAS IDOSAS  
ATENDIDAS

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Gerontologia do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco/UFPE, para obtenção do título de Mestre em Gerontologia.

**Orientadora: Profa. Dra. Isolda Belo da Fonte**

**Co-orientadora: Profa. Dra. Maria Lúcia Gurgel da Costa**

Recife, 2016

Catálogo na fonte:  
bibliotecário: Aécio Oberdam, CRB4:1895

L864a      Lopes, Cassandra Munique Bismarck.  
              Atenção integral à saúde: entendimento dos profissionais que atuam na  
              estratégia de saúde da família e das pessoas idosas / Cassandra Munique  
              Bismarck Lopes. – Recife: o autor, 2016.  
              126 f.; il; 30 cm.

              Orientadora: Isolda Belo da Fonte.  
              Dissertação (mestrado) – Universidade Federal de Pernambuco. Centro  
              de Ciências da Saúde. Programa de pós-graduação em gerontologia.  
              Inclui referências, apêndices e anexos.

              1. Saúde do idoso. 2. Atenção primária a saúde. 3. Fatores de risco. 4.  
              Integralidade. I. Fonte, Isolda Belo da (orientadora). II. Título.

612.67 CDD (23.ed.)

UFPE (CCS 2018 - 039)

CASSANDRA MUNIQUE BISMARCK LOPES

ATENÇÃO INTEGRAL A SAÚDE: ENTENDIMENTO DOS  
PROFISSIONAIS QUE ATUAM NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA  
FAMÍLIA E DAS PESSOAS IDOSAS ATENDIDAS

Dissertação aprovada em:

BANCA EXAMINADORA:

---

Profa. Dra. Isolda Belo da Fonte (Orientadora)

---

Profa. Dra. Vanessa Lima (Membro Titular Interno)

---

Profa. Dra. Kátia Magdala (Membro Titular Externo)

---

Profa. Dra. Márcia Carrera Campos Leal (Membro Suplente Interno)

---

Profa. Dra. Valéria Leite (Membro Suplente Externo)

*Aos meus pais, meus futuros idosos, que serão amados e cuidados por mim com muito carinho.*

*A minha irmã, cunhado e sobrinho, muito obrigada.*

*E aos profissionais de Saúde e Pessoas Idosas.*

## AGRADECIMENTOS

Primeiramente, agradeço ao Autor da minha existência, sem sua força e coragem, não chegaria até aqui. Desde o início dessa Pós-Graduação, senti suas mãos poderosas guiando meus caminhos, abrindo portas e fazendo milagres. A Deus, minha imensa gratidão, meu eterno amor e minha subserviência, meu *Aba Pai!* Querido;

Aos profissionais de saúde e às pessoas idosas que contribuíram de forma brilhante, para que tudo se tornasse possível. Obrigada por suas percepções, suas falas e experiências, por terem saído dos seus afazeres cotidianos, e darem importância ao que acreditavam como verdade, minha gratidão por terem construído comigo o conhecimento científico;

As minhas orientadoras e co-orientadora, Profa. Dra. Isolda Belo da Fonte e a Profa. Dra. Maria Lúcia Gurgel, agradeço pela paciência, orientações pertinentes. Obrigada por terem investido nesse desafio e por acreditarem que eu chegaria até o fim. Grata pelo crescimento e aprendizado, sobretudo, pela linda amizade e carinho. “Quando crescer” preciso ser igual a vocês, preciso ser a docente e pesquisadora que vocês são. Minha eterna gratidão, estarei à disposição sempre;

Ao Programa de Pós-graduação em Gerontologia da Universidade Federal de Pernambuco, agradeço pela rica oportunidade de aprendizado acadêmico, profissional e de vida, agradeço pelo acolhimento, pelo sentimento de pertencimento, por ter gerado em mim a certeza que meus sonhos não estavam equivocados, pelo privilégio de conhecer docentes brilhantes e poder aprender com eles, por ter uma equipe de profissionais maravilhosos, prestativos, empáticos e resolutivos. Grata pela promoção da minha carreira acadêmica como Docente, e por terem permitido mergulhar nesse mar do conhecimento da ciência “Gerontologia”, quero sair dele mais nunca;

Aos meus pais, por nunca duvidarem do meu potencial, por acreditarem mais em mim, do que eu mesma, pelo incentivo, por estarem comigo sempre, pela paciência e acolhimento nos dias de tristeza, pelos exemplos de vida, força e coragem. Em especial à minha mãe, por abrir mão da sua carreira profissional, para se dedicar ao exercício de ser mãe. Quantas noites ela esteve ao meu lado, ensinando a ter foco, disciplina, caráter e fé. Hoje colhes o fruto de tamanho amor! Ao meu pai, pelo incentivo pessoal de vida, pela integridade, pelo exemplo de pessoa, bondade e determinação. Sou literalmente fruto do que vocês plantaram e ver vocês envelhecendo, me encoraja a conhecer mais e mais sobre os mistérios de ser velho.

A minha irmã, pelo exemplo de vida, saibas que me encorajas sempre. Se pudesse escolher uma irmã, não me cansaria de pedir a Deus, por você. Obrigada por ter me encorajado a não desistir, vivemos experiências acadêmicas juntas, sempre! Apesar da distância me ensinas constantemente a ser mestre por excelência. Parte desse sonho, sem sombra de dúvidas, também é seu, te amo.

Ao meu sobrinho, por cada gesto seu, carinho e amor, por provar diariamente que as relações entre gerações, é tão possível quanto. Por investir sua energia de vida, na relação de amor com seus avós, e provar que o envelhecer ao lado deles, é fonte de sabedoria, aprendizado, respeito, cuidado e amor. Que bom, poder passar para ele, esses valores e aprendizado. Minha gratidão por acreditar que ficar velhinho é sinônimo de amor. Espero que esse aprendizado faça parte da sua base de vida;

Aos meus Avós (*in memoriam*), por ter possibilitado a convivência entre eles, por ter plantado em meu coração a semente do amor à pessoa que envelhece, obrigada por ter ensinado desde pequena, a respeitá-los e amá-los, infelizmente, não tivemos muito tempo juntos;

As minhas chefias, pela confiança no meu trabalho, por terem desde o início do Mestrado investido na minha formação, e por terem proporcionado a maravilhosa vivência com a Política de Saúde da Pessoa Idosa. Como cresci pessoalmente e profissionalmente, a experiência foi sem sombra de dúvida, paralela à academia. Muito grata pela compreensão, por acreditarem nos meus ideais e investirem naquilo que a ciência aponta, para a melhoria de vida das pessoas que envelhecem. Espero contribuir por muito tempo e trazer da universidade aquilo que pode melhorar o cotidiano das pessoas idosas do município de Recife-PE;

As minhas amigas e aos meus amigos, companheiros de luta e vida, por estarem comigo em todo momento, verdadeiramente, ter amigos é uma preciosidade divina. Todos sem exceção são muito especiais para mim, cada um, com suas singularidades contribuíram para eu ter chegado até aqui. Obrigada pelo ombro amigo, pela paciência, desculpas pelas ausências, minha gratidão e fidelidade sempre.

*“Não sei se a vida é curta ou longa para nós, mas  
sei que, nada do que vivemos tem sentido, se não  
tocarmos o coração das pessoas”*

**Cora Coralina**

## RESUMO

O objetivo do presente estudo foi identificar o entendimento das pessoas idosas e dos profissionais de saúde acerca da atenção integral e dos fatores de risco para perda da capacidade funcional nas ações desenvolvidas na Estratégia de Saúde da Família. Ele caracterizou-se como do tipo exploratório, qualitativo e de corte transversal, sendo realizado no município de Recife/Pernambuco, especificamente no Distrito Sanitário V. Participaram 10 profissionais de saúde e 05 pessoas idosas da Estratégia de Saúde da Família do referido distrito. Foram realizados 02 Grupos Focais e aplicados 02 questionários semiestruturados para conhecimento dos dados sociodemográficos, sendo um para cada grupo de participantes. A fim de nortear as discussões foram utilizados roteiros estruturados. O estudo foi iniciado após aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal de Pernambuco. Para análise dos dados coletados, optou-se pela Análise de Conteúdo e Análise Léxica, esta última realizada pelo *software* IRAMUTEQ. Dos dados fornecidos pelos questionários sociodemográficos surgiram 02 perfis, enquanto que, da análise de conteúdo, foram construídas 03 categorias temáticas são elas: (1) Percepções sobre a pessoa idosa, a estratégia de saúde da família e as equipes de saúde; (2) Atenção à saúde da pessoa idosa; (3) Identificação dos fatores de risco para perda da capacidade funcional e a integralidade da atenção à saúde da pessoa idosa. Das Análises Léxicas realizadas apareceu uma categoria principal, perfazendo um total de 04 categorias: (4) As significações e correlações dos entendimentos das pessoas idosas e dos profissionais de saúde, acerca da atenção integral e os fatores de risco para perda da capacidade funcional nas ações desenvolvidas na Estratégia de Saúde da Família, que numa formatação didática se subdividiu em: 1) Plano fatorial das palavras mais significativas; 2) Árvore máxima de similitude; e 3) Nuvem representativa da Análise Lexical. Verificou-se que nos atendimentos dos profissionais de saúde na Estratégia Saúde da Família não há a compreensão e nem utilização de instrumentos avaliativos que identifiquem precocemente os fatores de risco para perda da capacidade funcional. Nas percepções dos participantes não há integralidade nas ações de saúde. Contudo, impera-se o debruçar dos Gestores no âmbito Estadual e Municipal, na perspectiva de promoverem uma melhor organização das ofertas de saúde e a construção de uma rede de cuidados voltados para esta população, que permita de forma efetiva: a garantia de acesso, o acolhimento, a escuta qualificada e critérios avaliativos implicados em responsabilização e resolutividade. Esta nova organização deve levar ao acionamento de redes multidisciplinares, no sentido da prevenção de fatores de risco que possam comprometer a Capacidade Funcional das pessoas idosas.

**PALAVRAS-CHAVE:** Saúde do Idoso. Atenção Primária à Saúde. Fatores de Risco. Integralidade.

## ABSTRACT

The aim of this study was to identify the understanding of older people and health professionals about the comprehensive care and risk factors for loss of functional capacity in activities developed in the Family Health Strategy. He was characterized as an exploratory, qualitative and cross-sectional, being held in the city of Recife / Pernambuco, specifically in the Sanitary District V. A total of 10 health professionals and 05 elders of the Health Strategy of the said district family. 02 were conducted focus groups and semi-structured questionnaires applied 02 to knowledge of the demographic data, one for each group of participants. In order to guide the discussions structured scripts were used. The study was initiated after approval by the Research Ethics Committee of the Federal University of Pernambuco. For data analysis, we chose the Content Analysis and Lexical Analysis, the latter performed by IRAMUTEQ software. Data provided by sociodemogárficos questionnaires emerged 02 profiles, while the content analysis, were built 03 thematic categories which are: (1) Perceptions of the elderly, the family health strategy and health teams; (2) Health care of the elderly; (3) Identification of risk factors for loss of functional capacity and comprehensiveness of health care for the elderly. The analysis Lexical made appeared a main category, a total of 04 categories: (4) The meanings and correlations of understanding of older people and health professionals about the comprehensive care and risk factors for loss of functional capacity in actions developed in the Family Health Strategy, which in a didactic format was divided into: 1) factorial plan of the most significant words; 2) Maximum Tree of similitude; and 3) representative Cloud Lexical Analysis. It was found that in the care of health professionals in the Family Health Strategy there is no understanding and no use of evaluation tools to identify early risk factors for loss of functional capacity. The perceptions of participants there is no integrity in health care. However, impera is the address of the managers at the State level and Municipal with a view to promote a better organization of health offers and building a network of care toward this population, enabling effectively: ensuring access, the reception, qualified listening and involved evaluative criteria in accountability and resoluteness. This new organization should take to drive multidisciplinary networks, towards the prevention of risk factors that may compromise the functional capacity of older people.

**KEYWORDS:** Aging Health. Primary Health Care. Risk Factors. Completeness.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

<b>Figura 1.</b> Percepção dos profissionais sobre a pessoa idosa. Recife/PE, Brasil, 2016. ....	40
<b>Figura 2.</b> A Estratégia de Saúde da Família: percepção dos profissionais de saúde. Recife/PE, Brasil, 2016. ....	43
<b>Figura 3.</b> Situações que comprometem a atenção à saúde da pessoa idosa nas ESF: percepção dos profissionais de saúde. Recife/PE, Brasil, 2016. ....	44
<b>Figura 4.</b> Situações que comprometem a atenção à saúde da pessoa idosa nas ESF: percepção das pessoas idosas. Recife/PE, Brasil, 2016. ....	45
<b>Figura 5.</b> Princípios organizativos e doutrinários do Sistema Único de Saúde. Recife/PE-Brasil, 2016. ....	50
<b>Figura 6.</b> Acesso à saúde na dimensão geográfica. Recife/PE, Brasil, 2016. ....	52
<b>Figura 7.</b> Acesso à saúde na dimensão sócio-organizacional. Recife/PE, Brasil, 2016. ....	53
<b>Figura 8.</b> Plano fatorial das palavras mais significativas das pessoas idosas. Recife/PE, Brasil, 2016. ....	80
<b>Figura 9.</b> Plano fatorial das palavras mais significativas dos profissionais de saúde. Recife/PE, Brasil, 2016. ....	81
<b>Figura 10.</b> Árvore máxima de similitude (pessoas idosas). Recife/PE, Brasil, 2016. ....	83
<b>Figura 11.</b> Árvore máxima de similitude (profissionais de saúde). Recife/PE, Brasil, 2016. ....	84
<b>Figura 12.</b> Nuvem representativa da análise lexical (pessoas idosas). Recife/PE, Brasil, 2016. ....	85
<b>Figura 13.</b> Nuvem representativa da análise lexical (profissionais). Recife/PE, Brasil, 2016. ....	86

## LISTA DE TABELAS

<b>Tabela 1.</b> Perfil Sociodemográfico dos profissionais. Recife/PE, Brasil, 2016.....	33
<b>Tabela 2.</b> Perfil Sociodemográfico das Pessoas Idosas. Recife/PE, Brasil, 2016.....	36
<b>Tabela 3.</b> Atendimento de Saúde na ESF na percepção das Pessoas Idosas. Recife/PE, Brasil, 2016.....	59
<b>Tabela 4.</b> Atendimento de Saúde na ESF na percepção dos Profissionais. Recife/PE, Brasil, 2016. ....	61

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS: Agente Comunitário de Saúde  
AFC: Análise Fatorial de Correspondência  
APS: Atenção Primária em Saúde  
ASB: Auxiliar de Saúde Bucal  
CD: Cirurgião Dentista  
CEP: Comitê de Ética em Pesquisa  
CF: Capacidade Funcional  
CF: Constituição Federal  
CHD: Classificação Hierárquica Descendente  
DS: Distrito Sanitário  
ESB: Equipe de Saúde Bucal  
ESF: Estratégia Saúde da Família  
GF: Grupo Focal  
IBGE: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística  
LOS: Lei Orgânica da Saúde  
MICRO: Micro área  
NASF: Núcleo de Apoio de Saúde da Família  
PNH: Política Nacional de Humanização  
PNI: Política Nacional do Idoso  
PNSPI: Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa  
PSF: Programa Saúde da Família  
RT: Reunião Técnica  
SB: Saúde Bucal  
SUS: Sistema Único de Saúde  
TCLE: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido  
TSB: Técnico de Saúde Bucal  
UFPE: Universidade Federal de Pernambuco  
VD: Visita Domiciliar  
ZEIS: Zonas Especiais de Interesse Social

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b>	<b>15</b>
1.1 DELIMITAÇÃO DO PROBLEMA	15
<b>2 REVISÃO DE LITERATURA</b>	<b>17</b>
2.1 O SISTEMA DE SAÚDE BRASILEIRO	17
2.2 INTEGRALIDADE DA ATENÇÃO À SAÚDE	19
2.3 CAPACIDADE FUNCIONAL E OS FATORES DE RISCO PARA A PERDA DA FUNCIONALIDADE.	20
2.4 ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE E CUIDADO DO IDOSO	21
<b>3 OBJETIVOS</b>	<b>23</b>
3.1 GERAL	23
3.2 ESPECÍFICOS	23
<b>4 CAMINHO METODOLÓGICO</b>	<b>24</b>
4.1 DELINEAMENTO DO ESTUDO	24
4.2 LOCAL DO ESTUDO	24
4.3 POPULAÇÃO DO ESTUDO	25
4.6 PROCEDIMENTOS DE COLETAS DE DADOS	26
4.7 ANÁLISE DOS DADOS	28
4.8 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS	30
<b>5 RESULTADOS E DISCUSSÃO</b>	<b>32</b>
5.1 PERFIL SÓCIODEMOGRÁFICO	32
5.1.1 Perfil dos profissionais de saúde	32
5.1.2 Perfil das pessoas idosas	35
5.2 PERCEPÇÕES SOBRE A PESSOA IDOSA, A ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA E AS EQUIPES DE SAÚDE	38
5.2.1 A pessoa idosa: percepções dos profissionais	38
5.2.2 A estratégia de saúde da família: percepções dos profissionais e das pessoas idosas	42
5.2.3 Equipe de saúde: percepções das pessoas idosas	47
5.3 A ATENÇÃO À SAÚDE DA PESSOA IDOSA	50
5.3.1 O acesso à saúde das pessoas idosas	50
5.4 IDENTIFICAÇÃO DOS FATORES DE RISCO PARA A PERDA DA CAPACIDADE FUNCIONAL E A INTEGRALIDADE DA ATENÇÃO À SAÚDE DA PESSOA IDOSA.	74
5.5 AS SIGNIFICAÇÕES E CORRELAÇÕES DOS ENTENDIMENTOS DAS PESSOAS IDOSAS E DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE DA ESF	79
5.5.1 Plano fatorial das palavras mais significativas	79

5.5.2	Árvore máxima de similitude	82
5.5.3	Nuvem representativa da análise lexical	85
<b>6</b>	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b>	<b>88</b>
<b>7</b>	<b>REFERÊNCIAS</b>	<b>93</b>
	<b>APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO</b>	<b>107</b>
	<b>APÊNDICE B - FORMULÁRIO SÓCIODEMOGRÁFICO PESSOA IDOSA</b>	<b>109</b>
	<b>APÊNDICE C - FORMULÁRIO SÓCIODEMOGRÁFICO PROFISSIONAL</b>	<b>110</b>
	<b>APÊNDICE D - ROTEIRO GRUPO FOCAL COM PROFISSIONAIS</b>	<b>111</b>
	<b>APÊNDICE E - ROTEIRO GRUPO FOCAL COM PESSOAS IDOSAS</b>	<b>114</b>
	<b>ANEXO A - PARECER CONSUBISTÂNCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA</b>	<b>117</b>
	<b>ANEXO B - CARTA DE ANUÊNCIA</b>	<b>122</b>

# 1 INTRODUÇÃO

## 1.1 DELIMITAÇÃO DO PROBLEMA

A ampliação da expectativa de vida da população mundial, sem dúvida, pode ser considerada como um dos maiores feitos da humanidade. No Brasil, a população está envelhecendo de forma rápida e intensa em comparação aos outros países (SANTOS; SILVA, 2013).

Frente a essa mudança observa-se a ocorrência do aumento na demanda de saúde decorrente da maior vulnerabilidade física da população idosa desafiando os modelos tradicionais de cuidado. Essas novas demandas necessitam de políticas sociais envolvendo o Estado e a Sociedade de maneira a prestar uma assistência mais adequada a este grupo etário (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014; VERAS, 2013; CALDAS et al, 2013).

A prática dos cuidados em saúde às pessoas idosas proposta pela Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI) preconiza que seja ofertado ao idoso uma abordagem global, interdisciplinar e multidimensional, que leve em consideração as interações entre os fatores físicos, psicológicos e sociais, que influenciam a saúde desses indivíduos e a importância do ambiente no qual está inserido considerando sua integração na família e na comunidade. Dessa forma, então, garante-se a Atenção Integral à Saúde da Pessoa Idosa (BRASIL, 2006).

A PNSPI aponta em seus pressupostos basilares, a Atenção Primária em Saúde (APS) como porta de acesso para a atenção à saúde do coletivo idoso, servindo como referência para a rede especializada de serviços de média e alta complexidade. Defende, ainda, a necessidade de incorporação à APS de mecanismos que promovam a melhoria da qualidade e aumento da resolutividade da atenção à pessoa idosa:

“[...] com envolvimento dos profissionais da atenção básica e das equipes de Saúde da Família, incluindo a atenção domiciliar e ambulatorial, com incentivo à utilização de instrumentos técnicos validados, como de avaliação funcional e psicossocial” (BRASIL, 2006, p.9).

Entretanto, observa-se que o modelo preconizado pelo Sistema Único de Saúde (SUS), apesar dos grandes avanços, ainda se caracteriza pela fragmentação de serviços e programas, de ações e práticas clínicas incoerentes entre as ofertas de serviços e as necessidades de atenção da população idosa (MENDES, 2011; VERAS et al, 2013).

A atenção à pessoa idosa implica na construção de novas práticas de saúde e requer uma ampliação do olhar voltando-se para as especificidades e singularidades dessa população, incluindo a organização dos cuidados, a garantia de acesso, acolhimento e

abordagens humanizadas nos serviços de saúde. Deve, portanto, propiciar uma escuta qualificada e critérios avaliativos, traduzidos em responsabilização e resolutividade, levando ao acionamento de redes internas, externas e multidisciplinares na perspectiva da prevenção de fatores de risco que comprometam a Capacidade Funcional dessas pessoas (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014; MALTA, 2013; COSTA, CIOSEK, 2010).

A Capacidade Funcional (CF) surge como um valor ideal para que a pessoa idosa seja capaz de realizar atividades físicas e mentais necessárias para a manutenção de suas atividades básicas, tais como: tomar banho, vestir-se, realizar higiene pessoal, deslocar-se, alimentar-se, manter a continência urinária, preparar suas refeições, ter controle financeiro, entre outras (DE FARIAS BISPO et al, 2012).

Nessa perspectiva o coletivo idoso estaria contemplado com uma nova modelagem de sistema de saúde. Entretanto, apesar desse novo paradigma, pergunta-se: Como está sendo compreendida e exercida essa nova concepção de integralidade da atenção à saúde da pessoa idosa pelos profissionais e pelos usuários do serviço? Estão sendo observados os fatores de risco para perda da funcionalidade de forma a adotar medidas preventivas?

Tendo em vista a necessidade de uma abordagem na perspectiva da integralidade pergunta-se: nos atendimentos dos profissionais de saúde na Estratégia Saúde da Família, há a compreensão sobre a importância da identificação precoce de fatores de risco para perda da capacidade funcional? Na percepção das pessoas idosas e dos profissionais a integralidade das ações e os riscos para as perdas funcionais se correlacionam? Se não, por quê?

Dessa forma, na tentativa de responder aos pressupostos acima, o objetivo desta pesquisa, visou identificar o entendimento das pessoas idosas e dos profissionais de saúde acerca da atenção integral e dos fatores de risco para perda da capacidade funcional nas ações desenvolvidas na Estratégia de Saúde da Família.

## **2 REVISÃO DE LITERATURA**

### **2.1 O SISTEMA DE SAÚDE BRASILEIRO**

A saúde pública brasileira contou com poucos dispositivos, ao longo da história, para acompanhar as transformações de saúde e sociais que estavam acontecendo na década de 60. Como conseguinte, observava-se uma assistência em saúde permeada por precariedade de serviços e ações ofertadas para a população em geral, que permanecem até hoje (BRASIL, 2004; MARIN, PANES, 2015).

A partir da década de 80, avanços significativos no campo da saúde, marcados pela abertura democrática e pelas lutas de movimentos sociais, protagonizados pelo movimento de Reforma Sanitária, que na 8.<sup>a</sup> Conferência Nacional de Saúde, travou discussões importantes na defesa de saúde como uma garantia de direito para todos e dever do estado, tendo como estrutura fundamental os princípios da integralidade, universalidade, equidade e descentralização (BRASIL, 2009).

As proposições desse movimento foram consideradas para elaboração da Constituição Federal (CF) de 1988, surgindo assim, o Sistema Único de Saúde. A Constituição incorporou uma concepção ampliada de saúde vista como direito à cidadania.

“A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (ART. 196. CF,1988).

No sentido de consolidar os compromissos atribuídos ao SUS na Constituição, a Lei 8.080 de 19 de setembro de 1990 foi estabelecida, e dispõe sobre as condições necessárias para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes (BRASIL, 2004).

Seguindo essa lógica, a Lei 8.142 de 28 de dezembro de 1990 dispõe principalmente sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde. Ambas as leis, consideradas Lei Orgânica da Saúde (LOS), ou seja, leis infraconstitucionais, que regem legalmente o cumprimento constitucional da proteção e da defesa da saúde (BRASIL, 2004; CONASS, 2009).

Ao considerar o conceito ampliado de processo saúde e doença, o Sistema Único de Saúde (SUS) em seus diferentes determinantes e condicionantes, visa estabelecer políticas

que se propõem a agir frente às necessidades de saúde do coletivo populacional dando ênfase a atenção primária à saúde (ALMEIDA; MACINKO, 2006).

Apesar da evolução no acesso à saúde, o sistema de saúde brasileiro, tanto na esfera do SUS, como na rede privada, vem sofrendo a pressão da grande demanda por serviços decorrentes do envelhecimento acelerado, impondo a necessidade de organização desses sistemas, exigindo cuidados que ainda são desafios para os gestores e profissionais da saúde (COSTA et al, 2015; VERAS, 2015; PEREZ, LOURENÇO, 2013).

O primeiro instrumento específico de garantia dos direitos sociais e de saúde, específico para pessoa idosa, foi implementado em 1994, com a publicação da Política Nacional do Idoso (PNI), por meio da Lei 8842/94:

“A política nacional do idoso tem por objetivo assegurar os direitos sociais do idoso, criando condições para promover sua autonomia, integração e participação efetiva na sociedade” (Art.1.º, LEI 8842/94).

Apesar de objetivar os direitos sociais a PNI apontou as competências das ações governamentais e de entidades públicas no campo da saúde. Estas visavam a garantia ao idoso à assistência à saúde, nas diversas esferas de atendimento do SUS, de forma a proporcionar: a prevenção, promoção, proteção e recuperação à saúde do idoso (Art.10.º, inciso II, LEI 8842/94).

A garantia da atenção à saúde e direitos da pessoa idosa, foi definitivamente firmada, em 2003, com a publicação da LEI 10.741, que assegurou a Atenção Integral à saúde da população idosa, por meio do SUS. Esta lei garantiu a pessoa idosa, o acesso universal e igualitário, em conjunto articulado e contínuo das ações e serviços, para a prevenção, promoção, proteção e recuperação da saúde, incluindo cuidado especial às doenças que afetam preferencialmente os idosos (LEI 10.741/2003).

Em 2006, foi publicada a Portaria de n.º 399, que contempla o Pacto entre os gestores do SUS, em três dimensões: pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão. O Pacto pela Vida firma o compromisso entre os gestores do SUS, na perspectiva das prioridades que apresentam impacto sobre a situação de saúde da população brasileira. A Saúde do idoso está entre as 06(seis) prioridades pactuadas neste documento.

Neste mesmo período, foi aprovada a Portaria nº 2.528 de 19 de outubro de 2006, que institui a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, que tem por finalidade:

“[...] recuperar, manter e promover a autonomia e a independência dos indivíduos idosos, direcionando medidas coletivas e individuais de saúde para esse fim, em consonância com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde” (BRASIL, 2006, p.3).

A Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI) fundamentou a ação do setor saúde na perspectiva da atenção integral à população idosa. Para alcançar seus objetivos, tem como diretrizes: o cuidado ampliado para as demandas biopsicossociais nas relações de vínculo entre os profissionais de saúde, e oferta de cuidados nos diferentes níveis, de acordo com a necessidade da pessoa idosa, visando à integralidade nas ações intersetoriais, o provimento de recursos indispensáveis, que garantam a qualidade da atenção à saúde, o incentivo à participação social no que diz respeito ao controle social, a formação continuada dos profissionais de saúde quanto ao envelhecimento humano, bem como, o apoio ao desenvolvimento de estudos e pesquisas, entre outros (BRASIL, 2006; COUTINHO et al, 2013).

Estas legislações tiveram um papel fundamental para implementação de ações de saúde voltadas para a integralidade propondo: a promoção do envelhecimento saudável, a manutenção e a melhoria da capacidade funcional dos idosos, a prevenção de doenças, a recuperação e reabilitação para aqueles que já estão com a capacidade funcional restrita (BRASIL, 1990; BRASIL 1994).

## 2.2 INTEGRALIDADE DA ATENÇÃO À SAÚDE

A integralidade, vista na Lei Orgânica da Saúde como um princípio, “é entendida como um conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema” (BRASIL, 1990).

Esse princípio visa assegurar ao usuário uma atenção que inclui ações de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação. Isto significa que, o atendimento prestado, necessita se direcionar para a saúde e não apenas para a doença. As ações preconizadas por este princípio formam um todo que não podem ser compartimentalizadas. Assim, os serviços de saúde prestados, em diferentes graus de complexidade, são um todo indivisível, configurando desta maneira, um sistema capaz de prestar assistência integral (BRASIL, 2016; ARAÚJO; MIRANDA; BRASIL, 2014).

A integralidade instituída pelo SUS representa uma mudança no modelo tradicional de saúde existente no Brasil. Ela remete à interdisciplinaridade do cuidado de um indivíduo como um todo, nas relações de serviços e entre os diferentes níveis de atendimento e nas relações de trabalho entre as equipes de saúde (COUTINHO et al, 2013; VIEGAS, PENNA, 2013).

Alcançar a atenção integral à saúde é encontrar práticas intersubjetivas entre os profissionais e os sujeitos desenvolvendo práticas dialógicas. Coutinho et al (2013), afirmam que o diálogo entre o indivíduo e os profissionais de saúde, promove a compreensão do contexto exposto, permitindo a apreensão da necessidade e o desenvolvimento de habilidades para reconhecer cada situação de forma singular. Assim, segundo os autores, “pleitear a integralidade é promover ações de saúde que aconteçam em sintonia com o contexto singular de cada relação” (MATTOS, 2004).

Desse modo, a integralidade permite olhar a pessoa em sua totalidade, ainda que não seja possível alcançar em sua plenitude, considerando todas as dimensões humanas passíveis de intervenção. O atendimento integral extrapola a estrutura organizacional, hierarquizada e regionalizada da assistência de saúde, visando à qualidade real da atenção individual e coletiva, requisitando o compromisso contínuo de aprendizado e de práticas multiprofissionais (MACHADO et al, 2007).

### 2.3 CAPACIDADE FUNCIONAL E OS FATORES DE RISCO PARA A PERDA DA FUNCIONALIDADE.

O sistema de saúde no Brasil aplicado a esta população, ainda funciona com poucos pontos de atenção, e que não se articulam entre si (hospitais, ambulatórios e instituições de longa permanência). Os pacientes acabam entrando nessa rede desarticulada num estágio bastante avançado da doença. Em geral, a porta de entrada na saúde, dessa população, acaba sendo a emergência do hospital (GRAGNOLATI et al, 2011; PORTER, 2009).

Veras et al (2013), apontam que tal modelo além de inadequado e anacrônico, tem uma péssima relação entre o custo e o benefício, uma vez que centrado no hospital, acaba utilizando de forma intensiva tecnologias de alto custo, havendo uma sobrecarga dos usuários nos níveis de maior complexidade pela carência de cuidados na Atenção Primária.

A identificação dos riscos e a integralidade da atenção nos diferentes pontos da rede são o âmago da lógica da atenção integral à pessoa idosa, uma vez que, identificados precocemente os riscos, menor será o impacto das doenças crônicas na funcionalidade desses indivíduos (VERAS et al, 2013).

A intervenção precoce e a prevenção dos agravos, em todos os seus níveis, perpassa pela ideia da integralidade. A PNSPI aponta que estas ações são sempre preferíveis a intervenções tardias. Entretanto, se faz necessária a vigilância de todos os membros da equipe de saúde, a aplicação de instrumentos avaliativos e de testes de triagem para detecção de distúrbios cognitivos, visuais, de mobilidade, de audição, de depressão e do

comprometimento da capacidade funcional (MACHADO et al, 2007; MOTTA, AGUIAR, 2007; BRASIL, 2006; COSTA, CIOSAK, 2010).

Moraes (2014) aponta em seu estudo, que a capacidade funcional é um indicador de saúde importante e que deve ser pontuada nas ações de saúde, desde a Atenção Primária em Saúde (APS) até os níveis mais complexos de atenção. Segundo o autor, uma pessoa é considerada saudável, quando capaz de realizar as tarefas do cotidiano, de forma independente e autônoma, mesmo na presença de doenças.

A perda da funcionalidade em pessoas idosas ocorre frequentemente em um contexto de múltiplos e complexos problemas de saúde traduzidos em forma de síndromes geriátricas, tais como: instabilidade postural, insuficiência cognitiva, imobilidade, incontinência e iatrogenias. Esse conceito está fortemente relacionado com o termo “*fragilidade*” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014; CALDAS et al, 2013).

A fragilidade vem sendo utilizada em pesquisas para representar: a) presença de condições crônicas preditoras do declínio funcional, institucionalização e/ou óbito; e b) dependência funcional estabelecida (MORAES, 2014).

O reconhecimento precoce dos fatores de risco para a perda funcional pelos profissionais de saúde traz implicações importantes para o cotidiano da pessoa idosa, uma vez que ele permite reduzir o intervalo entre a doença e a morte, além de evitar internações desnecessárias. O reconhecimento desses fatores e a prevenção deles, bem como o cuidado representam a parte fundamental para prevenção futura da incapacidade funcional.

## 2.4 ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE E CUIDADO DO IDOSO

A Estratégia Saúde da Família (ESF) consolidou-se como uma estratégia prioritária na reorganização da atenção primária à saúde, a partir de 1998. É considerada a porta de entrada principal para atenção à saúde da população e a referência para a rede de serviços especializados de média e alta complexidade (COSTA, CIOSAK, 2010).

Este serviço tem como principais ações: identificar os problemas de saúde dos indivíduos e famílias; propor intervenções a estes problemas; consolidar planejamento estratégico local e ações específicas em relação aos grupos com maior risco de adoecimento e morte. Ainda seguindo a lógica do SUS, corresponde a: adstrição da clientela, integralidade e hierarquização assegurando a referência e a contra-referência para níveis superiores de complexidade. Tem como composição mínima o médico de família, o enfermeiro, o auxiliar de enfermagem, o cirurgião dentista, o técnico de saúde bucal e os

Agentes Comunitários de Saúde (ACS) (OLIVEIRA, TAVARES, 2010; COSTA, CIOSAK, 2010).

A pessoa idosa deverá ser acolhida por esta equipe ou pela Unidade Básica de Saúde, que deverá desenvolver ações e fazer a avaliação global, na tentativa de identificar fatores de risco, que predisponha o indivíduo a quadros crônicos de saúde. Somado a isto, deve ser estabelecido vínculo entre o serviço e o usuário para executar e garantir a assistência integral e contínua ao idoso e aos membros da família, vinculados à equipe ou unidade de saúde de forma resolutiva, com qualidade e responsabilidade (COSTA et al, 2015).

Além disso, a equipe da ESF deverá proporcionar à pessoa idosa e a sua rede de suporte social, uma atenção humanizada com orientação, acompanhamento e apoio domiciliar. Entre os recursos disponíveis para a promoção da atenção, estão as ações coletivas na comunidade, as atividades de grupo e a participação dos usuários nas redes sociais. No entanto, para que haja assistência adequada, é necessário o conhecimento sobre as diretrizes e finalidades da PNSPI por parte dos profissionais integrantes da ESF, bem como a capacitação desses profissionais para ao colhimento desse grupo populacional (OLIVEIRA, TAVARES, 2010; COSTA, CIOSAK, 2010).

Desta maneira, a ESF se constitui como um espaço privilegiado para atenção integral à saúde da pessoa idosa, por sua proximidade com a comunidade e a atenção domiciliar, atuando de forma contextualizada na realidade vivenciada por ela no seio familiar. A efetiva inserção da pessoa idosa nas Unidades de Saúde, sobretudo na ESF, pode representar para ela um vínculo com o sistema de saúde (OLIVEIRA, TAVARES, 2010; COSTA, CIOSAK, 2010).

A partir dessa perspectiva, a pessoa idosa sempre estará vinculada à APS, mesmo que eventualmente seja atendida em outro ponto da atenção. Esta, ainda será responsável pelo acompanhamento do caso, de forma articulada e integrada aos demais pontos da rede de saúde pública (BRASIL, 2014).

A saúde da pessoa idosa e a integralidade apresentam desafios como a construção de vínculos entre ela e a equipe profissional, o acesso aos serviços de saúde, o atendimento das prioridades de forma ampliada e das necessidades de saúde relacionadas ao envelhecimento (COSTA, CIOSAK, 2010).

Assim, faz-se necessária a mudança de abordagem na atenção à saúde da pessoa idosa, bem como, a compreensão das peculiaridades do atendimento dessa população, com o foco na atenção integral e na prevenção dos fatores de risco para a perda da capacidade funcional.

### **3 OBJETIVOS**

#### **3.1 GERAL**

Identificar o entendimento das pessoas idosas e dos profissionais de saúde acerca da atenção integral e dos fatores de risco para perda da capacidade funcional nas ações desenvolvidas na Estratégia de Saúde da Família.

#### **3.2 ESPECÍFICOS**

- Descrever como está sendo ofertada a atenção de saúde à pessoa idosa na Estratégia de Saúde da Família do Distrito Sanitário V;
- Verificar se nas práticas de saúde na Estratégia de Saúde da Família, a integralidade da atenção está sendo garantida, tanto do ponto de vista dos profissionais quanto das pessoas idosas atendidas;
- Averiguar se nos atendimentos de saúde há identificação precoce dos fatores de risco para perda da capacidade funcional e como ocorre esta identificação;
- Identificar os fatores que dificultam a atenção integral à pessoa idosa.

## 4 CAMINHO METODOLÓGICO

### 4.1 DELINEAMENTO DO ESTUDO

O presente estudo caracterizou-se como do tipo exploratório, qualitativo, de corte transversal, utilizando a técnica do Grupo Focal.

A pesquisa qualitativa visa compreender o comportamento das pessoas, suas opiniões, seus conhecimentos, suas atitudes, suas crenças, seus medos. Correlacionada, portanto, com o significado que os indivíduos atribuem as suas vivências do mundo, como o modo como entendem o mundo em que se vive. O pesquisador na área qualitativa faz entrevistas, organiza grupos de discussões como, por exemplo, os grupos focais, faz observação direta, analisa discursos e documentos (VIEIRA, 2015).

No caso específico deste estudo, esta técnica foi utilizada em dois grupos diferenciados: um composto pelos profissionais de saúde e outro, pelas pessoas idosas, por meio dos procedimentos descritos no item 5.6.

### 4.2 LOCAL DO ESTUDO

O referido estudo foi realizado no município de Recife/Pernambuco. Especificamente no Distrito Sanitário V (DS-V). Para compreensão do que seja um Distrito Sanitário, Almeida et al (1998, p.21) definiram que:

“A compreensão do Distrito Sanitário pode abranger duas dimensões: a primeira, enquanto estratégia de construção do SUS num município e/ou conjunto de municípios, envolvendo alguns elementos conceitual e operacionalmente importantes; e a outra dimensão se refere à menor unidade de território ou de população, a ser apropriada para o processo de planejamento e gestão”.

Desta forma, o DS-V abrange em sua área geográfica 16(dezesseis) bairros: Caçote, Mangueira, Bongí, Mustardinha, Curado, San Martin, Jardim São Paulo, Areias, Sancho, Barro, Estância, Tejipió, Coqueiral, Jiquiá, Totó, Afogados que é composto pelos seguintes bairros: Afogados; Areias; Barro; Bongí; Caçote; Coqueiral; Curado; Estância; Jardim São Paulo; Jiquiá; Mangueira; Mustardinha; San Martin; Sancho; Tejipió e Totó.

Possui uma população estimada, no último Censo do IBGE (2010), de 272.246 habitantes. Dispondo, assim de 17 (dezessete) unidades de Estratégia Saúde da Família (ESF), distribuídas em 03(três) Microáreas (MICRO 5.1., MICRO 5.2. e MICRO 5.3.), com características epidemiológicas, sociais e geográficas distintas.

Este trabalho selecionou a MICRO 5.1, em virtude da mesma ter o maior número de Unidades de Saúde e de equipes de Estratégias Saúde da Família em comparação com as demais. É, ainda, considerada uma área com uma cobertura de saúde, satisfatória com uma efetiva participação da população idosa como usuária dos serviços. Além desses aspectos, é também ali que a mestrandia desenvolve suas ações profissionais.

#### 4.3 POPULAÇÃO DO ESTUDO

Participaram do presente estudo, as seguintes categorias profissionais de saúde pertencentes às equipes de saúde da Estratégia de Saúde da Família (Enfermeiros, Agentes Comunitários de Saúde e Técnico de Saúde Bucal) e pessoas idosas (60 anos e mais) de ambos os sexos pertencentes às Unidades de Saúde da **MICRO 5.1**.

Devido às características do estudo a amostra foi escolhida de forma aleatória e por conveniência, de modo que contemplassem todas as unidades de ESF da referida microárea do Distrito Sanitário V.

Foram obedecidos cuidadosamente os critérios de inclusão e exclusão a fim de que se obtivessem **Grupos Focais** com características homogêneas, embora com capacidade de coletar as diferenças existentes, tanto entre os profissionais, como também em relação à diversidade presente na população idosa (gênero, faixa etária, entre outros). Os critérios usuais neste estudo foram: pessoas de ambos os sexos com idade mínima 18 anos e em concordância em participar do estudo com assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (**Apêndice 01**). Os critérios de inclusão por indivíduo foram:

**a) Profissional:**

- Deveria ser do quadro funcional da Rede Municipal de Saúde, pertencer à equipe de saúde da ESF (Médico, Enfermeiro, Auxiliar ou técnico de Enfermagem, Cirurgião Dentista, Técnico de Saúde Bucal e Agente Comunitário de Saúde) e estar em exercício pleno de suas funções.

**b) Pessoa Idosa:**

- Deveria estar cadastrado na Estratégia de Saúde da Família do Distrito Sanitário-V e ser residente na MICRO 5.1;
  - Ser acompanhado pelos profissionais da equipe no mínimo nos últimos 06 meses;
- Foram utilizados como critérios de exclusão: apresentar enfermidade ou agravos à saúde que trouxessem comprometimentos em termos de comunicação e/ou apresentar suspeita de déficits cognitivos.

#### 4.6 PROCEDIMENTOS DE COLETAS DE DADOS

Os participantes desse estudo foram convidados previamente pela pesquisadora para participarem de 02(dois) Grupos Focais. Os grupos seriam compostos por aproximadamente 16 participantes cada um deles (pessoas idosas e profissionais de saúde). Este critério foi baseado no número de equipes da Estratégia de Saúde da Família, ou seja, cada equipe poderia enviar um profissional. A Microárea escolhida possui 16 (dezesesseis) equipes de saúde. Os grupos focais ocorreram em dias distintos, durante o mês de outubro de 2015.

Ressalta-se que a técnica do Grupo Focal (GF) vem sendo utilizada nos estudos na área com serviços de saúde com o objetivo de oferecer *insights* das experiências vivenciadas pelos usuários dos serviços, profissionais de saúde, epidemiologistas, educadores entre outros. Caracteriza-se também por ser uma técnica de abordagem rápida, de baixo custo, e de responder a contento às indagações de uma pesquisa científica (VIEIRA et al, 2013). Permite levantar e compreender as características psicológicas, sociológicas e culturais do grupo de informantes, a partir das discussões que ocorrem em reuniões pontuais, com um pequeno quantitativo de pessoas (GATTI et al, 2015; MELO et al., 2015; VIEIRA et al, 2013; BARBOUR, 2009).

Backes e colaboradores (2011), afirmam que o GF representa:

“Uma fonte que intensifica o acesso às informações acerca de um fenômeno, seja pela possibilidade de gerar novas concepções ou pela análise e problematização de uma ideia em profundidade. Desenvolve-se a partir de uma perspectiva dialética, na qual o grupo possui objetivos comuns e seus participantes procuram abordá-los trabalhando como uma equipe” (BACKES et al, 2011, p. 439).

Assim, os grupos focais aconteceram na sala de reunião da Escola Municipal Antônio Farias Filho, localizada em território da região 5.1. O espaço foi escolhido previamente, assim como, toda a logística para execução dos grupos focais. O contato com a Gestora da referida escola aconteceu no início do mês de setembro/2015, após a aprovação do Comitê de Ética da Universidade Federal de Pernambuco por meio do Parecer Consubstanciado (**Anexo 01**). Após o contato telefônico com a gestora, foi realizada visita para reconhecimento do local, avaliação do ambiente e testes dos equipamentos. Nesta visita, observou-se a acessibilidade do local. De posse desses dados, as datas dos Grupos Focais foram agendadas para o mês de outubro.

#### a) SÓCIODEMOGRÁFICO:

- Antes de o grupo focal ser iniciado, os participantes foram convidados a preencher um formulário de identificação do perfil sociodemográfico: **Pessoas idosas (Apêndice 02)** (sexo, faixa etária, anos de escolaridade e estado civil) e **profissionais de saúde (Apêndice 03)** (sexo, faixa etária, escolaridade, área de competência profissional, tempo de formação e de atuação na Atenção Primária à Saúde). No caso das pessoas idosas, aqueles que tiveram dificuldade para preencher os questionários, por limitações visuais, foram perguntados, de maneira que não sofressem constrangimento, se queriam auxílio da mestranda.

#### b) GRUPO FOCAL:

Para coletar os dados durante a execução dos Grupos Focais, a mestranda contou com o apoio de 01 (uma) convidada externa, aluna da Residência em Saúde da Pessoa Idosa do Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueiras/IMIP, treinada e autorizada a participar dos encontros. Os 02 (dois) membros (pesquisadora e colaboradora) no decorrer do grupo tiveram as seguintes funções: 1) coordenar, mediar às discussões e registrar as observações imediatas sobre a discussão do grupo (pesquisadora principal); 2) registrar o trabalho, filmando e gravando as sessões (colaboradora);

- 02(dois) roteiros com temas norteadores da discussão foram elaborados previamente pela pesquisadora, um para cada público: Roteiro para Profissionais (**Apêndice 04**) e Roteiro para Pessoas Idosas (**Apêndice 05**);
- Os grupos tiveram duração aproximada de 01(um) hora e meia;
- A convocatória dos participantes aconteceu da seguinte forma:
  - **As convocatórias foram realizadas em 02 (duas) etapas: 1.<sup>a</sup> ETAPA: Profissionais**, a pesquisadora estabeleceu contato prévio com o Coordenador de Área responsável pela MICRO 5.1, ainda no mês de setembro, porém houve um atraso na busca dos participantes, pois o coordenador havia se afastado de suas funções. Com o retorno do mesmo, foram elaboradas as estratégias de seleção dos profissionais. Em comum acordo, a mestranda iria participar das Reuniões Técnicas (RT). Estas acontecem semanalmente, com todos os profissionais das equipes de saúde. Durante as reuniões a pesquisadora fazia uma explanação do projeto, e em seguida, lançava

o convite aleatório para os participantes, quem demonstrava interesse, eram anotados os nomes completos e o contato telefônico. Para a convocação das **pessoas idosas**, adotou-se a seleção aleatória feita pelos profissionais na Estratégia de Saúde da Família. De posse do endereço, a pessoa idosa foi convidada pessoalmente pela pesquisadora ou pelo seu Agente de Saúde, em sua residência. Caso aceitassem, seriam disponibilizados aos mesmos: a data do encontro, horário e local e, para aqueles com dificuldades para deslocar-se, a pesquisadora disponibilizou transporte. **2ª ETAPA:** as participações foram reforçadas, por meio do contato telefônico ou pessoal na residência, semanas antes. Salienta-se que as convocatórias foram realizadas nos meses de setembro e outubro/2015.

- A quantidade de grupos focais para cada um das categorias foi decidida no decorrer da pesquisa, utilizando-se o critério de saturação, ou seja, comumente utilizado em estudos qualitativos, o que foi aplicável neste caso. Os dois grupos focais (profissionais e pessoas idosas) foram esgotados quando não apresentaram mais novidades em termos de conteúdo e argumentos. Os depoimentos tornaram-se repetitivos e previsíveis, ou seja, acreditou-se que a estrutura de significados foi apreendida (VEIGA; GONDIM, 2001).

A coleta só iniciou após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP). Ressalta-se que os grupos focais foram gravados e filmados com o consentimento dos participantes e suas respectivas assinaturas no TCLE. Foi assumido o compromisso de garantir o anonimato quando da divulgação dos resultados e total confidencialidade das informações coletadas.

#### 4.7 ANÁLISE DOS DADOS

Os dados referentes aos questionários semiestruturados sobre os perfis sociodemográficos dos profissionais e das pessoas idosas foram codificados durante o mês de janeiro de 2016, em uma planilha do aplicativo Microsoft Excel<sup>®</sup>, com o objetivo de facilitar a análise quantitativa.

Já as análises dos dados coletados durante os grupos focais, foram realizadas durante os meses de janeiro a fevereiro do corrente ano, sendo embasadas pela Análise de Conteúdo, e com o intuito de aprimorá-las, foram realizadas Análises Léxicas por meio do *software* IRAMUTEQ, ocorridas em igual período. Desse modo, os resultados encontrados foram

analisados e discutidos levando em conta os achados mais importantes e suas conexões com pesquisas já desenvolvidas e com as publicações sobre a temática em questão.

As análises de Conteúdo dos dados coletados foram realizadas seguindo os seguintes passos: 1) Transcrição do material colhido durante os grupos focais; 2) Digitação e filtragem desses conteúdos no aplicativo Microsoft Word<sup>®</sup>, uma vez que para a análise léxica, houve a necessidade de adequar os conteúdos às regras do Software IRAMUTEQ, salientando que não houve perdas dos conteúdos originais; 3) Leitura do conteúdo transcrito; 4) Elaboração de categorias e subcategorias; 5) Realização do agrupamento dessas categorias; 6) Estabelecimento das conexões entre elas até a saturação teórica, ou seja, até que informações novas ou relevantes não fossem mais encontradas ou que houvesse a repetição (BARDIN, 2009; FLICK, 2004).

Camargo e Justo (2013) afirmam que uma análise textual consiste num tipo específico de análise de dados, que trata especificamente da análise do material verbal produzido pelos participantes de uma pesquisa, ou seja, dos textos produzidos em diferentes contextos, como por exemplo: textos originalmente escritos, entrevistas, documentos, redações, fontes usadas tradicionalmente em Ciências Humanas e Sociais. Decerto, por tratar-se de dados essencialmente da linguagem, os mesmos mostram-se relevantes aos estudos sobre pensamentos, crenças, opiniões, conteúdo subjetivo e simbólico, produzido em relação a determinado fenômeno.

Desde a década de 90, o uso softwares específicos para análise de dados textuais no Brasil, tem sido cada vez mais presente em estudos na área de Ciências Humanas e Sociais, especialmente naqueles estudos em que o corpus a ser analisado é bastante volumoso. São utilizados alguns softwares para análises de textos, tais como o *Ethnograph*, o *Nudist* e o *Atlas TI*, os quais, ao organizarem os dados, facilitam a realização de análises de conteúdo (CAMARGO, JUSTO, 2013).

O software *Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Segments de Texte* (IRAMUTEQ) é um software gratuito, que se ancora no ambiente estatístico do software R e na linguagem python ([www.python.org](http://www.python.org)). Ele viabiliza diferentes tipos de análise de dados textuais, desde aquelas bem simples, como a lexicografia básica (cálculo de frequência de palavras), até análises multivariadas (classificação hierárquica descendente, análises de similitude). Além disso, ele organiza a distribuição do vocabulário de forma a tornar fácil a compreensão e visualmente clara (análise de similitude e nuvem de palavras) (SILVA et al, 2013; CAMARGO, JUSTO, 2013; RATINAUD, 2009).

Além disso, o *software* IRAMUTEQ permite diversos processamentos e análises estatísticas de um conjunto de textos, que podem ser simples, ou até mesmo as multivariadas, que são: a Análise Fatorial de Correspondência (AFC); as análises de similitude; a Classificação Hierárquica Descendente (CHD) ou método Reinert; a nuvem de palavras; as pesquisas de especificidades de grupos. Neste estudo, os dados coletados foram processados pelo IRAMUTEQ. Para isto, elegeu-se apenas 03 (três) tipos de estatísticas textuais: Análise Fatorial de Correspondência (AFC), a análises de similitude e a nuvem de palavras (RATINAUD, 2009; CAMARGO, 2005).

A *análise fatorial de correspondência* (AFC) feita a partir da CHD (Análise Pós-Fatorial) pelo IRAMUTEQ representa num plano cartesiano, as diferentes palavras e variáveis associadas a cada uma das classes da CHD, possibilitando que se recuperem, no *corpus* original, os fragmentos de texto associados a cada classe de palavras. Este procedimento permite a obtenção do contexto das palavras estatisticamente significativas, permitindo uma análise mais qualitativa dos dados (CAMARGO, JUSTO, 2013).

Já a *análise de similitude*, toma como base a teoria dos grafos, ou seja, ela possibilita que ocorram combinações entre as palavras e seu resultado. Ela traz indicações da conexidade entre as palavras, auxiliando na identificação da estrutura de um *corpus* textual, fazendo a distinção entre as partes comuns e as especificidades em função das variáveis descritivas identificadas na análise (MARCHAND, RATINAUD, 2012).

Por fim, a *nuvem de palavras* agrupa e organiza as palavras por meio de um gráfico, e as colocam em função da sua frequência. Esse tipo de análise lexical é a mais simples de todas, entretanto, graficamente torna-se bastante interessante, pois possibilita uma rápida identificação das palavras-chave expressas no *corpus* textual (CAMARGO, JUSTO, 2013).

#### 4.8 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

A pesquisa respeitou os preceitos da Resolução 466/2012 do CNS/MS que rege os princípios éticos da pesquisa envolvendo seres humanos (BRASIL, 1996) e a Resolução COFFITO 10/78 - Código de Ética de Fisioterapeuta e Terapeuta Ocupacional, atendendo assim as exigências éticas e científicas fundamentais, levando em consideração os princípios da autonomia, riscos e benefícios, não maleficência e proteção ao sujeito da pesquisa. A mesma apresentou condições de ser bem suportada pelos sujeitos, considerando suas situações físicas, psicológicas, sociais e educacionais.

O projeto de pesquisa deste estudo foi aprovado no Comitê de Ética da Universidade Federal de Pernambuco/UFPE, e aprovado sob o CAEE: 48407715.4.0000.5208 e mediante

a autorização da Secretária de Saúde da Prefeitura de Recife, através da Carta de Anuência **(Anexo 02)**.

Os dados coletados durante a pesquisa estão arquivados de acordo com a Resolução n. 466/2012. Ou seja, os materiais coletados durante os Grupos Focais como: as gravações e filmagens, os TCLE e os questionários sócio-demográficos, estão armazenados em pastas de arquivo sob a responsabilidade da pesquisadora e sua orientadora, a Professora Doutora Isolda Belo da Fonte, no Programa de Pós-Graduação em Gerontologia/Campus Universitário do Centro de Ciências da Saúde/UFPE. Av. Prof. Moras Rego, s/n, CEP: 50.670-901, Cidade Universitária, Recife-PE, pelo período de mínimo 05 (cinco) anos.

## 5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Dos dados fornecidos pelos questionários sócio-demográficos surgiram 02 (dois) perfis: **(1) Perfil Sócio-demográfico dos profissionais de saúde; (2) Perfil Sócio-demográfico das Pessoas Idosas.**

Das Análises de Conteúdo realizadas, surgiram 03 (três) categorias temáticas relacionadas aos entendimentos dos profissionais de saúde da Estratégia de Saúde e das pessoas idosas acerca da atenção integral e dos fatores de risco para a perda da Capacidade Funcional nas ações desenvolvidas na ESF: **(1) Percepções sobre a pessoa idosa, a estratégia de saúde da família e as equipes de saúde; (2) Atenção à saúde da pessoa idosa; (3) Identificação dos fatores de risco para perda da capacidade funcional e a integralidade da atenção à saúde da pessoa idosa.**

Das Análises Léxicas realizadas surgiu uma categoria principal, perfazendo um total de 04(quatro) categorias: **(4) As significações e correlações dos entendimentos das pessoas idosas e dos profissionais de saúde acerca da atenção integral e os fatores de risco para perda da capacidade funcional nas ações desenvolvidas na ESF, que numa formatação didática se subdividiu em: 1)Plano fatorial das palavras mais significativas; 2) Árvore máxima de similitude; e 3) Nuvem representativa da Análise Lexical.**

### 5.1 PERFIL SÓCIO-DEMOGRÁFICO

#### 5.1.1 Perfil dos profissionais de saúde

De acordo com a tabela 1, observou-se a predominância da feminização dos profissionais de saúde na Estratégia de Saúde da Família (ESF) que participaram do Grupo Focal. Tal resultado é compatível com os estudos de outros autores, que mostram ser a feminização das profissões, uma das tendências do trabalho em saúde dos profissionais das equipes de saúde da família (MOREIRA et al, 2016; FERREIRA et al, 2015; FONSECA et al, 2014; MATOS et al, 2013; PINTO; MENEZES; VILLA, 2010).

A inserção da mulher no mercado de trabalho da saúde é um fenômeno crescente e vem sendo foco de estudos, com o objetivo de compreender a presença delas no mundo do trabalho e das especificidades do setor saúde, que representa mais de 70% da força de trabalho feminina (MOREIRA et al, 2016; FERREIRA et al, 2015; FONSECA et al, 2014; MATOS et al, 2013; DOS SANTOS et al, 2011; PINTO; MENEZES; VILLA, 2010), com predominância de idade na faixa etária entre 30 a 49 anos de idade.

**Tabela 1** - Perfil Sociodemográfico dos profissionais de saúde . Recife/PE, Brasil, 2016.

Variáveis	N	%
<b>Sexo</b>		
Masculino	-	-
Feminino	10	100
<b>Faixa Etária</b>		
20 a 29 anos	-	-
30 a 39 anos	03	30
40 a 49 anos	05	50
50 a 59 anos	02	20
60 a 69 anos	-	-
<b>Escolaridade</b>		
2ª grau completo	03	30
Superior incompleto	04	40
Superior completo	01	10
Pós-Graduação	02	20
<b>Área de competência profissional</b>		
Agente Comunitário de Saúde (ACS)	07	70
Enfermeiro	02	20
Auxiliar/Técnico de Enfermagem	-	-
Médico	-	-
Cirurgião Dentista	-	-
Técnico de Saúde Bucal	01	10
Administrativo	-	-
<b>Tempo de Formação</b>		
1 a 5 anos	04	40
Entre 6 a 10 anos	-	-
Mais que 10 anos	06	60
<b>Tempo de Atuação na APS</b>		
Menor que 1 ano	-	-
1 a 5 anos	-	-
Entre 6 a 10 anos	02	20
Mais que 10 anos	08	80

**Fonte:** Dados da pesquisa, N=10.

Achados similares concernentes à idade foram encontrados em uma pesquisa publicada em 2014, realizada com profissionais da ESF na cidade de Montes Claros, situada ao Norte do Estado de Minas Gerais – Brasil. Ela revelou que o perfil encontrado neste estudo também é formado por pessoas jovens e adultas, ou seja, os trabalhadores da APS apresentam um tempo significativo de serviço na instituição de trabalho, com plena capacidade para contribuir de forma produtiva no processo laboral das unidades de saúde (MOREIRA et al, 2016; FONSECA et al, 2014).

A escolaridade da população estudada variou entre superior incompleto e pós-graduação, o que torna bastante relevante, para as proposições e discussões levantadas no Grupo Focal, uma vez que a maioria dos participantes possuía um bom nível de instrução

educacional. Para Moreira et al (2016), a ESF exige que os profissionais estejam cada vez mais preparados e qualificados para o melhor desempenho de suas atividades no território.

A categoria profissional predominante nesta pesquisa foi o de Agentes Comunitários de Saúde (ACS), sendo considerada a classe com maior número de pessoas que integram as equipes de ESF, e que merecem destaque na equipe, uma vez que, estando próximos do território, em diversas situações, presenciam o sofrimento, a ansiedade e o medo das pessoas atendidas. Em contrapartida, não houve a participação de profissionais médicos e nem Cirurgiões Dentistas no Grupo Focal, embora tenham sido convidados.

O ACS tem uma maior aproximação com os indivíduos, além de se envolver com os cuidados na comunidade. Cuidados individuais de acordo com a realidade de cada sujeito, e por isso, sua presença no território propõe produção de possíveis soluções e promoção da satisfação do usuário. A ausência dele gera insatisfações e quebra do diálogo dos sujeitos com a unidade, principalmente daqueles com dificuldade para acessar a unidade de saúde. A atuação desse profissional torna-se relevante no contexto do cuidar e no processo de trabalho na ESF (ALVES et al, 2014; FONSECA et al, 2014).

Autores apontaram em seus estudos, a importância dada ao ACS e ao médico pelos usuários. Estes personagens são reconhecidamente importantes na ESF. Apesar da importância conferida ao médico especialista, no estudo publicado por eles, os profissionais com ensino superior nas equipes são os menos reconhecidos pelos usuários nos 02 (dois) municípios analisados na pesquisa executada em 2008, corroborando os resultados encontrados neste estudo (RONZANI; SILVA, 2008).

Há uma baixa compreensão, por parte das pessoas idosas, sobre o papel exercido pelos demais profissionais pertencentes à equipe de saúde, exceto o profissional médico, agente de saúde e dentista. Esse aspecto será melhor discutido nos próximos capítulos (MOIMAZ et al, 2010).

A permanência dos profissionais médicos na Atenção Primária a Saúde é considerada um dos nós críticos para efetivação da resposta de saúde nas ESF. Dados publicados por Dos Santos et al (2011), mostram ter a maioria dos médicos da ESF, um perfil de recém-formado que, por não ter ainda consolidada sua carreira, o serviço público mostra-se como uma alternativa de “mercado de trabalho”. Os médicos jovens, na maioria das vezes, abandonam o emprego para cursar a residência médica; já os velhos e aposentados, vem com um perfil de difícil adaptação ao trabalho no Sistema Único de Saúde, conduzindo a um cenário de alta rotatividade de profissionais médicos (OLIVARES; BONITO; SILVA, 2015; SANTOS; COSTA; GIRARDI, 2015).

Essa crescente rotatividade dos médicos nas equipes compromete a execução do cuidado longitudinal e continuado com a saúde do usuário no território, atividade de fundamental importância para a prevenção, tratamento das doenças e para a garantia da integralidade dos sujeitos (SANTOS; COSTA; GIRARDI, 2015).

Na perspectiva de ampliar a quantidade de profissionais médicos, de caráter provisório, foi criado pela Lei nº 12.871, de 22/10/2013, o Programa Mais Médicos que se baseia em três frentes estratégicas:

“i) mais vagas e novos cursos de Medicina baseados em Diretrizes Curriculares revisadas; ii) investimentos na construção de Unidades Básicas de Saúde; iii) provimento de médicos brasileiros e estrangeiros em municípios com áreas de vulnerabilidade (SANTOS; COSTA; GIRARDI, 2015, p. 3547).

A presença de profissionais estrangeiros na APS, é apontada na fala de um dos idosos participantes da pesquisa. Apesar de pequeno, o contingente de profissionais médicos do Programa Mais Médico, vem contribuindo para a melhoria dos atendimentos às pessoas idosas no local onde ocorreu o referido estudo.

#### 5.1.2. Perfil das pessoas idosas

De acordo com a tabela 2, houve um número significativo de mulheres idosas participantes do Grupo Focal. Em um estudo com idosos cadastrados no ESF junto às equipes da Unidade de Saúde da Família, no bairro São Pedro em Terezinha-PI, a maioria dos idosos participantes eram mulheres na faixa etária de 75 anos ou mais (SANTOS; CUNHA, 2014).

Uma característica importante para o envelhecimento no Brasil está atribuída ao fenômeno da feminização da velhice, ou seja, o termo evidencia a presença relativa de mulheres idosas na população, e uma maior longevidade em comparação ao sexo oposto. Entretanto, trata-se de uma parcela da população em maior vulnerabilidade, para riscos físicos, sociais e afetivos, do que os homens (ALMEIDA et al, 2015; LIMA et al, 2014).

Na opinião de Almeida e colaboradores (2015), o envelhecimento traz riscos iminentes para a mulher, no que refere à saúde, funcionalidade, proteção e integração social. Belo (2014) complementa que existem outros aspectos, que infimamente são levados em consideração, quando se fala na feminização da velhice. As mulheres idosas estão mais passíveis do que seus companheiros de desenvolverem doenças, com forte tendência em se tornarem cuidadoras desses, ou dos filhos, quando estes padecem de alguma incapacidade funcional e necessitam de apoio. Do contrário, elas têm grandes chances de permanecerem

sós, com pouca oferta de cuidado, suporte material e afetivo. Soma-se a isto, o fato de ter que conviver com certos valores e estereótipos sociais, que inviabiliza a reestruturação da sua vida conjugal, quando almejada.

**Tabela 2-** Perfil Sociodemográfico das Pessoas Idosas. Recife/PE, Brasil, 2016.

Variáveis	N	%
<b>Sexo</b>		
Masculino	01	20
Feminino	04	80
<b>Faixa Etária</b>		
60 a 69 anos	01	20
70 a 79 anos	02	40
80 a 89 anos	02	40
90 a 99 anos	-	-
100 anos ou mais	-	-
<b>Estado Civil</b>		
Casado ou união estável	03	60
Nunca se casou ou morou com companheiro	-	-
Solteiro	-	-
Viúvo (a)	02	40
Separado (a) ou divorciado (a)	-	-
<b>Escolaridade</b>		
Analfabeto	01	20
Fundamental incompleto	04	80
Fundamental completo	-	-
Ensino Médio incompleto	-	-
Ensino Médio completo	-	-
Superior incompleto	-	-
Superior completo	-	-
Pós-Graduação	-	-
<b>Renda</b>		
0 a 1 salário mínimo	02	40
1 a 2 salários	03	60
2 a 3 salários	-	-
Acima de 3 salários	-	-

**Fonte:** Dados da Pesquisa, N= 05.

A idade dos idosos participantes deste estudo seguiu o mesmo parâmetro encontrado na média de idade do Brasil, isto significa que, a proporção da população de 70 anos ou mais está aumentando, sendo considerado o segmento populacional que mais evolui (ALMEIDA et al, 2015; OLIVEIRA et al, 2014; SANTOS; SILVA; SOUZA; TORRES, 2013).

Tal fenômeno traz implicações sociais, culturais e epidemiológicas importantes, uma vez que, o aumento da sobrevida precisa ser acompanhado de mudanças urgentes e imperiosas (SANTOS; SILVA; SOUZA; TORRES, 2013).

Veras (2015, p.5) aponta:

“O envelhecimento da população gera novas demandas para os sistemas de saúde. Pessoas mais velhas têm necessidades específicas, advindas das características clínico-funcionais e sócio-familiares peculiares a esse grupo etário.”

Outro aspecto apontado na tabela 2 relaciona-se ao estado civil das pessoas idosas participantes: 60% eram casadas, as demais eram viúvas. Atualmente há uma maior prevalência de mulheres viúvas e homens casados nos dados encontrados na literatura. Com a longevidade, o percentual de mulheres viúvas vem aumentando. Além disso, precisa-se considerar que alguns homens se casam novamente após o estado de viuvez. Esses aspectos ganham relevância quando se trata do componente saúde, pois é crescente o aumento de casos de depressão, tristeza e fragilidade, associados ao estado de solidão, daqueles que não encontram companhia, ou daqueles, que estão com os vínculos familiares rompidos ou frágeis (AMTHAUER; FALK, 2014; LOPES et al, 20104; CLARES et al, 2011).

Nos fragmentos das falas dos profissionais de saúde participantes deste estudo é possível descrever tais situações no processo de trabalho deles:

“(...) eles são tão carentes de conversa, de atenção (...).” (Profissional 002);

“Eu trabalho com o grupo de idosos, e percebo que infelizmente na minha microárea têm muitos idosos com problemas de depressão.” (Profissional 008);

“(...) mas percebo ele muito triste, aquela solidão, que ele tem tudo, mas ao mesmo tempo nada! (...)” (Profissional 008);

“(...) é ruim você se sentir sozinho e invisível, muitas das vezes os filhos, os vizinhos e os parentes os tornam muitas das vezes, eles invisíveis! (...)” (Profissional 008).

Tais situações requerem a necessidade de planejamento de estratégias de cuidado pelas equipes da Saúde da Família, uma vez que essa porção da população está vulnerável ao isolamento social, levando ao risco do aparecimento de fatores de risco para perda da capacidade funcional e da qualidade de vida (LOPES et al, 2014; ROSSI et al, 2014; CLARES et al, 2011).

Quanto à escolaridade, constatou-se que a maioria dos participantes, não era alfabetizada ou possuía ensino fundamental incompleto, reflexo das dificuldades de acesso às escolas no passado. Os idosos participantes provavelmente nasceram e cresceram, em um ambiente onde a educação formal e as condições socioeconômicas eram precárias sendo,

educação e a saúde, um privilégio de poucos (MASULLO, 2015; LOPES et al, 2014; CLARES et al, 2011).

Estes dados demonstram que, a baixa escolaridade, entre outros fatores, possivelmente, dificulta a compreensão da atual geração de idosos, quanto aos direitos e garantias de Atenção Integral a Saúde, presentes na CF e na Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI), e no empoderamento dos direitos do acesso à saúde, garantidos pelo SUS (CARDOSO, 2015).

Além disso, repercutem quanto às orientações prescritas relatadas pelos profissionais da atenção básica. A comunicação e o direito à informação são características fundamentais para o acesso e a utilização dos serviços de saúde. Quando isto não acontece, pode repercutir diretamente na atenção à saúde da pessoa idosa, na não resolutividade da situação de saúde e no agravamento do quadro clínico do paciente (CARDOSO, 2015).

A renda salarial encontrada neste estudo variou de 01(um) a 02 (dois) salários mínimos, o que representa um fator preponderante na situação de saúde do idoso. De acordo com Clares et al (2011), é neste período da vida onde há uma necessidade maior de medicamentos, alimentação e outros custos. Outra atribuição à renda relaciona-se à nova realidade, na qual a pessoa idosa se vê obrigada a amparar parentes desempregados ou doentes passando a ser a provedora da família (CARDOSO, 2016; MASULLO, 2015).

Com base na conjuntura citada anteriormente, é preocupante o fato de quase 40% dos idosos que participaram do Grupo Focal possuírem renda de até um salário mínimo. Clares et al (2011) complementam que, possivelmente, esses sujeitos se encontram numa situação de grande vulnerabilidade de saúde e social, expondo-se ao risco de agravamento de doenças pré-existentes e o surgimento de novas condições de adoecimento. E, ainda, “esses rendimentos são insuficientes para suprir o padrão de necessidades do idoso e de sua família” (CARDOSO, 2016).

## 5.2 PERCEPÇÕES SOBRE A PESSOA IDOSA, A ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA E AS EQUIPES DE SAÚDE

### 5.2.1 A pessoa idosa: percepções dos profissionais

As novas demandas de cuidado à saúde da pessoa idosa requerem dos profissionais de Saúde um olhar diferenciado, que contemple não apenas a doença, mas o indivíduo na perspectiva da integralidade. Costa et al (2015) afirmam que os profissionais de saúde da família precisam se preparar para atuar face as tais demandas. Devem romper com o processo de fragmentação do trabalho e propiciar uma relação de vínculo com a pessoa

idosa reconhecendo a sua história de vida e sabedoria (COSTA et al, 2015; AMTHAUER; FALK, 2014).

Nessa perspectiva, surge a questão: como cuidar dos idosos brasileiros? Infelizmente ainda é pequena a expressão da Gerontologia e Geriatria nos currículos dos cursos de graduação em saúde. Soma-se a isto, o pequeno valor social conferido aos idosos na sociedade brasileira, o que parece minimizar o apelo da especialidade para os acadêmicos que, em muitos casos, priorizam o *status* profissional.

As literaturas voltadas para tais temáticas são categóricas ao afirmarem, que geriatras e/ou gerontólogos não devem ser os únicos responsáveis pela atenção ao idoso. A atenção deve ser fruto de trabalho conjunto de profissionais em diversos níveis de atenção desde atenção primária à saúde até níveis mais complexos (MOTTA; AGUIAR; CALDAS, 2011).

O envelhecer não é um processo homogêneo, o que leva a entender que, as demandas desses indivíduos, variam. Há, portanto, a necessidade do fortalecimento do trabalho em rede para contemplar a atenção aos idosos na perspectiva da promoção e prevenção dos agravos, de forma a atender àqueles com diferentes graus de incapacidade ou enfermidade, inclusive nos domicílios. Desta forma, o cuidado adequado ao idoso demanda um sistema de saúde fortalecido, implicado e coordenado com cada instância, contribuindo para as ações das demais.

O cuidado à pessoa idosa necessita de atenção, carinho e respeito a seus valores culturais, independente da faixa etária. Ele torna-se essencial para os profissionais de saúde da ESF. Por isso, compreender a percepção dos profissionais sobre a pessoa idosa, permite identificar como estes percebem o envelhecimento, quais são as dificuldades da autopercepção sobre o envelhecer, desmistificar os estereótipos inerentes a este processo. Além disso, permite que sejam viabilizadas maiores informações para literatura científica com vistas em aprimorar o cuidado e as questões relacionadas ao indivíduo que envelhece (DOURADO; OLIVEIRA; DE OLIVA MENEZES, 2015; AMTHAUER; FALK, 2014).

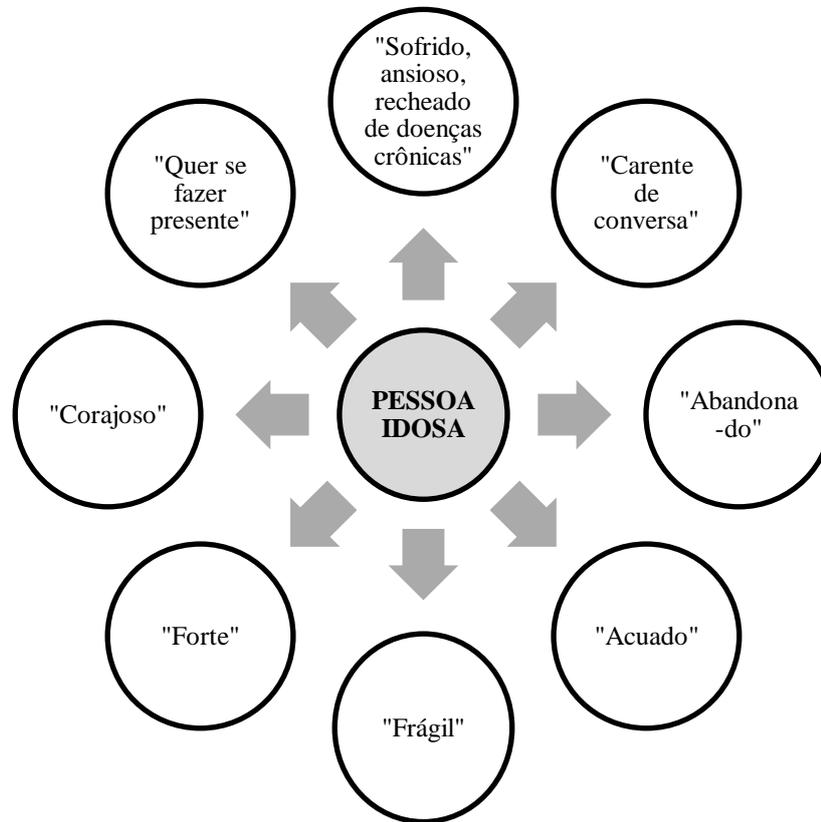
“É porque tem que ter um olhar para o idoso, tem que ter um olhar de cuidado. ”  
(Profissional 006).

A figura 1 ilustra uma subcategoria relacionada à percepção dos profissionais de saúde da ESF em relação às pessoas idosas que eles atendem nas suas práticas cotidianas.

A forma de cuidar está intimamente relacionada às nossas crenças, e estas norteiam nossos comportamentos, que geram nossa forma de atender. A compreensão que os

profissionais de saúde têm do idoso pode interferir na maneira de assisti-lo e tratá-lo (SCHIMIDT; SILVA, 2012).

**Figura 1** - Percepção dos profissionais sobre a pessoa idosa. Recife/PE, Brasil, 2016.



**Fonte:** Dados da pesquisa, elaborado pela autora.

Das principais percepções apontadas pelos profissionais de saúde, apenas 02 (duas) delas pontuaram aspectos positivos sobre a pessoa idosa. Na opinião deles, a pessoa idosa é um ser “forte” e “corajoso”. As demais apresentaram uma percepção negativa sobre o significado subjetivo do que seria a pessoa idosa para eles, sobretudo, na área geográfica de atuação de trabalho deles.

Diante da visão da longevidade, existem percepções distintas entre as pessoas: alguns percebem que a velhice corresponde a um sinônimo ruim, outros atribuem sinônimos positivos. O que se observa, no entanto, quando se referem às vivências frente ao processo de envelhecimento, é que as pessoas frequentemente fazem associações de natureza predominantemente negativas, destacando as limitações voltadas para as doenças crônicas, as perdas, as fragilidades e vulnerabilidades, a solidão, abandono, a negligência familiar, entre outros. O que não foi diferente do olhar dos participantes deste estudo (AMTHAUER; FALK, 2014).

Para Schimidt e Silva (2012, p.617), sabe-se que:

“O envelhecimento manifesta-se por meio de um declínio das funções dos diversos órgãos, que varia não só de um órgão para outro, mas também de um idoso para outro da mesma idade; isso não significa reduzir os idosos ao momento de decadência, ao contrário, devemos entender como uma possibilidade de assistir em saúde de maneira mais apropriada e em conformidade com os limites próprios e naturais que o envelhecimento oferece”.

A visão negativa da velhice inibe o reconhecimento dela como processo natural do desenvolvimento humano, e que este processo está permeado de mecanismos compensatórios, entre perdas e ganhos. Esse olhar negativo que muitos compartilham ainda, inclusive os profissionais de saúde, acaba criando situações que inviabilizam as oportunidades das pessoas idosas desfrutarem de uma velhice mais saudável (AMTHAUER; FALK, 2014).

No presente estudo, observou-se que os profissionais de saúde afirmaram ter dificuldades na autopercepção sobre o envelhecer:

“(...) confesso que não gostaria que fosse essa minha imagem, porque meus pais são idosos e eu convivo com pessoas idosas, e assim, eu fico até me projetando para frente, eu não gostaria de ficar idosa e passar por essa situação(...)”(Profissional 001);

“(...)às vezes a gente fica um pouco mexido, a gente se reporta, e futuramente meu Deus! Eu vou está naquela situação. Então é complicado, não é? (...)” (Profissional 008).

Perceber o próprio envelhecimento provoca no outro um sentimento de negação sobre a velhice, mas, ao mesmo tempo, possibilita a reflexão sobre uma nova representação do envelhecer, a modificação de atitudes, mitos e estereótipias, a adoção de hábitos saudáveis, a busca por melhoria da condição de vida e o fortalecimento do papel social, em prol de um envelhecimento ativo (DOURADO; OLIVEIRA; MENEZES, 2015; MOREIRA; NOGUEIRA, 2008).

Amthauer e Falk (2014, p.821) apontam que para atender essa nova demanda e os novos paradigmas acerca do envelhecer,

“torna-se imprescindível uma assistência à saúde que contemple a promoção da saúde e prevenção de agravos à saúde da pessoa idosa, perbendo-o em sua totalidade, diante de seu contexto biológico, psicológico, familiar, social e espiritual”.

Olhar a pessoa idosa, como um ser ativo, participante e com autonomia para decidir sobre aspectos relevantes da sua vida, têm provocado modificações importantes nas ações de saúde direcionadas para este público. É essencial mantê-los socialmente ativos na comunidade em que residem e os profissionais de saúde da ESF têm contribuído de forma significativa para isto (AMTHAUER; FALK, 2014).

Desta forma, envolver a pessoa idosa em seu processo de cuidado, ofertando uma escuta qualificada e acolhedora, valorizar seu conhecimento e sabedoria assimilados durante o seu processo de vida, é uma forma de qualificar a assistência e garantir a resolutividade das ações realizadas pela equipe de saúde da ESF. Quando as ações são planejadas e organizadas partindo das necessidades do idoso, estas tendem a apresentar melhores resultados no processo de cuidar e ser cuidado (AMTHAUER; FALK, 2014).

### 5.2.2 A estratégia de saúde da família: percepções dos profissionais e das pessoas idosas

A percepção dos profissionais de saúde acerca da Estratégia de Saúde da Família (ESF) no município do Recife, apresenta relevância para este estudo. Uma vez que, o olhar dos profissionais sobre os serviços de saúde discorre sobre as características do local, onde são executados seus processos de trabalho, bem como, constitui uma oportunidade de verificar, na prática, a resposta das ofertas de cuidado em saúde para população idosa adstrita.

Para os profissionais de saúde participantes do Grupo Focal, há um nível elevado de insatisfação com as condições físicas das Unidades de Saúde da Micro 5.1. Condições estas, que são de fundamental importância para a garantia de um atendimento humanizado, resolutivo, com qualidade e responsabilidade.

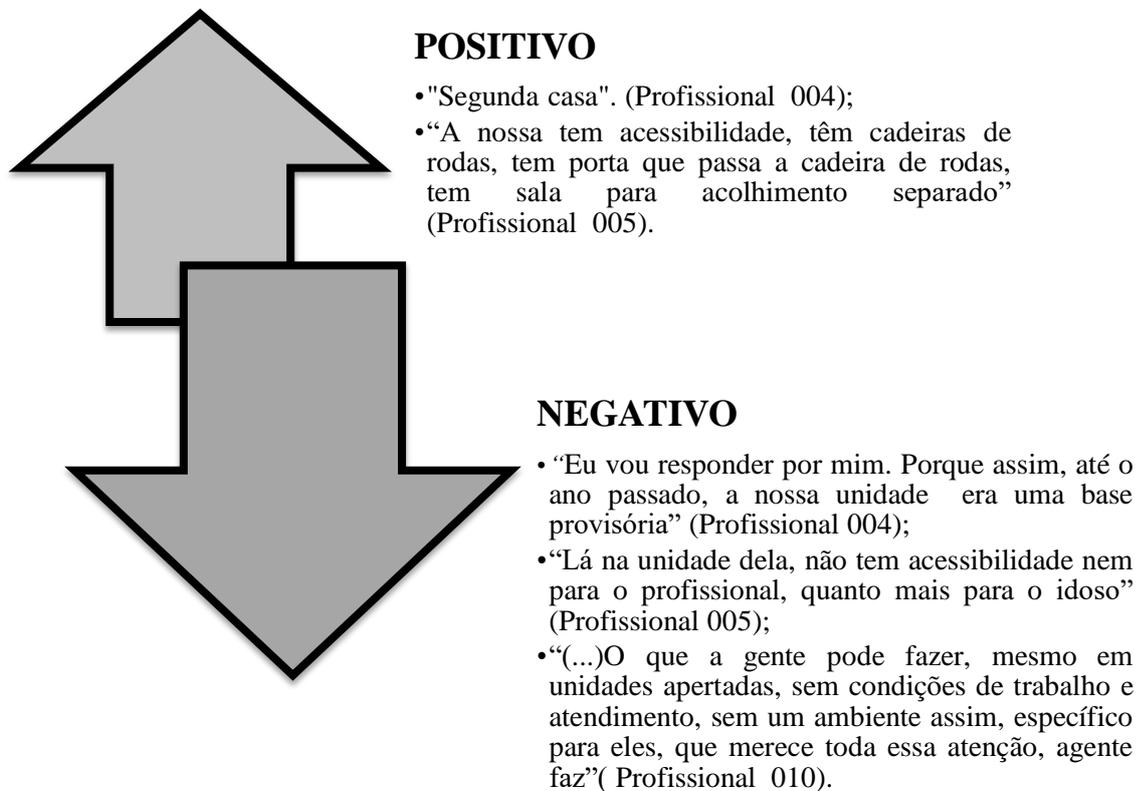
Não basta apenas que os profissionais de saúde da família estejam preparados para lidar com o envelhecimento. É necessário romper com a fragmentação do processo de trabalho e estabelecer uma relação de vínculo com o idoso. Para que haja assistência integrada, faz-se necessário observar como os serviços de saúde estão preparados estruturalmente para acolher diante do envelhecimento da população brasileira.

A figura 2 demonstra como os profissionais de saúde percebem a ESF a qual eles fazem parte.

O grau de satisfação dos profissionais é visto de forma preponderantemente de forma negativa, como ilustra a Figura 2. Eles estão relacionados na figura 3, na sua maioria, como problemas relacionados à “*estrutura física da Estratégia de Saúde da Família*” e a

“*acessibilidade*”. Já os aspectos positivos, ganham visibilidade, no que se referem às unidades de saúde recém-construídas ou reformadas que, na visão dos profissionais, permitem melhores condições para a realização de escutas e atendimentos de saúde com qualidade. Um outro aspecto, relaciona a unidade de saúde como o “*segundo lar*”, na visão de um profissional.

**Figura 2** - A Estratégia de Saúde da Família: percepção dos profissionais de saúde. Recife/PE, Brasil, 2016.



**Fonte:** Dados da pesquisa, elaborado pela autora.

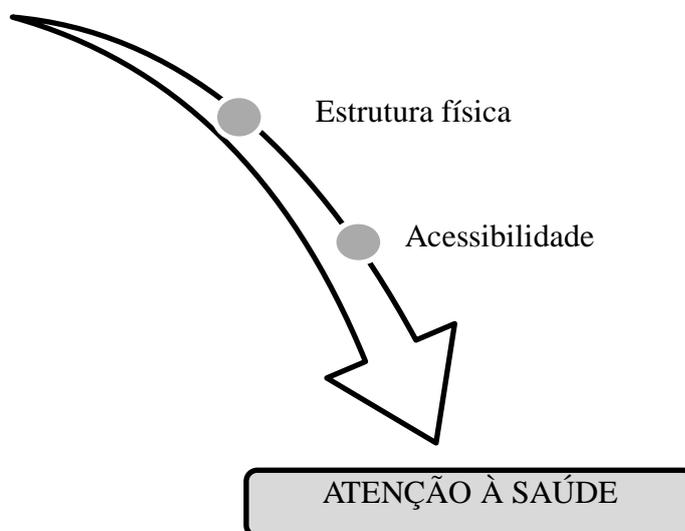
As dificuldades relatadas pelos profissionais de saúde pareceram ser as mesmas encontradas pelas pessoas idosas participantes deste estudo, como ilustra a figura 4. Apesar de ambos participarem de grupos focais distintos, compartilham as mesmas avaliações dos serviços de saúde. Eles assinalaram em seus discursos dificuldades atrelados a “estrutura física dos serviços” e falta de “acessibilidade”.

De forma similar, em ambos os discursos, quando se tratou de ambientes acessíveis, construídos com acessibilidade mínima, afirmam ofertar melhores condições para atender o público idoso e facilitar o processo de trabalho dos profissionais de saúde.

“Mas tem rampa, não tem escada, lá é tranquilo” (Pessoa Idosa 002);

“A de lá é boa, é folgada” (Pessoa Idosa 003).

**Figura 3**– Situações que comprometem a atenção à saúde da pessoa idosa nas ESF: percepção dos profissionais de saúde. Recife/PE, Brasil, 2016.



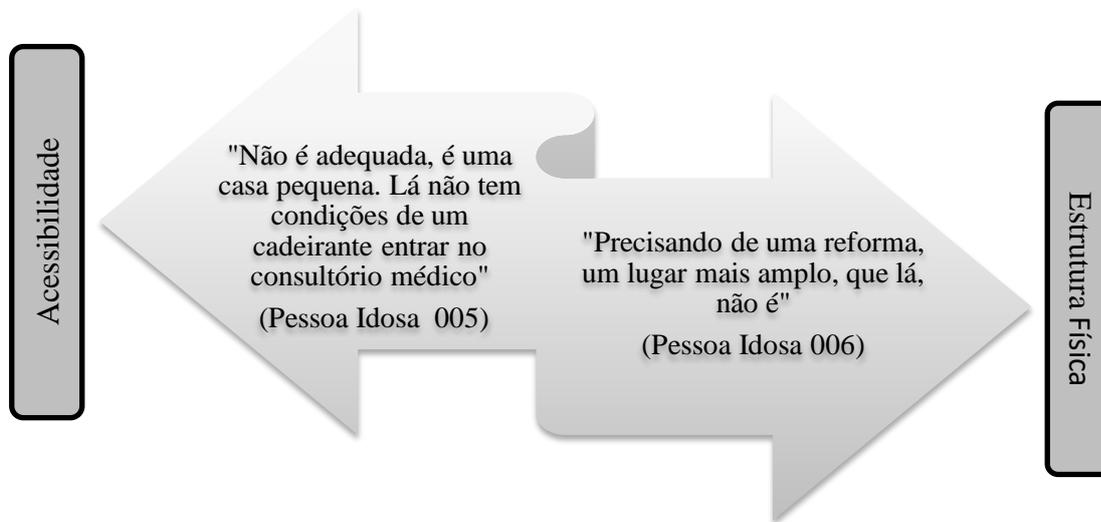
**Fonte:** Dados da pesquisa, elaborado pela autora.

O Programa de Saúde da Família (PSF) foi gerado inicialmente como instrumento de reorganização da atenção à saúde, respeitando os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) e atendendo prioritariamente aos grupos mais vulneráveis no território. Em seguida, o Ministério da Saúde propôs uma nova interpretação para o programa que, em 1998, tornou-se uma estratégia prioritária – Estratégia Saúde da Família (ESF) reformulando o modelo assistencial e de cuidado à saúde na Atenção Primária implantados nos municípios brasileiros (MOTTA; SIQUEIRA-BATISTA, 2015; ROCHA et al, 2012).

Fundamentado numa nova dinâmica de organização dos serviços e ações de saúde, a ESF tem como principais particularidades:

“A adscrição da clientela, através da definição de território de abrangência da equipe; enfoque sobre a família, a partir de seu ambiente físico e social como unidade de ação; estruturação de equipe multiprofissional; atividade preventiva em saúde; a detecção de necessidades da população e a atuação intersetorial visando à promoção da saúde” (ROCHA et al, 2012, p.62).

**Figura 4**—Situações que comprometem a atenção à saúde da pessoa idosa nas ESF: percepção das pessoas idosas. Recife/PE, Brasil, 2016.



**Fonte:** Dados da pesquisa, elaborado pela autora.

Estudos revelam, que o Ministério da Saúde do Brasil, tem se preocupado em como as ESF estão sendo avaliadas. Pesquisas recentes demonstram que o aumento da descentralização dos serviços de saúde e a incorporação da Estratégia Saúde da Família (ESF) no território brasileiro, têm gerado uma grande preocupação com a organização desses serviços (SANTIAGO et al, 2013; ROCHA et al, 2012; PEDROSA; CORRÊA; MANDÚ,2011; MOURA et al, 2010).

Apesar da Estratégia da Saúde da Família demonstrar melhoria na eficiência e na qualidade dos serviços prestados na atenção básica constata-se, no entanto, um número significativo de unidades com estrutura física inadequada, não raro, improvisadas (SANTIAGO et al, 2013; BRASIL, 2009).

Moura et al (2010), apontam que as ESF estão capacitadas para resolver cerca de 85% dos problemas de saúde da comunidade. Assim, é imprescindível que as mesmas possuam recursos estruturais e equipamentos compatíveis que possibilitem a ação dos profissionais de saúde.

Em um estudo realizado por Pinto, Menezes e Villa (2010), sobre a situação de trabalho dos profissionais da Estratégia Saúde da Família em Ceará-Mirim, Rio Grande do

Norte, em 2007, foi possível identificar que os ACS correspondem a categoria de profissionais que trabalham 40 horas semanais, seguido dos enfermeiros e dos técnicos de enfermagem. Neste estudo, pode-se afirmar que a maior proporção dos profissionais que trabalham exclusivamente na ESF corresponde à categoria dos ACS, com 74%.

Decerto, esse dado corrobora com a fala de um profissional de saúde, quando o mesmo afirma que a ESF é sua "*segunda casa*" (Profissional 004). Por isso, no cotidiano dos serviços de saúde, muitas vezes, os profissionais justificam a forma como desenvolvem suas práticas laborais com base na infraestrutura do local de trabalho. Isto significa que na presença de dificuldades da organização, resultam em limitações, improvisos e baixa resolutividade das ações (SANTIAGO et al, 2013; ROCHA et al, 2012; PEDROSA; CORRÊA; MANDÚ,2011; MOURA et al, 2010).

Pedrosa, Corrêa e Mandú (2011), acrescentam que para a realização de uma boa prática na atenção básica se faz necessário, entre outras condições, a garantia de infraestrutura apropriada, com disponibilidade de equipamentos adequados, de recursos humanos preparados e capacitados, de materiais e insumos suficientes à assistência prestada. Além disso, a organização dos serviços de saúde deve abranger condições sociopolíticas, humanas e materiais que viabilizem um trabalho de qualidade, tanto para quem o executa quanto para quem o recebe.

A ausência de espaços físicos adequados para o atendimento à pessoa idosa, como por exemplo: salas amplas para a realização, inclusive, de atividades coletivas com a comunidade; e a articulação das práticas de avaliação e planejamento entre os profissionais da unidade, foi pontuado no presente estudo, e identificado como um dos fatores que mais influenciam na qualidade do atendimento prestado para a pessoa idosa. Conforme apontam Moura et al (2010), a estrutura física deve ser facilitadora da mudança das práticas em saúde.

A utilização frequente de imóveis improvisados, com características domiciliares, para instalação de ESF, sem a adequada adaptação, esteve presente em outros estudos, conforme refletem Ximenes e Sampaio (2008). Isto reforça a baixa valorização dos aspectos estruturais nas unidades de atenção primária em alguns municípios brasileiros (MOURA et al, 2010).

Considerando que estamos em pleno processo de mudanças, provocadas pelo envelhecimento populacional e o conseqüente aumento de doenças crônicas neste grupo etário, a garantia da acessibilidade hoje é, de fato, muito necessária.

O mapeamento da acessibilidade do portador de limitação física, seja ele portador de deficiência física ou idoso, demonstrou uma realidade alarmante. Na pesquisa realizada, por Rocha et al, em 2012, a ESF demonstrou-se estruturalmente inadequada. Até mesmo nas estruturas mais atuais e projetadas para abrigar unidades de saúde são alvos de reclamações dos usuários por apresentarem condições ainda insatisfatórias, que não garantem o livre acesso às pessoas. Dados que se contrapõem aos achados deste estudo. As edificações recém-construídas ou adaptadas na Micro 5.1, na percepção dos profissionais de saúde e das pessoas idosas, possivelmente permitem o deslocamento seguro das pessoas com deficiência e de pessoas idosas, bem como, de cadeiras de roda e o acesso das mesmas às instalações sanitárias.

Embora, um idoso tenha realizado uma boa avaliação quanto à distância de sua casa até a unidade de saúde, esta informação ficou prejudicada, pela elevada insatisfação com referência aos atendimentos de saúde na rede especializada. Aspecto este, que será abordado nos próximos capítulos.

### 5.2.3 Equipe de saúde: percepções das pessoas idosas

A população idosa participante deste estudo mostrou possuir baixa compreensão sobre o papel exercido pelos profissionais pertencentes à equipe de saúde da família, exceto em relação aos médicos e dentistas. Isso repercute diretamente sobre a proposta de funcionamento da ESF.

A falta de conhecimento desses participantes pareceu reforçar a descrença sobre o modelo de assistência baseado na abordagem multiprofissional e no modelo de saúde integral, com foco na família e na comunidade, na vigilância em saúde e na visão de saúde como multideterminada.

“Tem a moça da recepção também. Ela é muito boa. Eu não lembro agora o nome dela, mas ela trata muito bem as pessoas” (Pessoa idosa 002);

“Eu conheço o dentista e a médica” (Pessoa idosa 002);

“Não, só tem um médico, cubano” (Pessoa idosa 005);

“Tem uma moça que mede criança” (Pessoa Idosa 003).

O modo como as pessoas idosas, que participaram deste estudo, perceberam a equipe de saúde, assim como, compreender o olhar deles sobre estrutura física da unidade de saúde, entender a percepção deles sobre o funcionamento da equipe e a responsabilidade de cada

componente sobre a saúde deles e dos comunitários, é de suma importância para a garantia de um atendimento de saúde adequado.

A unidade produtora dos serviços na ESF é composta por uma equipe de profissionais de saúde. Cada profissional executa um conjunto de ações em separado, buscando, constante e continuamente, articular as ações realizadas com os demais profissionais. Além disso, eles devem planejar as ações pautadas no contexto de vida de cada família (COSTA; CIOSEK, 2010; MARQUI et al, 2010).

As equipes na ESF devem somar esforços na busca pela integralidade da oferta de cuidado em saúde, e não reproduzir no seu processo de trabalho um modelo de atenção biomédico (MARQUI et al, 2010).

O modelo biomédico de saúde teve origem na ciência moderna, e caracteriza-se por explicar os fenômenos da vida por uma concepção reducionista. Os estudos preconizados por este modelo visam compreender o funcionamento do corpo humano e as alterações anatômicas e biológicas sofridas durante o processo de adoecimento (FERTONANI; PIRES, 2010).

Assim, o corpo passou a ser o foco das práticas assistenciais e dos processos terapêuticos. Essa visão foi assumindo ao longo dos anos papel significativo nas organizações dos serviços de saúde no mundo ocidental, em especial no Brasil, parecendo ser uma ideia, hoje ainda hegemônica na percepção da população brasileira, sobretudo para as pessoas idosas dos dias atuais (FERTONANI; PIRES, 2010).

A crença de cura da doença atribuída apenas ao profissional médico reforça as características reducionistas do cuidado, voltado apenas para o corpo que adocece. Esta visão foi observada nas falas das pessoas idosas do presente estudo, o que decerto, pode justificar o mal-estar provocado pela ausência do profissional médico na dinâmica e no processo de trabalho das Equipes de Saúde nas ESF do município de Recife.

Como consequência, a ausência de médicos em 02(duas) equipes de saúde nas ESF da Micro 5.1., pontuada mais uma vez na percepção dos idosos e dos profissionais, pode levar à falta de resolutividade de certas ações pelos demais profissionais da equipe, sobrecarga de trabalho e sentimento de impotência por parte dos profissionais de saúde (DE LIMA TRINDADE; PIRES, 2013):

“E quando a médica adocece? Acabou. ” (Pessoa Idosa 003);

“(…)A Unidade está ruim, porque está faltando médico. ” (Pessoa Idosa 005);

“Lá faz uns 04 meses que está sem médico. Tem outro médico lá, mas ele não atende a área da gente” (Pessoa idosa 005);

“Lá na Unidade de Saúde não tem nada para os idosos. Seria bom que colocassem médico para a gente ter mais assistência, porque não temos nada” (Pessoa Idosa 005).

“A minha Unidade de Saúde está mais ou menos, o quê? Mais de cinco meses que a equipe está defasada, eu não tenho nem o que responde a você” (Profissional de Saúde 004);

“(...)o profissional que temos é a Enfermeira, mas você sabe que ela não pode arcar com a necessidade dos idosos, principalmente, porque a maioria toma medicação controlada. É um atendimento que praticamente está tudo parado, é a saúde do idoso” (Profissional de Saúde 004);

“Minha equipe também está praticamente do mesmo jeito sem médico. Estamos sem médico. Agora a Enfermeira faz, mas nem tudo ela pode resolver, não é? E a Dentista também, sempre vai para as visitas domiciliares com Agente Comunitário de Saúde. Mas médico? Assistência médica, assim de controlar questões múltiplas, está difícil! ” (Profissional de Saúde 002).

Apesar de todas as mudanças no paradigma da atenção à saúde, propostas pela ESF, os significados atribuídos à doença e o agir da população de idosos revelam, que os serviços de saúde ainda são desenvolvidos por profissionais que focam sua intervenção na doença e na agudez dos casos (SANTOS; GIACOMIN; FIRMO 2014). Tais informações corroboram as percepções achadas neste trabalho.

Nas visões de Nery e de seus colaboradores (2011), a falta de conhecimento da população em relação à atuação da equipe de saúde, bem como sobre o funcionamento da ESF, repercutem no alcance dos resultados que efetivem os princípios do SUS, assegurem o cuidado orientado para a integralidade e às necessidades ampliadas de saúde, sendo um dos grandes desafios para o sistema de saúde brasileiro na atualidade (FERTONNI et al, 2015).

Incompreensão e ausência de informação da população idosa, em muitos dos casos, sobre o que é o SUS e os seus direitos em relação à assistência, muitas vezes, se coloca como uma boa estratégia de (in) visibilidade sobre os direitos dos usuários e deveres do Estado, no papel de gestores e trabalhadores de saúde (SCHWARTZ et al, 2010).

Assim, as múltiplas percepções dos sujeitos com os serviços de saúde vão depender de variáveis como: as informações que estão disponíveis para ele, sua percepção sobre as

facilidades e dificuldades para obtenção de cuidados, a compreensão sobre as necessidades de saúde que vão se construindo durante os processos saúde-doença de usuários e trabalhadores de saúde e, por fim, como irá se estabelecer o vínculo, o acolhimento, e de como se farão as rupturas com os processos de desigualdade e exclusão a que muitos usuários têm sido submetidos nos serviços públicos (SCHWARTZ et al , 2010).

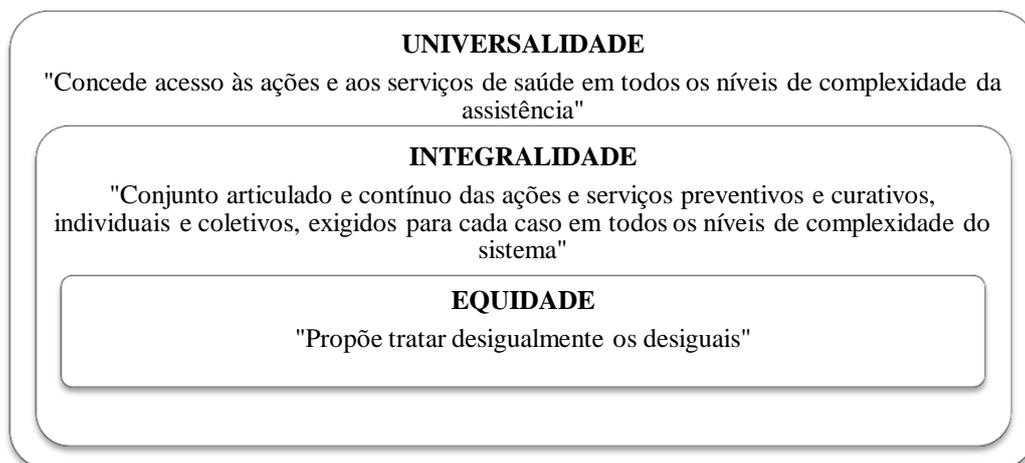
Desse modo, o modelo assistencial proposto pela ESF, precisa propor e garantir, o cuidado além dos muros da unidade de saúde, incluindo a visita e internação domiciliar. Essa nova concepção de saúde precisa contemplar a educação em saúde nas diversas faixas etárias, deve promover novas formas de abordagens, bem como a promoção de atividades físicas, hábitos saudáveis de alimentação e vida.

### 5.3 A ATENÇÃO À SAÚDE DA PESSOA IDOSA

#### 5.3.1 O acesso à saúde das pessoas idosas

O acesso aos serviços públicos de saúde no Brasil está assegurado tomando como referência os princípios organizativos e doutrinários do Sistema Único de Saúde, conforme mostra a figura 5. A Atenção Primária à Saúde (APS), em particular a ESF, traz em sua concepção um redesenho de modelo assistencial, que privilegia o vínculo com indivíduo e dá a garantia de ser atendido dentro da lógica longitudinal de cuidado. Outro aspecto, que vem ganhando destaque, é o poder local representado pelo município, pelas redes e teias de conexões, que vão se formando ao organizar os serviços de saúde em suas várias complexidades (SCHWARTZ et al, 2010).

**Figura 5**– Princípios organizativos e doutrinários do Sistema Único de Saúde. Recife/PE-Brasil, 2016.



**Fonte:** Elaboração própria com base em Motta; Siqueira-Batista, 2015.

Para Starfield (2002), são quatro os atributos essenciais para uma organização efetiva na APS: *Acesso de Primeiro Contato, Longitudinalidade, Integralidade e Coordenação da atenção*. A autora chama atenção para outros três elementos, chamados de atributos derivados, apontados como qualificadores das ações dos serviços de APS, sendo estes: *Atenção à Saúde Centrada na Família; Orientação Comunitária e Competência Cultural*.

O acesso e a acessibilidade a ações e serviços de saúde no SUS têm significados semelhantes para Donabedian (2003). Ambos apelam para a capacidade de obtenção de cuidados de saúde, quando necessário, de modo fácil e conveniente. Estes dois conteúdos aparecem como um dos aspectos da oferta de serviços relacionado à capacidade de produzir serviços e de respostas perante às necessidades de saúde populacional (ALBUQUERQUE et al, 2014).

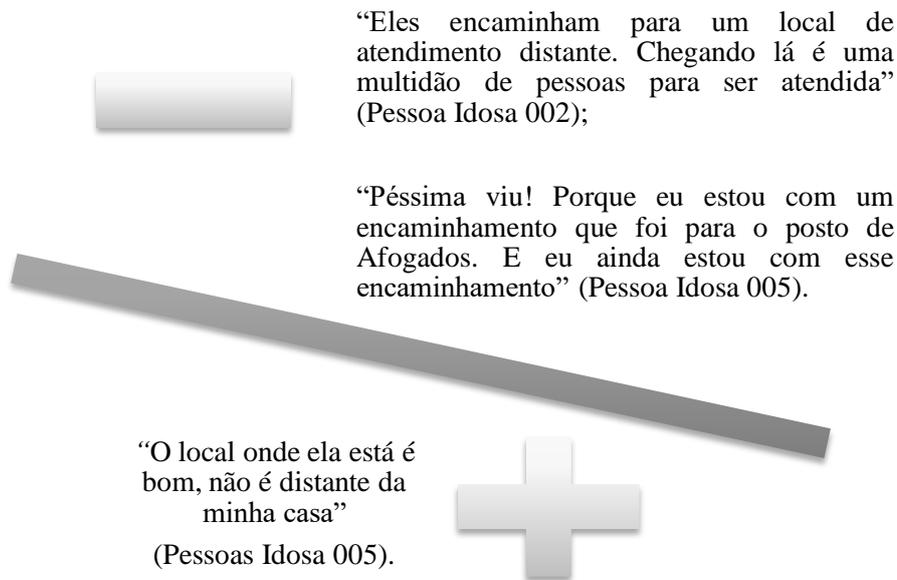
A acessibilidade possui duas dimensões: a geográfica e outra voltada para o contexto sócio-organizacional. A geográfica refere-se à distância e ao tempo de locomoção dos usuários para chegar aos serviços, incluindo os custos da viagem, dentre outros. Por sua vez, a sócio-organizacional inclui recursos que facilitam ou dificultam os esforços das pessoas para chegarem ao atendimento, como preconceitos sociais, até os menos explícitos como: *idade, raça ou classe social*, ou alguma forma de pagamento para uso do bem (ALBUQUERQUE et al, 2014; SANCHEZ, CICONELLI, 2012).

Esta última dimensão da acessibilidade proposta por Donabedian (2003), ratifica a importância da adequação dos profissionais de saúde e dos recursos tecnológicos utilizados frente às necessidades dos usuários. Desta forma, não basta ter serviços de saúde adequados e com estruturas acessíveis, mas precisa-se garantir seu uso, tanto no início como na continuidade do cuidado. Isto quer dizer, os serviços precisam ser geradores de oportunidade, contínuos, atender à demanda real e ser capazes de assegurar o acesso a outros níveis de complexidade (ALBUQUERQUE et al, 2014; SANCHEZ, CICONELLI, 2012).

Frente às novas demandas de saúde impostas pelo envelhecimento da população no Brasil, pontuadas em capítulos anteriores, ainda é algo desafiador para gestores e profissionais, uma vez que se trata de um grupo de pessoas que vivencia situações peculiares que, quando não tratadas, podem culminar em perda de independência e autonomia.

Os idosos participantes do Grupo Focal, de um modo geral, avaliaram de forma negativa o acesso à saúde das Unidades de Saúde da Micro 5.1., estes dados corroboram com os achados nas dimensões de Donabedian (2003), vistos nas figuras 6 e 7.

**Figura 6**– Acesso à saúde na dimensão geográfica. Recife/PE, Brasil, 2016.



**Fonte:** Dados da pesquisa, elaborado pela autora.

No entendimento das pessoas idosas a localização da ESF em relação aos domicílios é boa. Sabe-se que as unidades de saúde devem estar situadas no mesmo território onde as famílias estão cadastradas. As barreiras relacionadas ao campo geográfico estão associadas intrinsecamente à complexidade da atenção à saúde, ou seja, quanto menos especializada for a oferta, mais próximo está será da população. Nesse sentido, as ESF localizadas na Micro 5.1, correspondem ao conceito de acessibilidade geográfica de Donabedian (2003), embora não tenham sido mensurados o tempo e os gastos na locomoção pelos usuários deste estudo. Por outro lado, é importante ressaltar que a existência de serviços próximos à residência das pessoas idosas, não garante sua efetiva utilização.

Destacam-se entre as principais queixas que dificultam o acesso à saúde da pessoa idosa entre os participantes foram os “encaminhamentos para outros serviços de saúde”.

“(…)esses ENCAMINHAMENTOS! Acabou com tudo” (Pessoa Idosa 006);

“Por uma parte, foi melhor, porque agora, somos atendidos, mas o problema agora, é que você só é atendido em outros locais, em outras unidades com encaminhamento. E esse agendamento feito via encaminhamento, demora um tempão” (Pessoa Idosa 005);

“Muito melhor, porque evitava nós ir para outro lugar, né? Você evitaria, por exemplo, de ir para aquele lugar. Como é o nome daquele lugar mesmo? Isso,

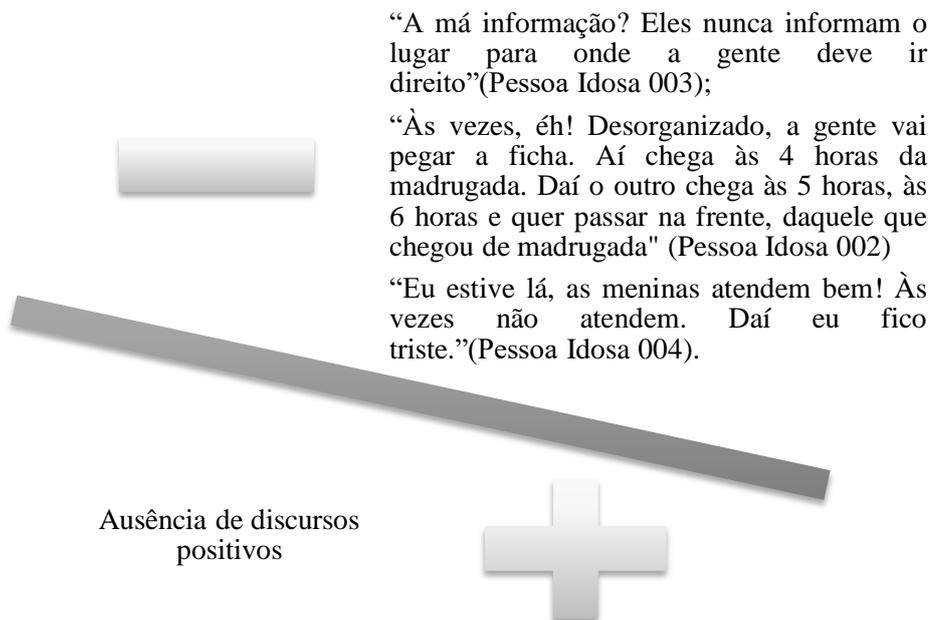
Hospital Santa Casa e Hospital Maria Lucinda, como fui agora pouco. Chega lá, tem muita gente, aquela confusão, vai para lá, vai para cá. Se tivesse esse pessoal por aqui, evitaria, né? (Pessoa Idosa 002).

Na visão das pessoas idosas, a distância, a demora na marcação e a falta de condições financeiras para deslocar-se, (esta última menos expressiva), contribuem para a interrupção da continuidade do cuidado em saúde, levando ao agravamento do quadro clínico inicial da doença e a baixa resolutividade do caso.

Reclamações semelhantes foram encontradas nos estudos de Schwartz et al (2010): excessivos encaminhamentos para serviços, que a unidade deveria ofertar, como consultas de rotinas, por exemplo, sendo frequentemente encaminhados para outros serviços pela falta de profissionais médico, ou pela impossibilidade de marcação de consulta na própria unidade. Fato, que se constitui um problema de gestão, e de implicações com os direitos dos usuários e dos vínculos que eles estabelecem ou não com o serviço.

Problemas de acesso da população idosa aos serviços de saúde, decorrentes da falta de condições financeiras, não pareceram relevantes em outros estudos. Entretanto, distâncias exageradas ou a dificuldade de pagamento das tarifas de transportes público ou particular, criam obstáculos de acesso aos serviços públicos (SERRA; RODRIGUES, 2010).

**Figura 7**– Acesso à saúde na dimensão sócio-organizacional. Recife/PE, Brasil, 2016.



**Fonte:** Dados da Pesquisa, elaborado pela autora.

A ausência de aspectos positivos relacionados à dimensão sócio-organizacional presentes nos discursos dos indivíduos idosos desse estudo, se contrapõem as características negativas postas pelos idosos no que se referem ao acesso deles às ESF. Em outras palavras: a falta de escuta e comunicação adequadas dos profissionais; a carência de informações simples, que poderiam ser esclarecidas com uma comunicação clara e objetiva; a ausência de empatia e despreparo dos profissionais para abordar a pessoa idosa; a desorganização da oferta de serviços (acolhimento, agendamento, consultas e encaminhamentos); os conflitos e situações desconfortantes durante a espera pelo atendimento, e as filas durante a madrugada para realização de agendamento médico; formaram, possivelmente, o principal “nó” na garantia do acesso das pessoas idosas aos atendimentos em saúde na área selecionada para este estudo.

Citando Unglert e colaboradores apud Schwartz et al (2010), afirmam que o acesso às diversas tecnologias da saúde, engloba numerosos fatores, que podem ser estudados sob diferentes dimensões, e estas, estão sob condições de inúmeras variáveis, que vão desde o modelo institucional de saúde à prática cotidiana, à satisfação dos usuários, dos trabalhadores de saúde e às questões geográficas.

Em um artigo de revisão sobre os conceitos de acessibilidade elaborado por Travassos e Martins, citado por Schwartz et al (2010, p. 2147), chama atenção, para a complexidade do conceito que, na maioria das vezes, é empregado de forma imprecisa, e que muda ao longo do tempo e de acordo com o contexto. Estes autores mostraram que:

“A utilização dos serviços de saúde representa o centro do funcionamento do sistema e, embora com divergências conceituais e ideológicas, tem predominado a visão de acesso relacionado às características da oferta de serviço, ou seja, o uso dos serviços é a sua própria expressão”.

Assim, a utilização dos serviços de saúde é resultante da interação do comportamento do indivíduo que procura cuidados, e do profissional, que o conduz e o acompanha dentro do sistema de saúde. Somem-se a isto, os determinantes geográficos. Em síntese, o uso dos serviços de saúde está sujeito a fatores predisponentes, às necessidades de saúde e dos fatores contextuais, bem como, o uso efetivo e eficiente depende dos fatores individuais e de fatores internos aos serviços de saúde, que intervêm na qualidade dos cuidados prestados (SCHWARTZ et al, 2010).

Schwartz et al (2010), conceituam que o comportamento do usuário, em geral, é quem vai determinar o primeiro contato. Segundo os autores, ele disparará a demanda para o serviço, e todos os trabalhadores de saúde estão implicados nesse momento, independente

do lugar técnico/social em que estejam inseridos. O processo de atenção à saúde deve ser implicado desde a pessoa que está na portaria, que pode ser o porteiro ou a atendente, com sua autonomia e poder dado pela “autoridade” para deixar ou não entrar o usuário; até os profissionais de saúde, que vão concretizar as ações de saúde que poderão ou não ter repercussão sobre suas necessidades e motivos que o levaram àquele serviço. (SCHWARTZ et al, 2010).

A informação que o profissional de saúde e o paciente possuem é um importante determinante da qualidade da interação entre o sistema de saúde e o indivíduo (SANCHEZ, CICONELLI, 2012; MCINTYRE; MOONEY, 2007).

Assim, um dos grandes desafios para a ESF e os profissionais de saúde é a necessidade de rever nas práticas cotidianas, diante de um novo contexto de saúde, onde as condições de saúde se tornam mais frequentes e que vão requerer cuidado contínuo e integral. Torna-se indispensável repensar os processos de trabalho, bem como adotar metodologias, instrumentos e conhecimentos que atendam à demanda atual perante o envelhecimento populacional (ARAÚJO et al, 2014).

### 5.3.2 Atendimento de saúde na ESF

Os participantes idosos do Grupo Focal trouxeram a questão da irregularidade e ausência dos profissionais, principalmente dos ACS durante as visitas domiciliares. Na concepção deles, os profissionais só fazem visitas na existência de algum acamado. Apenas uma pessoa idosa afirmou que recebia visita do médico, quando este trabalhava na sua unidade de referência, conforme se visualiza na tabela 3.

Essa mesma percepção foi vista no estudo de Lima et al (2010), que objetivou descrever a percepção de adultos e idosos em relação à visita domiciliária realizada pelo agente comunitário de saúde (ACS). Neste trabalho, a maior parte, demonstrou insatisfação com a frequência em que os agentes passam em suas residências: eles gostariam que houvesse um número maior de visitas, que fossem mais frequentes para que seus resultados de exames laboratoriais, por exemplo, fossem entregues com rapidez (DE SOUZA; TEIXEIRA,2014; LIMA et al, 2010).

A Portaria nº 1886 do Ministério da Saúde (Brasil, 1997) cita que para a implantação da ESF, deve-se ter uma clientela de, no máximo, 4.500 pessoas e uma equipe composta basicamente de um médico, um enfermeiro, auxiliares de enfermagem e Agentes Comunitários de Saúde (ACS).

Os ACS devem atuar dentro do seu contexto comunitário junto à população adstrita, sendo responsáveis pelo desenvolvimento de ações de prevenção de doenças, e pela promoção da saúde, por meio de atividades educativas no domicílio e na comunidade de aproximadamente 400 a 750 pessoas (BRASIL, 2002).

Além disso, eles devem cadastrar todos os domicílios da área de abrangência da unidade de saúde. Desta forma, identificam os indivíduos e as famílias que estão expostas a riscos iminentes de adoecer ou de morrer; os mais vulneráveis, requerendo visitas domiciliárias com maior frequência (MAGALHÃES et al, 2015; DE SOUZA; TEIXEIRA, 2014; LIMA et al, 2010)

A visita domiciliária (VD) se constitui, dessa forma, em um instrumento importante para o trabalho dos ACS. O Ministério da Saúde aconselha que haja no mínimo uma visita mensal a cada domicílio da área de atuação do agente de saúde havendo flexibilidade em função do estado de saúde de seus habitantes (MAGALHÃES et al, 2015; LIMA et al, 2010; Brasil, 2001).

Segundo Takahashi e Oliveira (2001) citado por Magalhães et al (2015), a VD pode ser definida: principal ferramenta de intervenção na Saúde da Família, utilizada pelos

componentes da equipe com vista a conhecer as condições de vida e de saúde das famílias sob sua responsabilidade.

Entretanto, vale destacar, que é preciso considerar a complexidade e os desafios possivelmente implicados de se estar no território, sobretudo no papel dos ACS, pois a dupla inserção deles, ora como agente, ora como sujeitos comunitários, cria uma certa porosidade entre o trabalhar e o viver na comunidade. Este aspecto parece ser algo positivo, pois diminui ou elimina o distanciamento do ato de trabalhar e de morar, visto que ambos acontecem no mesmo espaço físico (JARDIM; LANCMAN, 2009).

Para os profissionais de saúde desta pesquisa, a ausência dos ACS ou de outros profissionais, não representou dado significativo, na opinião deles (tabela 4). As visitas domiciliares estão acontecendo no cotidiano das unidades de saúde, e só não são afetadas, quando a área é de extrema vulnerabilidade social e oferece risco de vida para eles.

Salienta-se que os bairros que compõem o Distrito Sanitário V, área selecionada para este estudo, estão inclusos de acordo com a Prefeitura do Recife, no Índice de Vulnerabilidade Social, e 81,25% dos bairros estão incluídos na estratificação de prioridade 1 e 2 de população ZEIS (Zonas Especiais de Interesse Social), isto é, são áreas de assentamentos habitacionais de população de baixa renda, surgidos espontaneamente, ou propostos pelo Poder Público, onde haja possibilidade de urbanização e regularização fundiária (SANTOS, 2011).

A vulnerabilidade que os profissionais desta pesquisa afirmaram lidar no cotidiano dos seus territórios, sobretudo nas VD, se manifestam em todas as dimensões-sociais, familiares, humanas, etc. E que, segundo eles, extrapolam a governabilidade do setor saúde.

**Tabela 3**– Atendimento de Saúde na ESF na percepção das Pessoas Idosas. Recife/PE, Brasil, 2016.

<b>Atendimentos de Saúde</b>	<b>Pessoas Idosas</b>
<b>Visitas Domiciliares</b>	<p>“Agente de Saúde? Nós tínhamos um agente quando estava na outra Unidade, era muito boa. Ela ia perguntava as coisas a gente. Tudinho. Mas essa? Ela só vai quando tem alguma coisa para levar, sabe?” (Pessoa Idosa 002);</p>
	<p>“Ela não vai, não! Nessa nova unidade que estamos nunca foi enfermeira lá não” (Pessoa Idosa 003);</p>
	<p>“Meu esposo é acamado, o médico que saiu, ele ia à minha casa” (Pessoa Idosa 005).</p>
<b>Comunicação</b>	<p>“A médica passa meia hora ouvindo agente” (Pessoa Idosa 003);</p> <p>“A médica na minha unidade atende muito bem, tem gente que reclama pela demora, e eu digo: tu deves agradecer, porque a mulher faz perguntas, porque tem médico por aí, que a gente entra e ele nem olha para a fisionomia do paciente, escreve e vai embora. Então ele não fez nada” (Pessoa Idosa 002);</p> <p>“Meu Deus do céu, eu saio de lá triste. Às vezes até o vigilante dá informação melhor do que eles. Ele vai se informar porque às vezes, têm motivos, sabe? Ele fala: Não, espere um pouquinho. Quando chega no atendimento da recepção eu acho péssimo. Não trata bem as pessoas” (Pessoa Idosa 005).</p>
<b>Acolhimento</b>	<p>“Todas as vezes que eu vou para o acolhimento, eu não consigo nada. Quem tem me ajudado muito é minha agente de saúde, por eles passa anos e mais anos, colocando agente para lá e para cá. ” (Pessoa Idosa 006).</p>
<b>Agendamentos de consultas</b>	<p>“Eu vou de madrugada pegar uma ficha para ser atendida. Eu pego, eu consigo” (Pessoa Idosa 003).</p> <p>“A consulta de retorno deveria ser marcada ainda no atendimento” (Pessoa Idosa 006);</p> <p>“(…)E esse agendamento feito via encaminhamento, demora um tempão” (Pessoa Idosa 005).</p>
<b>Saúde Bucal</b>	<p>“Quando eu tenho que ir a um dentista, eu pago. Porque na minha unidade não tem” (Pessoa Idosa 005);</p> <p>“Às vezes eu acho que deve tirar o dente de todo jeito” (Pessoa Idosa 003);</p> <p>“Ele pergunta, e ainda orienta muito. Eu não sabia escovar os dentes com essa idade toda. Eu não sabia daí ele disse: faça isso e isso, e melhorou bastante” (Pessoa Idosa 002).</p>
<b>Vacinas</b>	<p>“(..)teve um cara lá que fez o maior escândalo do mundo. Ele disse que o governo queria matar os velhos todinhos para não pagar as aposentadorias. Eu disse: meu irmão nem no interior existe mais essa mentalidade. O cara ficou brabo” (Pessoa Idosa 002).</p>

**Medicações e  
Insumos**

“Muitos dos remédios, eu estou pagando, porque lá não tem. Um vidrinho que comprei foi 60 reais. MISERICÓRDIA!! Eu nunca havia comprado esse remédio, mas tem que comprar, né?” (Pessoa Idosa 002);

“Aquele com alguma coisa de potássio e o outro, que estou esquecida, eu sei que tomo 02 comprimidos. São baratinhos, não são caros” (Pessoa Idosa 004);

“Eu pego, eu não lembro ao certo o nome do remédio” (Pessoa Idosa 003);

“Fralda, remédio de pressão e remédios para diabetes. Fralda está faltando, há dois meses que não chega” (Pessoa Idosa 005);

“Foi feito um cadastro, né? E agora pouco foi feito um, que eu tive que fazer longe da minha casa, antes eu fazia no posto” (Pessoa Idosa 005).

**Grupos de  
Saúde**

“Nascida e criada aqui em Recife, nunca tinha saído para o interior. Depois de velha, já andei tanto, ela leva agente para passear” (Pessoa Idosa 003);

“Eu pelo menos acho que é bom, a gente passeia, desaparece, eu gostei do grupo” (Pessoa Idosa 006);

“O grupo tira o estresse, é muito boa àquela união dali, todos são amigos” (Pessoa Idosa 002);

“Eu não participo porque eu tomo conta do meu esposo. E tem dia que eu estou estressada, e não é fácil minha vida. Eu para vim aqui, foi muito complicado” (Pessoa Idosa 005).

**Fonte:** Dados da pesquisa

Cunha e Sá (2013) realizaram uma pesquisa, onde foram analisados os processos de trabalho, bem como a gerência do cuidado, tomando as visitas domiciliares como foco da análise, em três equipes da ESF no município de Nova Iguaçu. No que se referem às VD, eles sinalizaram a importância de considerar a complexidade das situações com as quais os profissionais de saúde têm de lidar no território, cujos problemas se manifestam em todas as suas dimensões – não apenas a biológica.

Dos possíveis condicionantes das dificuldades de se entrar no território foram apontados:

“Os desafios de estar diante de uma demanda não diagnosticada, com necessidades desconhecidas, entrar em contato direto com o imprevisível, com o estranhamento, com outro que pode ser totalmente diverso, entrar na casa das pessoas, prescrever estilos de vida e invadir intimidades sem a mediação do consultório médico e seus instrumentos tecnológicos. Trata-se de uma tarefa difícil, não apenas pelo desgaste físico, mas, sobretudo, por ser altamente exigente de trabalho psíquico, em função das angústias, fantasias e sentimentos por vezes contraditórios que pode mobilizar nos profissionais” (CUNHA; SÁ, 2013, p.65).

Por isso, sentimento de frustração e impotência foram relatados após as visitas domiciliares realizadas por profissionais de saúde que participaram desta pesquisa, que se vêem diante de situações complexas na assistência à pessoa idosa, sem suporte ou sem apoio matricial de outros profissionais externos a equipe da ESF, inclusive das equipes dos Núcleos de Apoio de Saúde da Família (NASF). Segundo eles, nem todas as equipes da ESF são contempladas pelas equipes multidisciplinares do NASF.

Instituído por meio da Portaria nº 154 de 24 de janeiro de 2008, o Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF), tem por objetivo apoiar as equipes ESF, buscando a atuação conjunta e o desenvolvimento de novas práticas em saúde. Isso, por meio da corresponsabilização e da gestão integrada do cuidado, por meio de atendimentos compartilhados com as equipes da ESF, e projetos terapêuticos que envolvam os usuários, considerando a singularidade do sujeito. Utilizando para isto ferramentas validadas pela Política Nacional de Humanização, como a clínica ampliada, o apoio matricial e o projeto terapêutico singular (NASCIMENTO; OLIVEIRA, 2010; BRASIL, 2009, BRASIL, 2009).

O apoio matricial é a principal estratégia para o desenvolvimento do trabalho entre as equipes do NASF e os profissionais da ESF. Para Ferro et al (2014), matriciar significa, entre outros, compartilhar, apoiar, corresponsabilizar-se por determinada demanda de saúde apresentada por uma pessoa, uma família, ou um coletivo. Corresponde a uma estratégia vinculada ao modo de operar entre as duas equipes de saúde, isto significa, que uma delas vai se constituir como referência para o sujeito (individual ou coletivo) que demanda o cuidado, a equipe de ESF; e a outra, a equipe NASF, não tem, necessariamente, relação direta com os usuários. Porém, quando esta é solicitada, deve facilitar e ampliar a compreensão do caso, bem como as possibilidades de ação e resolução do mesmo. A ausência das equipes NASF no território traz implicações importantes para integralidade, interdisciplinaridade, territorialidade, vínculo e articulação em rede de saúde dos indivíduos, inclusive para a pessoa idosa (BARROS et al, 2015; FITTIPALDI et al, 2015; FERRO et al, 2014; NASCIMENTO, 2014).

**Tabela 4** – Atendimento de Saúde na ESF na percepção dos Profissionais. Recife/PE, Brasil, 2016.

Atendimentos de Saúde	Profissionais
<p><b>Visitas Domiciliares/Família</b></p>	<p>“Tem idoso, que dá para se fazer a visita, mas tem idoso, por exemplo: os acamados, mas a família vive do tráfico. Então isso inibe o profissional de entrar nesta casa para dar essa ajuda” (Profissional 004);</p> <p>“(…)a gente teve uma experiência, eu fui à casa de um idoso, quando eu olhei para o telhado, a impressão que eu tive que aquilo iria cair a qualquer momento, daí eu me sentir um tanto insegura, e fiquei pensando, aqui vai acontecer um desastre, a qualquer momento (…)” (Profissional 001).</p> <p>“(…)avaliar esse idoso em casa, também tem a companhia dos familiares, às vezes eles querem verbalizar alguma coisa pra gente, algum sofrimento, e ele não consegue porque a família está por perto, e a gente percebe o constrangimento(…)” (Profissional 001);</p> <p>“(…)então, assim, eles acham, a gente faz a visita, mas aí, a gente tem quase 4 mil pessoas para atender. Então a responsabilidade do paciente, do usuário, é da família. Não é nossa, a gente faz a nossa parte, mas precisamos ter a contrapartida” (Profissional 005).</p>
<p><b>Suporte e Apoio Matricial</b></p>	<p>“(…)a gente não teve sequer a visita do Serviço Social na casa, está entendendo? Daí a gente fica se sentindo sem importância demais” (Profissional 001);</p> <p>“(…)outra coisa, que eu acho que dificultou muito para o idoso, foi a retirada do Núcleo de Apoio à Saúde da Família, de algumas unidades. Isso aí, foi aquele “balde de água fria” que foi jogado em cima da Estratégia de Saúde da Família” (Profissional 006).</p>
<p><b>Profissionais</b></p>	<p>“(…)então, assim, alguns colegas atendem bem. Mas têm outros que são indiferentes, pelo menos eu percebo isso na minha equipe, entendeu? Eu acho que tem que trabalhar todo grupo, todo o conjunto! De A e Z com os profissionais, para dá uma visão modificada, uma visão diferenciada para o idoso. Eu acho que precisaria, acho que está faltando isso. Falta isso com relação à visão dos gestores, trabalhar também o profissional para atender melhor seus idosos” (Profissional 008);</p> <p>“(…), mas hoje têm muitos profissionais, que eu não vou citar o nome, por que toda ausência é atrevida, que não estão capacitados para trabalhar dentro de uma unidade de saúde, e estão ali só pelo financeiro. Não tem comprometimento nenhum. Enquanto, têm alguns que se desdobram para prestar um serviço de qualidade, e está no mesmo patamar, daquele que não tem perfil nenhum, e que não está fazendo nada” (Profissional 007);</p> <p>“Eu acho que precisa capacitar as pessoas para sensibilizar e atender lá na Unidade de Saúde” (Profissional 005).</p>
<p><b>Acolhimento</b></p>	<p>“(…)lá na minha Unidade de Saúde é o seguinte, quando o idoso é</p>

<b>Agendamentos e Consultas</b>	<p>acamado e difícil acesso, a gente vai à residência, quando não, ele passa pelo acolhimento e no acolhimento, ele tem prioridade de ser atendido antes das pessoas mais novas” (Profissional 006);</p> <p>“Não, na minha Unidade de Saúde o agendamento é feito a cada quinze dias, quando tem marcação para toda a comunidade e aí, a gente sempre agenda. ” (Profissional 010);</p> <p>“Na minha Unidade de Saúde é no Acolhimento, o médico vê ou o enfermeiro a necessidade de ter uma escuta mais apropriada, que vai envolver o encaminhamento ou alguma coisa assim, que tenha que ter uma escuta mais detalhada, eles marcam. Geralmente, é marcada para a próxima semana ou na mesma semana. ” (Profissional 006);</p> <p>“(…)não, ele não precisa chegar cedo, ele chega na Unidade de Saúde, e marca (Profissional 010) ”;</p>
<b>Encaminhamentos</b>	<p>“Na nossa é diariamente, todos os dias, para o mesmo dia” (Profissional 007);</p> <p>“Na nossa é de um dia para o outro” (Profissional 002).</p> <p>“(…)é gritante a marcação do especialista, e quando a gente consegue. Depois de demorar meses, o idoso não pode ir” (Profissional 004);</p> <p>“Se antes ele não falecer, ou se ele não conseguiu de outro modo, quase um ano e pouco depois” (Profissional 002);</p> <p>“(…)Realmente, financeiramente a gente sabe que é dificultoso, o idoso que não caminha você colocar num táxi para levá-lo para um Centro de Saúde distante, é custo, e nem todo mundo tem dinheiro” (Profissional 006);</p> <p>“Mas aí, eu começo a ter esse olhar para a nossa microárea, eu vejo o seguinte, nós temos algumas unidades, e temos apenas uma referência e um profissional de referência para nossa região, por aí, já responde qualquer pergunta sua” (Profissional 007);</p> <p>“O Distrito Sanitário todo, dispõe apenas de 02(dois) Neurologistas! ” (Profissional 006);</p> <p>“(…)Especialistas, são necessários, e essa falta vai existir sempre” (Profissional 001);</p> <p>“Veja bem! Uma pessoa que necessita de 10 sessões de fisioterapia, e essa fisioterapia é marcada digamos lá, vamos colocar o mais perto possível, no Hospital em Santo Amaro. Para esse idoso, se deslocar durante 10 dias, pagando condução, têm condições? NÃO, eles não vão” (Profissional 006);</p>
<b>Saúde Bucal</b>	<p>“Saúde bucal é à parte, a gente não tem integralidade nenhuma com saúde bucal. Porque idoso, ele tem dente e precisa de atendimento, se ele não tem o dente dele, ele precisa de uma prótese, se ele também não tem dente, ele uma prótese, ele também precisa de cuidado com aquela</p>

	<p>prótese, ele precisa mastigar, ele precisa avaliar essa prótese, ela pode pegar fungos, ela pode rachar, e causar um ferimento no céu da boca e evoluir para um câncer, ou seja, ele tem saúde bucal também. A boca dele, ele não deixa em casa e sai sem ela. Então a saúde bucal lá é inexistente” (Profissional 001);</p> <p>“A promoção e prevenção na Saúde Bucal direcionada para o público idoso, direcionada assim? Só para o idoso? Não” (Profissional 010).</p>
<b>Vacinas</b>	<p>“Tem sim, apesar de, eles terem bastante receio da vacina da gripe, prejudicando um pouco a cobertura vacinal” (Profissional 004).</p>
<b>Medicações e Insumos</b>	<p>“Esse aí, a gente prefere nem falar, é uma lenda” (Profissional 005);</p> <p>“Há três meses que a gente não recebe fraldas” (Profissional 002);</p> <p>“A quantidade de medicações é pouca” (Profissional 007);</p> <p>“Material de curativo é escasso” (Profissional 005);</p> <p>“E quando vem. Temos que elencar prioridades” (Profissional 004).</p>
<b>Grupos de Saúde</b>	<p>“A equipe dela tem, mas é em outro espaço. Porque no Posto não cabe” (Profissional 002);</p> <p>“(…) e os Agentes Comunitárias de Saúde deram conta. O grupo é show de bola, mas porque as agentes de saúde estão tomando conta. Se fosse, para colocar na mão da gente, não daríamos conta, não” (Profissional 010);</p> <p>“(…) por conta daquelas atribuições, que a gente não consegue se livrar, a gente tem agenda para cumprir, reunião, tem no sei o que lá, e por aí vai” (Profissional 010).</p>

**Fonte:** Dados da pesquisa.

O território é base das iniciativas das articulações intersetoriais e as equipes da ESF, bem como as equipes do NASF, ao atuarem na identificação de situações de risco social, potencializam-se e consolidam-se formando as redes locais, de modo que o acesso a APS facilita também, o acesso a outros serviços sociais (CUNHA; SÁ, 2013).

Todavia, para que tal perspectiva seja efetiva, é imprescindível que se compreenda o território não só como um espaço geográfico e material/econômico, mas como um local - social, cultural, com suas dimensões simbólica e imaginária, que condiciona igualmente os problemas de saúde e a possibilidade de enfrentá-los.

Outro aspecto levantado pelos profissionais de saúde, diz respeito *à família*. Eles afirmaram que durante as visitas domiciliares, os profissionais observam o contexto familiar, a estrutura social da moradia e a vulnerabilidade em que o idoso está exposto. A partir disso,

compreendem o que não pode ser verbalizado pelo idoso durante os atendimentos na unidade de saúde. Ademais, eles referiram também, que a família, tanto pode ser cooperadora no cuidado da pessoa idosa, ou servir como entrave para a continuidade do cuidado no domicílio.

Segundo os profissionais de saúde, os familiares têm forte tendência em transferir a responsabilidade dos cuidados básicos de seus idosos acamados, como por exemplo: higiene corporal, entre outros cuidados, para os enfermeiros, demonstrando na maioria das vezes, insatisfação com o processo de trabalho das enfermeiras e técnicos de enfermagem.

Essa mesma conclusão foi vista no trabalho de Lopes e Marcon (2012). Eles buscaram investigar as facilidades e dificuldades dos profissionais da Atenção Básica para atuar junto às famílias em nove unidades básicas de saúde do Município de Maringá, Estado do Paraná. Para os referidos autores, o repasse do cuidado dos familiares para os profissionais, manifesta-se por meio do descuido dos familiares e por meio do abandono familiar.

Os autores supracitados justificam que, muitas vezes, estas famílias têm dificuldades para cuidar, pelo desconhecimento da doença e a insegurança de não saber lidar com as situações que poderão surgir, sobretudo com as demandas provenientes das incapacidades funcionais, provocadas pelas Doenças Crônicas.

Ainda de acordo com Lopes e Marcon (2012, p.739), deve haver na ESF, a corresponsabilidade pelo cuidado do paciente. Entretanto, o profissional precisa detectar os problemas que envolvem o cuidado de cada família, orientá-la e apoiá-la, para que este processo se desenvolva de forma mais tranquila para os cuidadores.

Assistir à família é um desafio para os profissionais de saúde, pois cuidar de uma forma geral, não é uma tarefa fácil, pois depende da boa vontade e da percepção de que a família tem sobre a maneira de cuidar de cada componente, e isso deve ser respeitado para efetivação do cuidado de saúde.

Contudo, conhecer os valores da família, as crenças e os seus costumes, facilita a construção de uma assistência digna e individualizada. O profissional da ESF precisa levar em consideração as necessidades e os contextos em que a pessoa idosa está inserida e suas famílias. Pois, o trabalho integrado com a família, fornece subsídios para intervenções assertivas com o intuito de melhores resultados para a saúde da pessoa idosa (CUNHA; SÁ, 2013; LOPES; MARCON, 2012).

De todos os componentes idosos participantes do GF, apenas 02(dois) relataram haver uma boa comunicação (escuta qualificada) durante o atendimento médico. Salienta-se

que é na ESF desses dois participantes, onde há uma estrutura física construída e adaptada para receber idosos e pessoas com deficiência.

Dificuldades na interação, entre os profissionais e as pessoas idosas, principalmente no que refere à resolutividade de ações simples, foram apontadas pelos idosos. A falta de empatia, despreparo e o perfil de alguns profissionais, inclusive para abordar a pessoa idosa, estiveram presentes nas falas dos profissionais expostas na tabela 4.

Estas informações são corroboradas no estudo com o estudo realizado por Moimaz et al (2010, p. 1422): o grau de satisfação dos atendimentos proporcionados pelos profissionais, pelo ponto de vista dos usuários, nos municípios do Estado de São Paulo, é demonstrado por meio da realização de um bom exame físico, das perguntas feitas e orientações dadas, bem como na resolutividade das condutas.

A qualidade do atendimento, baseado na escuta do usuário, propicia o vínculo entre o binômio usuário-serviço de saúde. Esse binômio facilita a assistência em saúde, permite que o profissional conheça seu paciente, e construa em conjunto as possibilidades terapêuticas de cuidado. Ficou evidenciada nas falas dos sujeitos desta pesquisa, que a humanização nos atendimentos em saúde das equipes de ESF da Micro 5.1, é imperiosa (ALVES et al, 2014; MOIMAZ et al, 2010).

As principais causas de insatisfação dos usuários nos serviços públicos estão correlacionadas à ausência de comprometimento, respeito e atenção por falta dos profissionais. Moimaz et al (2010), afirmam que deve ser implementada uma política de acolhimento aos usuários, que inclua toda a equipe do serviço, desde o guarda ou vigia da unidade até o médico, seguindo-se as recomendações da Política Nacional de Humanização do SUS (PNH). A humanização busca a valorização dos indivíduos, utilizando para isso, os eixos norteadores da PNH - promoção da autonomia e a valorização do sujeito, a criação de vínculos solidários e a participação coletiva no processo de gestão (ALVES et al, 2014; TINTORI et al, 2014; BRASIL, 2004).

A ESF deve se responsabilizar pelo incentivo às práticas de promoção à saúde, avaliando as necessidades sociais e de saúde dos sujeitos e de sua coletividade; buscando o compromisso de acolher o usuário de forma efetiva; aperfeiçoar os atendimentos visando melhorar a qualidade de saúde e da assistência prestada (ALBUQUERQUE et al, 2014; TINTORI et al, 2014).

Acolher para a saúde, implica no reconhecimento do outro em suas necessidades, a invenção de estratégias para conduzir um cuidado digno e justo, a implementação dos eixos

norteadores da PNH, a inclusão social e a resolubilidade, tendo como suporte, o binômio dialógico entre usuário-serviço de saúde (TINTORI et al, 2014).

O ato de acolher não se limita apenas a uma receptividade cordial, mas extrapola seus significados, incluindo uma *escuta ativa e qualificada ao usuário*. O vínculo, a resolutividade e o desempenho profissional estão intrinsecamente relacionados ao dispositivo, acolhimento. Takemoto e Silva citados por Santos e De Albuquerque (2015, p. 147), observaram que:

“O acolhimento aumenta a possibilidade de intervenção de todos os profissionais da equipe, pois não se restringe a uma profissão específica, dando autonomia a todos visando suprir a necessidade da população, aumentando a procura dos usuários os serviços pela forma humanizada que são recebidos, fazendo que os mesmos se sintam importantes por serem escutados e verifiquem o interesse da equipe em sanar suas limitações”.

A formação do vínculo na ESF favorece a eficácia das ações de saúde e a participação do usuário na elaboração e implementação do projeto terapêutico. Além disso, permite o desenvolvimento da autonomia dos sujeitos, possibilitando a promoção de sujeito de direitos, que fala, pensa e deseja (TINTORI et al, 2014; BRASIL, 2004).

Tintori et al (2014) argumentam que o acolhimento limita-se, muitas vezes, pela dimensão espacial dos estabelecimentos de saúde, não sendo produzido, pela dificuldade das equipes em encontrar espaços adequados, a falta de conforto, bem como a ausência de mobílias e equipamentos.

A maneira como a assistência em saúde vem sendo implementada nas ESF nos dias atuais, revela a existência do modelo hegemônico, técnico-científico e positivista, o qual é reprodutor do modo tradicional de fazer saúde, caracterizado pela alta rotatividade de trabalhadores nas equipes, centralização do trabalho na figura do médico, divisão social do trabalho em saúde e fragmentação da assistência (LIMA et al, 2014; COUTINHO et al, 2013).

Decerto, este modelo de saúde dificulta a construção do vínculo da equipe com a comunidade, ressalta os resultados quantitativos e as tecnologias duras, convergindo na maioria das vezes, para a baixa resolutividade do serviço. Contribui ainda para o estabelecimento de relações conflituosas entre trabalhadores e usuários, desencadeando reações de indiferença, descaso, passividade e acomodação, afetando de maneira direta a qualidade da assistência prestada. Assim, o acolhimento, a escuta qualificada, o olhar

ampliado e a integralidade são deixadas em segundo plano na atuação de muitos profissionais de saúde com as pessoas idosas (TINTORI et al, 2014; COUTINHO et al, 2013).

Insatisfações foram vistas no que se referem aos agendamentos das consultas para o médico da unidade. As pessoas idosas alegaram que só conseguem realizar os agendamentos das consultas médicas da unidade durante a madrugada, necessitando permanecer em filas. Há controvérsias, neste aspecto, do ponto de vista dos profissionais de saúde, pois, na visão dos mesmos, os agendamentos acontecem sem prejuízo para os usuários.

Situação semelhante foi encontrada no artigo publicado por Souza et al (2014), que estudou as condições de acesso integral na rede assistencial de Recife/PE, a partir do caminho percorrido pelos usuários da atenção primária a atenção especializada. Neste artigo, os autores identificaram que a porta de acesso à atenção básica é estreita e sem acolhimento. Os usuários pesquisados, afirmaram que para serem atendidos pelo médico, era necessário enfrentar uma fila que se forma durante a madrugada e conseguir uma senha que lhe dará acesso ao atendimento. Na unidade de saúde deles são asseguradas 40 marcações de consultas médicas para adultos, semanalmente, as quais são divididas em 02 (dois) dias de marcação. Aqueles usuários que não conseguem agendar a consulta precisam retornar outro dia para uma nova tentativa. Descrição semelhante é encontrada nas falas dos profissionais de saúde deste estudo.

Seguindo ainda as descrições de Souza et al (2014, p.1286), para realizar exames laboratoriais, os usuários relataram que precisam fazer o agendamento antecipadamente, e este agendamento é feito uma vez por mês: *“A marcação dos exames para o laboratório municipal é realizada uma vez por mês, na USF, que possui uma cota específica de exames de patologia clínica”*. No estudo, os idosos e gestantes não precisam enfrentar filas, por serem priorizados no agendamento.

As falas anunciadas pelos participantes deste estudo estão em consonância com o estudo publicado por Souza e colaboradores (2014). Elas revelaram que as marcações dos atendimentos médicos nas suas unidades de saúde, são “disputadas” entre a população, numa fila que se forma durante a madrugada. Do mesmo modo que, percebe-se que não existe o dispositivo acolhimento, e aqueles que não “conseguem pegar uma ficha” são habitualmente excluídos ou, pelo menos, têm sua entrada na ESF adiada por, no mínimo, uma semana. Os pacientes mais vulneráveis ficam à margem da disputa pelas fichas, o que corrobora para iniquidade do acesso às ações de saúde na unidade.

Souza et al (2014), complementam, ainda que as barreiras encontradas pelos usuários na busca de atendimento de suas necessidades assistenciais contribuem para adiar o

atendimento oportuno dos problemas de saúde prolongando o sofrimento da população. A população que consegue acessar a rede primária de saúde possivelmente deve encontrar alguns obstáculos para prosseguir com acesso na atenção especializada.

Os profissionais de saúde durante o Grupo Focal, mostraram grande desconforto quanto aos agendamentos e os encaminhamentos para especialistas (ambulatórios). As referências e os fluxos são apontados pelos participantes como um dos grandes problemas enfrentados na atualidade pelos pacientes, ora pela demora do agendamento, ora pela distância (fora da área de abrangência do paciente), ora pela questão financeira, o que torna em muitos casos, inviável a continuidade do tratamento.

Essa mesma situação, foi relatada pelos médicos e ACS, participantes do estudo de Souza et al (2014, p. 1287). A demora no agendamento das consultas especializadas e a inexistência de critérios definidos para a escolha do serviço de referência no qual os usuários serão agendados é uma das barreiras de acesso para o atendimento integral da população, causando angústia para os profissionais que compõem as ESF.

O acesso à assistência especializada no Município de Recife é viabilizado mediante distribuição mensal de cotas para as ESF, e estas, são reguladas por centrais de marcação de consultas. A Central de Regulação do Recife realiza a marcação das mesmas para serviços filantrópicos, além das pequenas centrais de marcação, que funcionam dentro das policlínicas, que regulam a oferta desses serviços também (SOUZA et al, 2014).

Nas ESF do município de Recife, quando um médico de família faz um encaminhamento ao especialista, o usuário procura a recepção da USF para entregar a ficha de encaminhamento ao profissional responsável pela marcação das consultas, que normalmente, orienta o usuário a aguardar em casa até que a consulta seja agendada. Em dias pré-estabelecidos, o responsável pela marcação das consultas, faz o contato telefônico com a Central de Regulação ou com a central de marcação da policlínica, para agendá-las e, dependendo das disponibilidades das cotas e vagas, a consulta é marcada. Quando isso se concretiza, o ACS leva o encaminhamento com os dados do agendamento - dia, horário e local- até a residência do usuário (SOUZA et al, 2014; DE ALBUQUERQUE et al, 2013).

De Albuquerque et al (2013, p. 234), um ano antes que Souza et al (2014, p. 1288), já havia apontado que no caso de Recife:

“Tornou-se insustentável a premissa de que, com a regulação assistencial, poder-se-ia disponibilizar a alternativa assistencial mais adequada à necessidade do cidadão. O município não avançou o suficiente na regulação dos serviços especializados próprios, na produção do conhecimento da capacidade potencial desses serviços e na sua operacionalização”.

Considera-se, portanto, que a partir dos estudos realizados por De Albuquerque et al (2013) e Souza et al (2014), os principais obstáculos que os usuários do município de Recife enfrentam na busca pelo cuidado contínuo e integral são: acesso restrito e sem acolhimento, excesso de demanda e ausência de profissionais médicos na atenção básica, insuficiência na oferta de consultas e de exames especializados, longo intervalo de tempo entre os atendimentos especializados e ausência de comunicação entre os serviços de diferentes níveis assistenciais. Sendo assim, o processo de regulação assistencial, na esfera dos municípios, dificilmente promoverá acesso com equidade e integralidade a população, sobretudo para os idosos.

No que se refere à Saúde Bucal (SB), a tabela 3 revela que existem Unidades de Saúde da Família sem equipes de Saúde Bucal (ESB), comprometendo o bem-estar bucal dos moradores das áreas adjacentes às unidades, a prevenção e a promoção, por fim, a renda, pois, em geral, eles acabam tendo que buscar serviços privados para suprir os cuidados de SB. A busca pela exodontia está presente na cultura das pessoas idosas deste estudo.

A tabela 4 demonstra que algumas das práticas profissionais na Saúde Bucal, são vistas de forma dissociadas do trabalho em equipe na ESF, parecendo haver pouca integração entre os profissionais.

O modelo de saúde bucal preconizado no Brasil era voltado para a extração dentária. As atividades de prevenção e promoção em Saúde Bucal ficavam em segundo plano, como consequência disso, a maioria dos idosos é edêntula. Na perspectiva de Campos e Vargas (2014, p. 770) a perda dentária ou edentulismo, não pode ser considerada como uma consequência normal do envelhecimento. É um processo cumulativo de exposição à cárie, doença periodontal, periapical ou trauma, que pode provocar problemas na mastigação, satisfação com a aparência dos dentes, autopercepção de saúde ruim e necessidade de reabilitação protética (COUTINHO, 2015; CAMPOS; VARGAS, 2014).

As atividades de prevenção e promoção tiveram maior repercussão para a Assistência Odontológica, com a inclusão da Equipe de Saúde Bucal (ESB) na ESF, após a publicação da portaria nº 1.444/GM de 2000. A partir de então, foram definidas duas modalidades de equipes: a modalidade I, composta pelo cirurgião dentista (CD) e um auxiliar em saúde bucal (ASB); e a modalidade II, composta pelo cirurgião-dentista, um auxiliar em saúde bucal e um técnico em saúde bucal (TSB) (MATTOS et al, 2014).

A implantação das ESB na ESF visou a melhoraria dos indicadores de saúde bucal e a ampliação do acesso da população brasileira às ações de promoção, prevenção e

assistência odontológica. Entretanto, estudos vêm evidenciando questionamentos sobre a implantação destas equipes na ESF. As discussões centram-se na capacidade de atendimento, diferenças e adequação às realidades locais, financiamento, disponibilidade e qualificação de recursos humanos, educação permanente. Ressalta-se que a inserção das ESB na estratégia ocorreu bem após a implantação do ESF, resultando em dificuldades na integração dos profissionais na ESF (MATTOS et al, 2014).

Para Soares, Reis e Freire (2013), as participações das ESB nas reuniões gerais das equipes da ESF e atividades relacionadas ao agendamento do tratamento odontológico, podem ser considerados momentos oportunos para a integração com os que compõem a ESF. São momentos nos quais os profissionais podem trocar experiências, expectativas e somar esforços no sentido de melhorar a convivência e a oferta dos serviços prestados à comunidade.

As ESB enfrentam dificuldades em restringir a atenção em saúde à população adstrita, e de planejar em conjunto com os demais profissionais da equipe de saúde da família as ações segundo as necessidades desta população, em virtude da baixa cobertura de saúde e a alta necessidade de assistência odontológica, principalmente entre os adultos e os idosos. Nessa perspectiva, é possível indicar que o trabalho é mal distribuído ou dividido entre profissionais e entre unidades; levando a prejuízos à ideia de equipe (divisão do trabalho entre profissionais) e de rede (divisão do trabalho entre unidades – horizontal e vertical). Como consequência disso, as ESB são ilhas de oferta cercadas de demandas por todos os lados (SOARES; REIS; FREIRE, 2013).

Preconceito, medo e resistência quanto à vacina Influenza, são observados na fala dos profissionais e das pessoas idosas, como mostram as tabelas 3 e 4.

No Brasil, a vacina contra a gripe foi implementada na década de 90 no Sistema Único de Saúde, com o intuito de proteger os grupos de maior risco para as complicações do vírus da Influenza. Após sua implantação no SUS, segundo o Ministério da Saúde, houve uma redução significativa da morbimortalidade e dos gastos com os tratamentos provenientes das infecções secundárias provenientes do vírus. A campanha de vacinação ocorre de forma prolongada em período que antecede a maior circulação do vírus na população (COSTA-SILVA; MENANDRO, 2013).

Estudos afirmam que a imunização é a medida mais eficaz para combater o vírus da gripe, principalmente nos grupos de risco, diminuindo drasticamente a incidência e a severidade da doença. Devido à falta de informação, muitos a associam às doenças

subjacentes à gripe, e por este motivo, ela é vista como uma ameaça (COSTA-SILVA; MENANDRO, 2013).

Alguns usuários desta pesquisa mostraram conhecer a importância da prevenção das doenças oportunistas associadas à gripe, fato importante para que os mesmos possam persistir com esta tomada de decisão nas campanhas subsequentes, embora, o grau de conhecimento acerca do tema, não tenha sido verificado neste estudo.

Relatos sobre a eficácia e eficiência da vacina contra o vírus da Influenza para os idosos, comprovadamente aqueles que participaram das campanhas, geralmente não apresentaram episódios de gripes, parecendo estarem menos vulneráveis ao adoecimento. Ressalta-se ainda, que é importante considerar que houve a diminuição do número de internações por Infecções Respiratórias Agudas nos idosos, após o início das campanhas (GOIS; VERA, 2010; SANTOS; OLIVEIRA, 2010; VILARINO et al, 2010).

Complementando outros estudos, citados por Costa-Silva e Menandro (2010, p. 2185), o principal fator que impede idosos de participarem das campanhas de vacinação é a possível ocorrência de reações adversas. Muitos deles, afirmaram ter sentido desconforto, e até mesmo, ter adquirido gripe como evento associado à vacina. Por isso, que é de suma importância entender que qualquer sinal ou sintoma grave, ou inesperado, que ocorra após a vacinação, pode ser um evento adverso.

Desse modo, o trabalho de educação em saúde estruturado na ESF, surge como uma ferramenta importante na orientação ao usuário idoso, sobre as possibilidades de reações, provenientes das vacinas, evitando distorções que afastem os idosos da utilização sistemática, e diminua a cobertura vacinal. E que seja possível, desconstruir o “*medo da morte*”, e outros que poderão surgir. Estas ações podem ser trabalhadas através do processo de educação em saúde com toda a comunidade, especialmente aquelas que se encaixam nas especificações para receber a vacina influenza (COSTA-SILVA; MENANDRO, 2013).

Outros dados importantes levantados pelos informantes deste estudo relacionaram-se à escassez ou a falta de medicamentos e insumos nas farmácias das unidades de saúde do Recife, como mostram as tabelas 4 e 5. A falha na memorização dos nomes das medicações, e a falta de compreensão da farmacologia prescrita, também foram colocadas na fala de um idoso.

De acordo com Viana et al (2015) pesquisas epidemiológicas vêm apontando uma alta prevalência do uso de medicamentos entre idosos no Brasil, variando segundo características socioeconômicas e de gravidade da enfermidade, resultando na alta ou na dificuldade de acesso. Esse fato pode contribuir para problemas como alto

comprometimento na renda familiar com gastos ou subutilização de medicamentos (BERTOLDI et al, 2009; BOING; BERTOLDI; PERE,2011; LUZ; LOYOLA FILHO; LIMA-COSTA, 2009).

A ausência de conhecimento sobre a utilização de produtos farmacêuticos apresenta como consequência, o consumo inadequado, a falta de adesão ao tratamento proposto e até a morte, favorecendo o retorno dos idosos às unidades de saúde da ESF em busca de esclarecimento ou pelo agravamento do estado de saúde (BALDONI et al, 2014).

Lima e colaboradores (2014) complementaram estas informações, demonstrando em suas pesquisas, que buscaram analisar os elementos que influenciam o acesso aos serviços de atenção primária no município de Recife, especificamente no Distrito Sanitário III, na perspectiva de profissionais e usuários, que havia uma escassez de medicamentos que deveriam ser disponibilizados de forma gratuita à população atendida na ESF, bem como, de materiais para realizar determinados procedimentos nas unidades.

De modo semelhante, a escassez ou falta de medicamentos repercute no tratamento e traz impactos financeiros no orçamento das pessoas idosas. Eles acabam tendo que comprar, para não prejudicar o seu tratamento que, na maioria das vezes, estão relacionados com problemas de Hipertensão Arterial ou Diabetes. Desta forma, quando os usuários não têm recursos financeiros para comprá-los, seu tratamento é interrompido ou torna-se impossível dar seguimento à terapia recomendada (LIMA et al, 2015).

Outro estudo, de base populacional, realizado na cidade de Florianópolis/Santa Catarina, mostrou que a diferença de renda comprometida com medicamentos foi quatro vezes maior entre os mais pobres, comparado aos mais ricos. A subutilização de medicamentos conduz a piores desfechos clínicos e baixa qualidade de vida dos pacientes, aumentando, desta forma, os gastos com a atenção secundária e terciária e, em muitos casos, leva à necessidade de maiores doses de medicamentos, e subseqüentemente, ao maior risco à eventos adversos (VIANA et al, 2015).

Os resultados do estudo realizado por Viana et al (2015), indicaram que os idosos que não conseguiram ter acesso a totalidade dos medicamentos, apresentaram pior estado de saúde, maior número de morbidades crônicas, pior percepção do estado de saúde e tinham idade mais avançada que aqueles que tiveram acesso gratuito.

A oferta de medicamentos e de insumos de qualidade na APS pode ser entendida como o resultado das atividades relacionadas à seleção, programação, aquisição e distribuição, ou seja, os componentes técnico-gerenciais do ciclo da assistência farmacêutica. A assistência farmacêutica integral plena, ligada a Atenção Básica, além do

enfoque nos componentes técnico-gerenciais, precisa promover o uso apropriado de medicamentos, o que é fundamental para a efetividade dos tratamentos e minimização dos riscos, impactando positivamente na resolubilidade das ações em saúde (BRITO et al, 2015; MENDES et al, 2014).

Desta forma, garantir o acesso aos medicamentos e insumos para os idosos é uma prioridade da Política Nacional de Medicamentos e do Estatuto do Idoso desde 2003. Neste sentido, algumas iniciativas no Sistema Único de Saúde (SUS) têm sido realizadas para facilitar o acesso como: Programa Farmácia Popular e o Programa Saúde Não Tem Preço. Estes programas oferecem gratuitamente medicamentos para diabetes e hipertensão.

As pessoas idosas deste estudo alegaram que os grupos de convivência para idoso na ESF são vistos, como uma forma de lazer, refúgio, desaparecimento, sociabilização e terapia. Enquanto, os profissionais elencaram algumas dificuldades para execução deles, como por exemplo: a falta de espaço dentro das Unidades de Saúde e a quantidade de atribuições dos enfermeiros, impeditivas de que os mesmos fiquem à frente dos grupos.

Neste cenário, os grupos de saúde ou de convivência podem trazer diversos benefícios, como: diminuir a sensação de solidão, proporcionar a formação de amizades, promover a autoestima, resgatar os valores pessoais e sociais, oferecer suporte social e a possibilidade de formular um estilo de vida mais ativo. Assim, os grupos funcionam como alternativa para minimizar os efeitos negativos do envelhecimento, gerando a melhoria da qualidade de vida para seus participantes (ANDRADE et al, 2014).

Corroborando com os benefícios dos grupos relatados pelo autor citado anteriormente, foi realizada uma pesquisa com o objetivo de descrever e analisar uma experiência de atividades de promoção à saúde com pessoas idosas em Paranaíba - Mato Grosso do Sul. Os autores citados por Costa et al (2015, p. 97), relataram que as atividades em grupo favoreceram:

“A constituição de redes de apoio; estabelecimento e ampliação de vínculos afetivos; reflexão e conscientização das determinações do processo saúde-doença; organização e mobilização para o efetivo controle social; além de ser um espaço de ensino-aprendizagem, orientação, intervenção e educação em saúde”.

O Ministério da Saúde preconiza que o trabalho em grupo, de fato, é uma realidade presente no cotidiano das equipes da Atenção Primária em Saúde (APS), que desenvolveram grupos de pessoas com hipertensão, diabetes, puericultura e de gestantes. A maior parte das equipes que trabalham com as atividades grupais, acredita que os idosos estão mais engajados nos grupos de hipertensão e diabetes, fato que reforça o olhar sobre a doença,

exigindo uma maior reflexão por parte das equipes de saúde da APS, sobre o trabalho que estão sendo desenvolvidos pelos grupos com o intuito de utilizá-lo de forma mais reflexiva e efetiva (BRASIL, 2006).

Porém, os resultados deste estudo apontaram que os profissionais de saúde apresentam dificuldades para a realização dos grupos de saúde, decorrentes da falta de espaços nas unidades de saúde e do número de atribuições que eles possuem, comprometendo o desenvolvimento das ações de saúde voltadas para promoção e prevenção. A falta de materiais e de um ambiente físico adequado são essenciais para a realização das atividades grupais educativas (ANDRADE et al, 2013).

Os grupos podem ser coordenados por qualquer membro da equipe de saúde da ESF: agente comunitário de saúde (ACS), enfermeiro, médico, dentista, técnico em higiene dental (THD), entre outros. O coordenador do grupo deve ficar responsável pelo grupo, devendo organizar o encontro partindo de um planejamento em equipe. Os profissionais que coordenam grupos precisam ter definições claras sobre os objetivos, levando em consideração algumas condições importantes: o contexto econômico dos participantes; as mobilizações emocionais emergidas durante os processos grupais e os diversos saberes que estão disponíveis no território (BRASIL, 2006).

Contudo, os grupos de saúde para pessoas idosas na ESF propõem um intercâmbio de saberes e trocas mútuas de conhecimento sobre promoção da saúde, prevenção de agravos e reabilitação de alcance coletivo (MOSSINI; BOING, 2016).

#### 5.4 IDENTIFICAÇÃO DOS FATORES DE RISCO PARA A PERDA DA CAPACIDADE FUNCIONAL E A INTEGRALIDADE DA ATENÇÃO À SAÚDE DA PESSOA IDOSA.

A Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI) traz em suas diretrizes principais a incorporação nas ESF de instrumentos gerenciais baseados em levantamentos de dados sobre a incapacidade funcional e sócio familiares. Estes deverão ser instituídos no SUS, pelos gestores municipais e estaduais, a fim de que haja a participação efetiva dos profissionais de saúde, e dos usuários na construção de planos locais de ações na Atenção Básica, para os enfrentamentos de saúde decorrentes do envelhecimento populacional (BRASIL, 2006).

Não obstante, a Política ainda incentiva a incorporação de mecanismos que promovam a melhoria da qualidade de vida e o aumento da capacidade resolutiva da atenção à pessoa idosa, com o envolvimento dos profissionais e das equipes da ESF, incluindo a

atenção domiciliar e a utilização de instrumentos técnicos validados, tais como: avaliação funcional e psicossocial (BRASIL, 2006).

As diretrizes apontam ainda, que a prática de cuidados para a pessoa idosa, exige uma abordagem global, interdisciplinar e multidimensional, que leve em consideração a interação entre os fatores físicos, psicológicos e sociais que repercutem na saúde dos idosos, bem como o contexto ambiental em que o mesmo está inserido. Estas práticas devem ser orientadas com vistas à promoção da autonomia e independência do indivíduo idoso, e para que isto ocorra, elas precisam ser preventivas e com foco na intervenção precoce (BRASIL, 2006).

Torna-se fundamental, portanto, a vigilância de todos os membros da equipe de saúde e aplicação de instrumentos de avaliação e testes de triagem, para detecção de alterações visuais, cognitivas, da mobilidade, audição, distúrbios do humor e do comprometimento precoce da funcionalidade (BRASIL, 2016).

Desse modo, a garantia da atenção integral e integrada proposta pelas diretrizes da PNSPI, deve ser:

“(…) estruturada nos moldes de uma linha de cuidados, com foco no usuário, baseado no 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 - infraestrutura física adequada, insumos e pessoal qualificado para a boa qualidade técnica” (BRASIL, 2006).

Entretanto, na visão dos idosos desta pesquisa, durante os atendimentos de saúde realizados pelos profissionais de saúde, a avaliação dos fatores de risco para a perda da capacidade funcional restringe-se apenas a:

“A minha vê a pressão, fura o dedo, mede o abdômen e pesa”. (Pessoa Idosa 003);

“Eles perguntam sim, sobre as medicações”. (Pessoa Idosa 003);

“Pergunta, se a família já teve a doença? SIM”. (Pessoa Idosa 003);

“Pesar NÃO! Mas medir a glicose e a pressão sim”. (Pessoa Idosa 005).

Apesar dos avanços obtidos para a saúde da pessoa idosa após publicação da PNSI, foi possível perceber que nas práticas propostas pelos profissionais de saúde nas ESF da

Micro 5.1., não há a utilização de instrumentos avaliativos, bem como, há a escassez de materiais para avaliar os demais fatores de risco.

Os atendimentos são baseados apenas nas queixas expressas por eles. Isto não é positivo, na percepção dos idosos, uma vez que a memória, segundo eles, na maioria das vezes, não permite lembrar de falar sobre todas elas. É considerado um agravante para aqueles que estão com algum tipo de perda cognitiva leve:

“O meu, pergunta se eu disser que não estou caminhando. Ele diz: Vá fazer caminhada. ” (Pessoa Idosa 004);

“Eu acho melhor ele perguntar. ” (Pessoa Idosa 006);

“E tem vez, que a gente esquece mesmo, porque às vezes eu vou com o negócio para falar com a médica, e acabo me esquecendo. Depois que acaba a consulta, eu lembro. ” (Pessoa Idosa 003);

Na prática, os profissionais que participaram deste estudo, afirmaram não realizar outras avaliações de saúde, pela ausência de instrumentos de aferição essenciais, e porque no cotidiano, devido às grandes demandas da assistência, só resta basear a conduta, a partir do que o idoso expõe durante o atendimento.

“A minha enfermeira ver, todas as 02 vêm, elas atendem o idoso. Quando elas vêm que tem alguma coisa que está alterada, intercorrências, elas saem das salas delas e procuram o médico e junto com o médico, elas solucionam o problema do paciente. Tipo assim: está atendendo o paciente, o paciente está com a pressão 18, ela vai na sala do médico e diz: eu estou com um paciente agora no acolhimento e está com uma intercorrência, é isso, isso e isso! Então, elas trabalham muito em conjunto com o médico” (Profissional 006).

“Minha enfermeira também é assim, ela não é negligente de forma alguma. Realmente ela atende idoso, quando ela percebe alguma coisa diferente, ela vai para a sala do médico, que fica de ladinho, chama ele e conversa, e lá eles resolvem a situação” (Profissional 008);

“NÃO, até porque quando um idoso entra na sala ou até quando está no domicílio com a gente, que é Agente Comunitário de Saúde, ele acaba criando esse vínculo com o profissional, e ele mesmo conversa sobre a vida dele, você começa já, a ver os lapsos da memória, percebe se ele está precisando de uma ajuda de um psicólogo, e por aí vai. E daí, é possível montar aquele quebra-cabeça, e já indicando as especialidades” (Profissional 004).

“Na maioria das vezes, não. Quantas e quantas vezes, tiramos do nosso dinheiro para comprar, para gente poder trabalhar!” (Profissional 004);

“A fita métrica é comprada por nós” (Profissional 005);

“Não é nada que se diga assim, que seja muito eficiente! Muito novo, mas têm” (Profissional 010);

“Algumas coisas sim” (Profissional 004).

Esta realidade, também foi encontrada no artigo elaborado por Coutinho e colaboradores em 2013: as práticas em saúde na ESF acabam se tornando reducionistas, não valorizando o idoso de forma integral. Os profissionais desse estudo justificaram que são vários os fatores que podem levar o profissional a ter como prioridade de cuidado o cumprimento de programas de saúde, o cumprimento de metas, falta de apoio da gestão e o desconhecimento profissional sobre o cuidado da pessoa idosa.

Para Coutinho e colaboradores (2013), torna-se um desafio encontrar nas práticas dos serviços de saúde um olhar voltado para a prática integral da saúde. Assim, como consequência desse olhar, as atividades de promoção da saúde e prevenção de agravos vão ficando para segundo plano.

Os profissionais desse estudo reconheceram que existem várias dificuldades para efetivação da atenção integral às pessoas idosas nas suas ESF. Para eles, em alguns momentos é possível, mas na maioria das vezes, não:

“Na Unidade de Saúde, nós conseguimos. Eu estava com um idoso, além de idoso ele era deficiente auditivo, acamado e para completar, não tinha ninguém que cuidasse dele. Levei o caso para minha enfermeira, fomos na área, ela queria tentar abrigá-lo. Conseguir sensibilizar a vizinhança e hoje ele está em suas funções” (Profissional 006);

“Quando se precisa da unidade, tem! Mas têm coisas que temos que ir além. As coisas mudam de figura” (Profissional 002);

“NÃO, eu faço, algumas pessoas fazem, mas não é geral. Lá não é todo mundo que faz. Não completa! Porque eu atendo, os Agentes Comunitários de Saúde também atende e a médica, mas nesse momento a odontologia não entra! Então, não há a integralidade!” (Profissional 005).

Já as pessoas idosas afirmaram categoricamente, que não havia atenção integral nos atendimentos ofertados nas ESF.

“Lá, NÃO TEM!” (Pessoa Idosa 005);

“NÃO!” (Pessoa Idosa 003).

Paralelamente, os profissionais que participaram do estudo de Coutinho et al (2013), percebem também que existem dificuldades para abordar o paciente idoso. Além disso, eles reconhecem a necessidade de uma proposta de cuidado que englobe as várias esferas do cuidado, como a educação, promoção da saúde e prevenção dos agravos, curativismo, reabilitação e manutenção da saúde.

Os resultados dos entrevistados no estudo de Santos et al (2014), concluem que na prática em saúde, espera-se a desejada mudança do modelo tecno-assistencial na ESF para a saúde da pessoa idosa, o que ainda não se faz na prática, pois repete-se a centralidade do modelo médico-medicamento-procedimento. As unidades de saúde, ainda não apresentam resolutividade nas demandas específicas do idoso, ou seja, cuida-se da doença e não do doente, levando a compreender a velhice como doença e os agravos como “*coisas da idade*”.

Apesar das mudanças no paradigma da atenção à saúde, propostas pelas ESF, os significados atribuídos à doença e o agir da população de idosos estudada, revelam que os serviços de saúde ainda são desenvolvidos por profissionais que focam suas intervenções na doença e na agudez dos casos.

Como descrito por Santos et al (2014), para alterar esse panorama, urge a necessidade de um contínuo crescimento e aprendizagem de se promover a valorização e a educação do profissional de saúde acerca do processo de envelhecimento. Nas relações de cuidado se faz necessário fundamentar o respeito à velhice como etapa natural e final do curso da vida humana.

Possivelmente, a maioria dos profissionais de saúde, inclusive o médico, chega a ESF sem saber lidar com a velhice e despreparado frente às condições crônicas que requerem cuidados permanentes. Para Coutinho e colaboradores (2013), considera-se prejudicada a integralidade do sujeito. Precisa-se de uma nova forma de cuidado, com profissionais dispostos à mudança, ao rompimento deste modelo de atenção, com defesa da vida individual e coletiva dentro dos direitos sociais que cabem a cada um.

## 5.5 AS SIGNIFICAÇÕES E CORRELAÇÕES DOS ENTENDIMENTOS DAS PESSOAS IDOSAS E DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE DA ESF

### 5.5.1 Plano fatorial das palavras mais significativas.

Os conteúdos presentes nos discursos, tanto dos profissionais como das pessoas idosas, formaram os *corpus* deste estudo, os quais, foram norteados durante a execução dos Grupos Focais, e submetidos à Análise Fatorial de Correspondência (AFC), através do Software IRAMUTEQ.

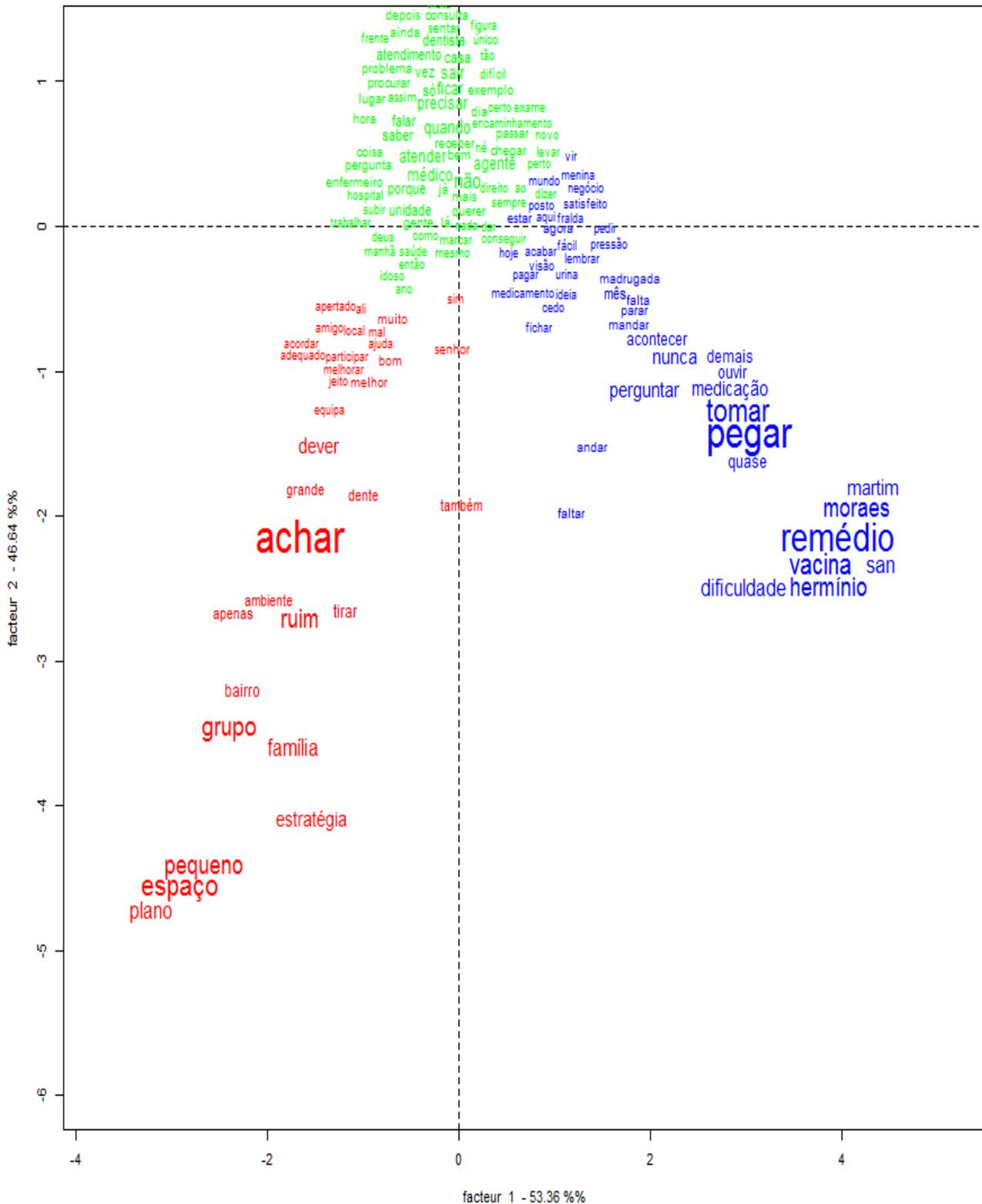
Essa técnica, como já foi mencionada, representa num plano cartesiano, as diferentes palavras e variáveis associadas a cada uma das classes da Classificação Hierárquica Descendente (CHD), possibilitando que se recuperem, no *corpus* original, os fragmentos de texto associados a cada classe de palavras. Trata-se de uma técnica descritiva que coloca em evidência, por meio da matriz de dados, as semelhanças entre as linhas e colunas, tendo como base a hipótese da independência entre elas (CAMARGO, JUSTO, 2013).

As colunas representam uma ou mais variáveis independentes caracterizando os sujeitos, enquanto que as linhas representam as variáveis dependentes as quais se pretendem estudar (JUSTO; CAMARGO, 2014).

Desta forma, 04 (quatro) fatores foram extraídos a partir da Análise Léxica deste estudo. Os 02(dois) primeiros corresponderam aos discursos das pessoas idosas, representados na Figura 8, e os 02(dois) últimos, aos conteúdos relatados pelos profissionais (Figura 9).

Assim sendo, o Fator 1 na linha horizontal da figura 8, explica 53,36% da variância, constituindo, desta forma, de maior poder explicativo. Enquanto que o Fator 2, na linha vertical da mesma figura, constituiu 46,64% da variância total das respostas.

**Figura 8** – Plano fatorial das palavras mais significativas das pessoas idosas. Recife/PE, Brasil, 2016.

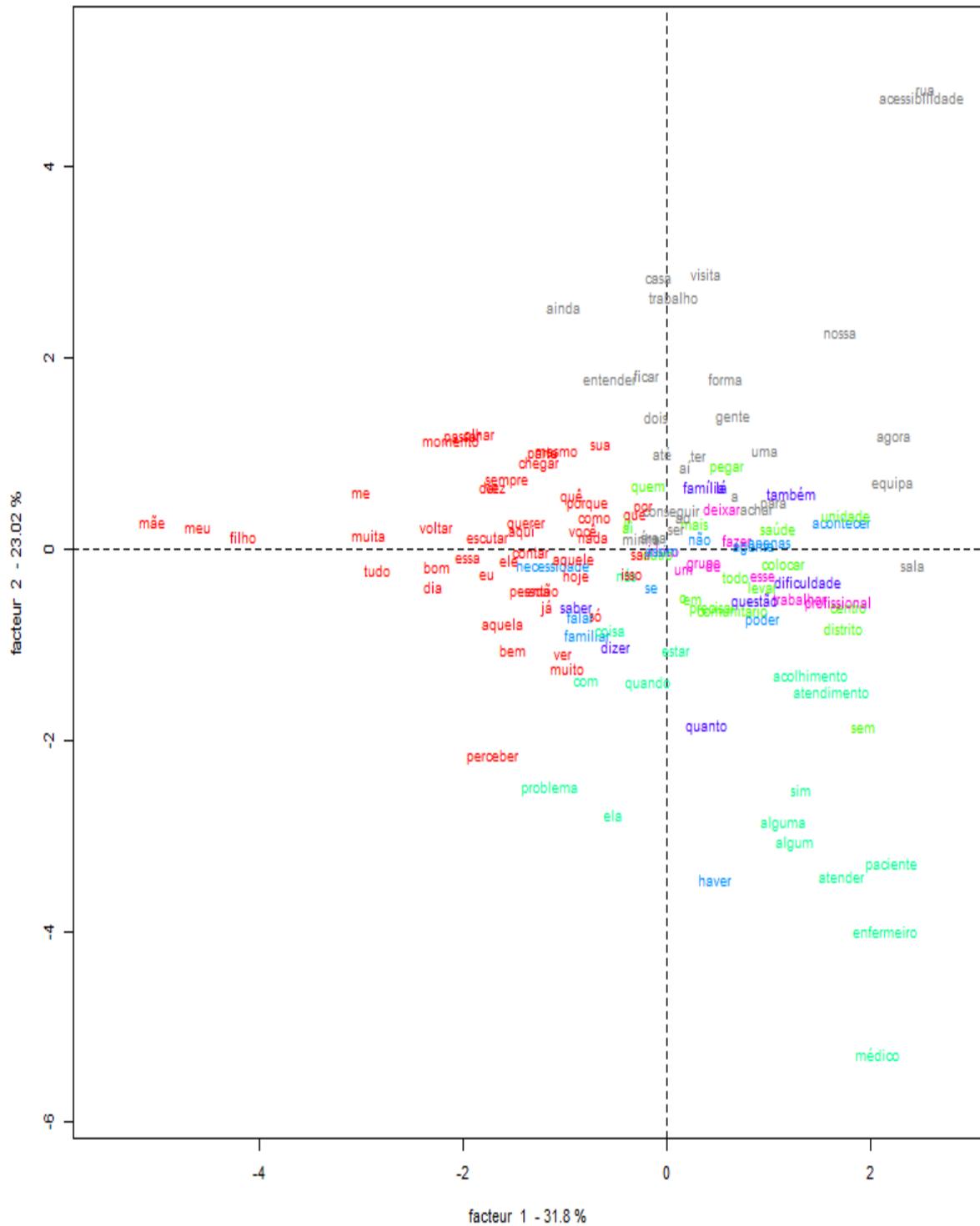


**Fonte:** Dados da pesquisa.

Quanto aos conteúdos expressos pelas falas dos profissionais de saúde, o Fator 1, na lista horizontal, 31,8% da variância, constituindo também, o maior poder explicativo em

relação ao Fator 2, linha vertical, que apresentou 23,02% da variância total de respostas, como revela a Figura 9.

**Figura 9** – Plano fatorial das palavras mais significativas dos profissionais de saúde. Recife/PE, Brasil, 2016.



**Fonte:** Dados da pesquisa.

No mapa fatorial (figura 8) das palavras mais significativas das pessoas idosas em relação à atenção integral e os fatores de risco para perda da capacidade funcional nas ações desenvolvidas na ESF, foi possível observar a relação direta dos seguintes aspectos: **“achar”**, com a percepção dos idosos relacionadas a estrutura física da ESF e da equipe, o termo **“não”**, relacionando a atenção à saúde prestada pelas ESF e a avaliação dos fatores de risco, e a palavra **“pegar”**, correlacionado ao acesso à saúde.

Portanto, a partir desta análise, foi possível inferir que tais palavras se inter-relacionam: A primeira (destacada em vermelho) abrange as percepções e os sentimentos das pessoas idosas relacionados à equipe e a estrutura física da ESF. O segundo termo (destacado em verde localizado no centro do eixo), relaciona-se diretamente com os atendimentos em saúde prestados pelos profissionais às pessoas idosas e à avaliação dos fatores de risco. E o terceiro termo (destacado em azul), está relacionado ao acesso à saúde nas unidades de saúde, ou seja, há dificuldade de acesso às demandas básicas na visão das pessoas idosas.

Do ponto de vista dos profissionais de saúde, o mapa fatorial (figura 9), das palavras mais significativas dos profissionais em relação à atenção integral e os fatores de risco para perda da capacidade funcional nas ações desenvolvidas na ESF, foi possível correlacionar apenas os seguintes aspectos: **“não”**, ao olhar dos profissionais sobre a pessoa idosa, e a atenção em saúde prestadas aos mesmos, e a palavra unidade **“unidade de saúde”** relacionada aos aspectos estruturais e ao acesso à saúde nas ESF.

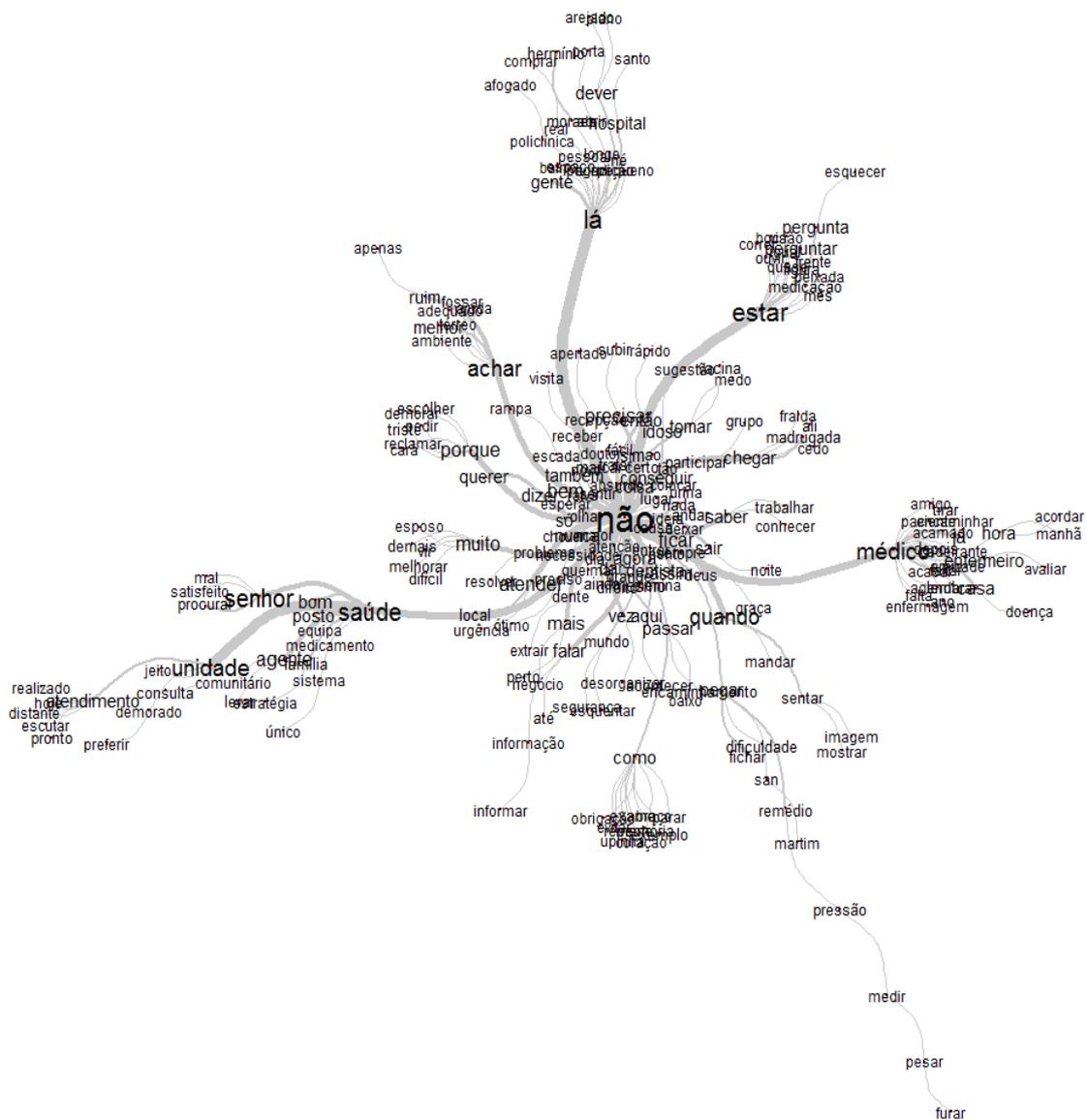
Desta feita, ao analisar o mapa fatorial, foi possível pressupor que o primeiro termo (destacado em azul), aparece relacionado intrinsecamente à percepção dos profissionais a respeito das pessoas idosas e sobre a atenção em saúde prestada pelas equipes de saúde. E, por fim, o segundo (destacado em verde) está relacionado à estrutura das ESF e as dificuldades na percepção dos profissionais para o acesso à saúde das pessoas idosas.

### 5.5.2 Árvore máxima de similitude

Este tipo de análise baseia-se na teoria dos grafos para identificar as coocorrências entre as palavras, a fim de trazer os pontos de conexão entre as mesmas, auxiliando na identificação da estrutura da representação, produzindo o *corpus* textual específico para responder ao objeto do estudo, diferenciando as partes comuns e a especificidade em função das variáveis ilustrativas/descriptivas, oriundas da análise léxica.

A figura 10 mostra o diagrama na interface dos resultados produzidos a partir dos discursos das pessoas idosas. Nele, houve a identificação das coocorrências entre as palavras e os indicativos de conexão entre os termos: **não; estar; lá; achar; quando; médico; agente; senhor.** Estes achados permitem identificar a estrutura representacional associada aos entendimentos das pessoas idosas acerca da atenção integral e os fatores de risco para perda da capacidade funcional nas ações desenvolvidas na ESF.

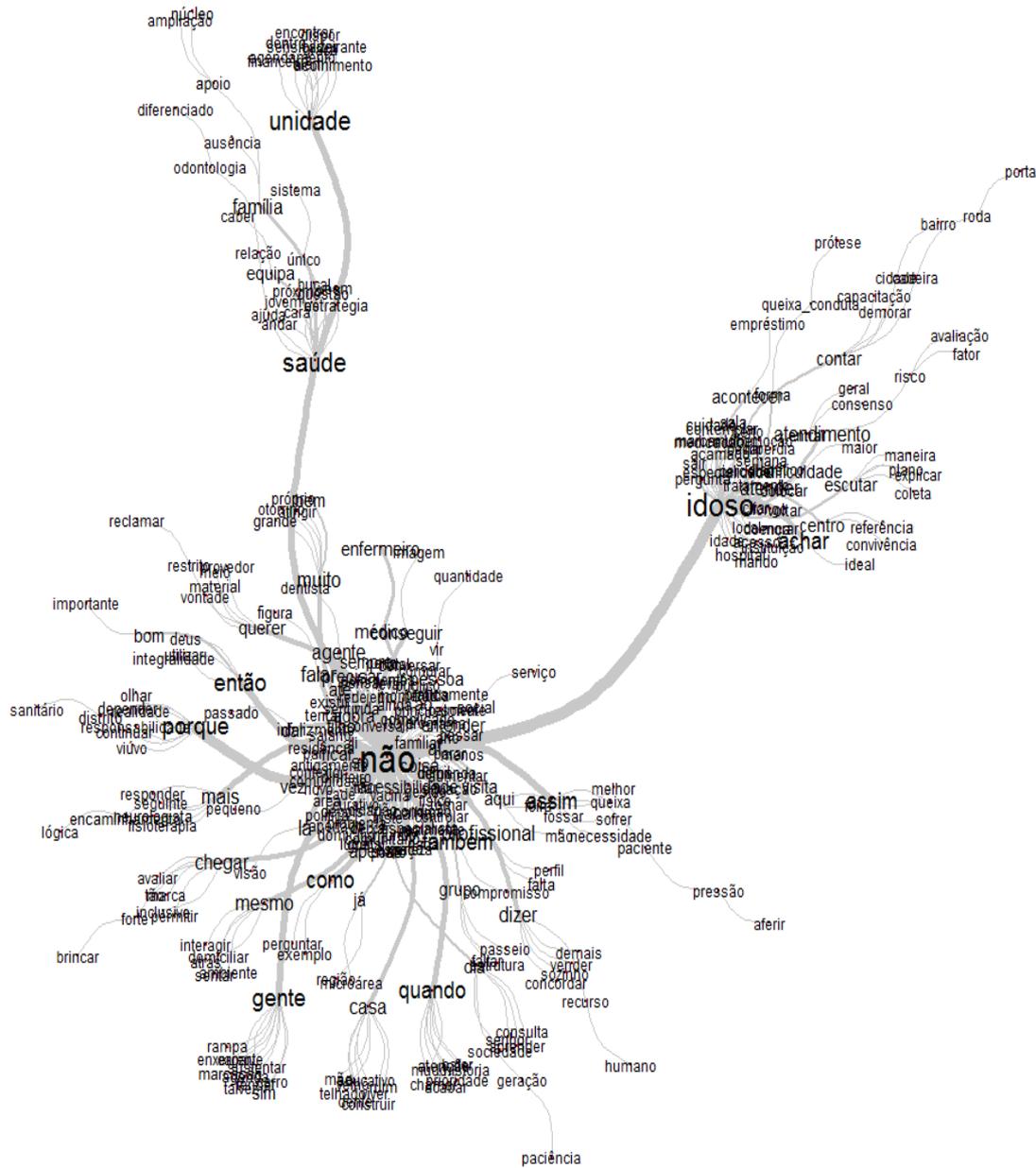
**Figura 10** – Árvore máxima de similitude (pessoas idosas). Recife/PE, Brasil, 2016.



**Fonte:** Dados da pesquisa.

Paralelamente, a figura 11, mostra o diagrama na interface dos resultados produzidos a partir dos discursos dos profissionais. A análise de similitude acarretou a identificação das coocorrências entre as palavras e os indicativos de conexão entre os termos: *não; porque; gente; então; idoso; saúde; unidade e agente*. Estes termos permitiram traçar uma representatividade semelhante às das pessoas idosas, quando relacionadas ao objetivo deste estudo.

**Figura 11**– Árvore máxima de similitude (profissionais de saúde). Recife/PE, Brasil, 2016.



**Fonte:** Dados da pesquisa.

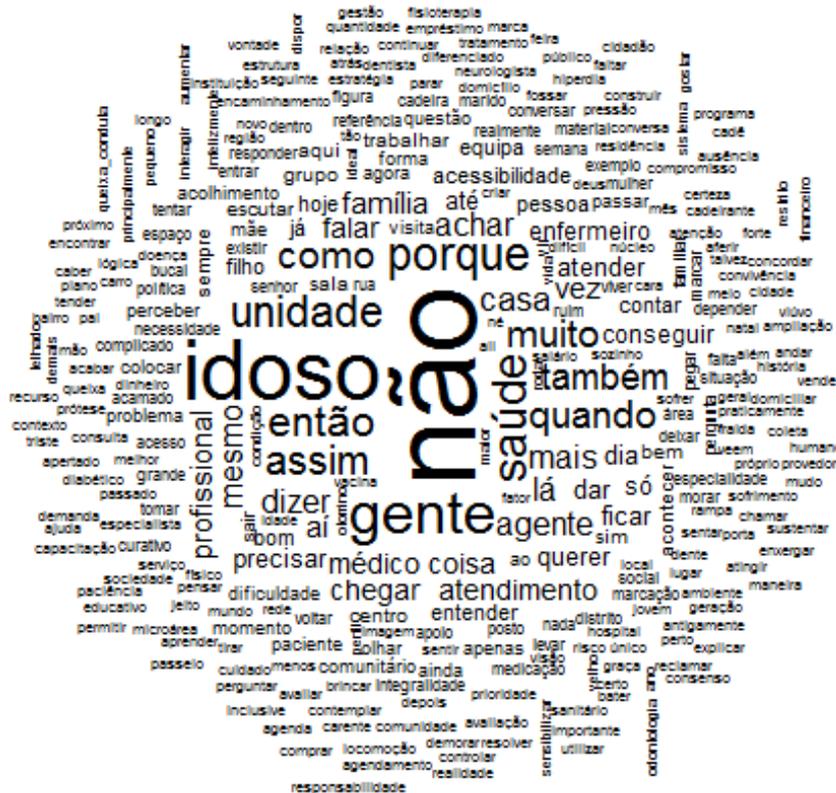


**Fonte:** Dados da pesquisa.

Já na figura 13, o gráfico com as palavras que obtiveram maior frequência nos discursos dos profissionais foram: idoso (143); gente (96); saúde (73); porque (70); unidade (68); então (63); assim (58); muito (53); como (52); quando (52); também (48); casa (45); agente (43); achar (41). Salienta-se que semelhantemente ao resultado anterior, o termo que apresentou maior intensidade foi: *não* (223).

Coutinho e colaboradores (2013) descreveram em suas pesquisas que os profissionais apontaram que o idoso não é atendido como prioridade na ESF, e que não existem ações pontuais voltadas para um envelhecimento bem-sucedido.

**Figura 13**– Nuvem representativa da análise lexical (profissionais). Recife/PE, Brasil, 2016.



**Fonte:** Dados da pesquisa.

A partir dos gráficos ilustrados acima, foi possível deduzir, que nos entendimentos das pessoas idosas e dos profissionais de saúde, não há atenção integral à saúde da pessoa idosa na região escolhida por este estudo.

Isso significa, que tanto nos achados encontrados na Análise de Conteúdo, como na Análise Léxica, eles apontam para a conclusão de que na MICRO 5.1 a integralidade nas ações de saúde para pessoa idosa é permeada por um contexto de “*negações*”, ou seja, em

todos os resultados, o termo que mais se destacou, foi o “*NÃO*”. Nessa perspectiva, pareceu haver um consenso entre os profissionais de saúde e as pessoas idosas, mesmo estando em Grupos Focais distintos, em responder à pergunta condutora deste estudo.

## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O envelhecimento populacional traz implicações importantes para as práticas de saúde em todos os níveis da assistência, sobretudo na Atenção Primária, uma vez que está próxima dos indivíduos e da coletividade. Ela demanda uma ampliação do olhar sobre as singularidades dessa população, desde a garantia de acesso até à resolutividade dos casos agudos ou crônicos de saúde.

A partir dos dados coletados nesta pesquisa, verificou-se que nos atendimentos dos profissionais de saúde na Estratégia Saúde da Família da área selecionada para o estudo, não há a compreensão e nem utilização de instrumentos avaliativos, que identifiquem precocemente os fatores de risco para perda da capacidade funcional. Nas percepções dos participantes não há integralidade nas ações de saúde.

Apesar de toda a estrutura legal de garantia de direitos à pessoa idosa, o contexto atual não contribui para a integralidade das ações, posto que a prioridade que é dada aos idosos através das políticas públicas ainda é baixa, o que nos leva a perceber que falta compreensão aprimorada das necessidades específicas dessa população.

Desta feita, o envelhecimento populacional traz implicações importantes para a atenção em saúde da pessoa idosa, pois ele requer a construção de práticas voltadas para as especificidades e singularidades dessa população. Contudo impera-se o debruçar dos Gestores nos âmbitos Estadual e Municipal, na perspectiva de promover uma melhor organização da atenção à saúde, e a construção de uma rede de cuidados voltados para esta população, que permita de forma efetiva: a garantia de acesso, acolhimento, abordagens humanizadas nos serviços de saúde, escuta qualificada e critérios avaliativos, implicados em responsabilização e resolutividade. E, ainda, que leve ao acionamento de redes multidisciplinares, no sentido da prevenção de fatores de risco que possam comprometer a Capacidade Funcional dessas pessoas.

Desse modo, foi identificado que os principais fatores que dificultam a Atenção integral à saúde da pessoa idosa, na população estuda foram:

- A atenção à saúde da população idosa pertencente às Estratégias de Saúde da Família do Distrito Sanitário V, ainda está voltada para o modelo biomédico de saúde, onde se privilegia o cuidado baseado na doença;
- A conduta dos profissionais das ESF baseia-se na queixa exposta pelo paciente, isto significa, que se este estiver com algum déficit na comunicação ou na compreensão dos dados, ou até mesmo, alguma perda cognitiva leve, terá dificuldade para obter resolutividade de suas questões de saúde. Haja

vista, que quase não é possível se ter uma escuta qualificada, pela falta de empatia da maioria dos profissionais, bem como, pela ausência de espaços físicos adequados (salas).

- A **baixa escolaridade** por parte das pessoas idosas impede, na maioria das vezes, que elas tenham conhecimento e acesso aos dispositivos que garantam atendimentos mais humanizados. O *acolhimento*, por exemplo, deixa de ser utilizado, como garantia de acesso e resolutividade, em várias situações, reproduzindo e ressaltando a cultura das filas durante a madrugada para os agendamentos de consultas;
- Após a **implantação da Central de Regulação de Recife**, observou-se neste estudo que, a mesma, causou impacto significativo na saúde das pessoas idosas da região estudada. Para os participantes, os encaminhamentos fornecidos por estas centrais, ferem os princípios propostos pelo SUS: integralidade, universalidade, equidade. E ainda, evidenciando dificuldades remotas para acessar os especialistas pela distância em que estes se encontram. A **descentralização** dos serviços de saúde: repercute negativamente para a atenção integral das pessoas idosas; posterga a resolutividade do processo clínico, podendo agravar situações agudas, que poderiam ser solucionadas ainda na APS; possivelmente, aumenta o número de desistência e repercute financeiramente no orçamento das pessoas idosas, quando estas encontram-se com mobilidade reduzida ou acamada;
- Do mesmo modo, **estruturas próximas** de suas residências, não garantem a efetividade da resolutividade das ações. Apesar de cumprirem os princípios organizativos do SUS, estas quando se encontram com estruturas físicas inadequadas e sem acessibilidade, também prejudicam o acesso da pessoa idosa às unidades de saúde. Reproduzem ainda, a sensação subjetiva de desorganização da oferta de cuidado e interferem na qualidade do trabalho efetuado pelos profissionais de saúde que, na maioria das vezes, precisam compartilhar seus espaços com outras equipes;
- A **falta de uma infraestrutura** adequada acaba não só prejudicando os atendimentos, como também prejudica a formação de ações voltadas para a educação em saúde, tais como grupos e palestras educativas. A melhoria dos espaços urge como uma das necessidades primordiais nas falas dos profissionais e idosos desta pesquisa;

- Arelado a isto, **a falta de recursos materiais** como medicamentos e insumos, e a falta de profissionais de saúde na equipe da ESF, causa desassistência prejudicando a curto e a longo prazo os atendimentos de saúde;
- Há necessidade expressa de **suporte ou de mais apoio** das equipes dos Núcleos de Apoio de Saúde da Família (NASF), bem como, do suporte da Assistência Social. A ampliação das equipes NASF, mostra-se como uma possível solução para os desafios encontrados pelos profissionais, durante as abordagens domiciliares e nos consultórios nas Unidades de Saúde;
- As famílias devem ser também alvo de cuidado pela equipe de saúde durante as abordagens prestadas no domicílio da pessoa idosa acamada. Elas podem ser um aliado importante para prevenção de agravos e complicações para a saúde da pessoa idosa. As visitas domiciliares permitem adentrar no real contexto do idoso, bem como avaliar os aspectos psicossociais que estão relacionados ao convívio familiar;
- Do leque das ações realizadas pela equipe de saúde, as abordagens **domiciliares precisam ser enfatizadas**, sobretudo para aqueles que estão com dificuldade de acesso à unidade de saúde. Elas não podem estar restritas apenas aos Agentes Comunitários de Saúde. As visitas domiciliares parecem ser um dispositivo importante à população idosa, devendo ser repensadas pela equipe de profissionais;
- A **associação da velhice com a ausência de dentes** precisa ser trabalhada na população como um todo, por meio de práticas de Educação e Saúde, voltadas para promoção e prevenção da Saúde Bucal. O cuidado com a Saúde Bucal deve ser visto ao longo do curso da vida, ou seja, da infância até as idades mais avançadas. A ESF mostra-se como um cenário importante para o desenvolvimento dessas ações;
- Outro ponto relevante é o **trabalho das equipes** de SB direcionado ao domicílio dos idosos acamados. As intervenções conjuntas com os familiares parecem minimizar os efeitos da falta de higiene bucal sobre diversas patologias, facilitando inclusive outros aspectos, como a alimentação, por exemplo;
- A **falta de instrumentos avaliativos** adequados, na visão dos profissionais desta pesquisa, que na maioria das vezes são improvisados ou comprados

pelos próprios profissionais, compromete a identificação precoce de outros fatores de riscos para a perda da funcionalidade;

- Verificou-se que nas práticas de saúde realizadas pelos profissionais adota-se apenas a **aferição dos sinais vitais**, do peso, e a medida da circunferência abdominal das pessoas idosas, não privilegiando a adoção de instrumentos avaliativos, que busquem identificar os principais fatores de risco para a perda da Capacidade Funcional. Este fator leva à indicação de que, nesta área, há possivelmente há perdas significativas da funcionalidade, evoluindo de maneira rápida para quadros de dependência e perda da autonomia. Assim, cabe ressaltar, a necessidade de aprofundamento destes aspectos, em estudos acadêmicos posteriores;
- Ficou evidente que o **trabalho compartilhado** entre os profissionais de saúde, está **ausente** em muitas unidades de saúde da Micro 5.1. Isto repercute diretamente sobre a saúde da pessoa idosa dessa área. A falta de intervenções conjuntas entre as equipes de SB e Saúde da Família, parecem formar um abismo entre o idoso e a melhoria da sua saúde. Há a necessidade de se trabalhar com processos permanentes de educação e saúde voltados para o envelhecimento.
- A Educação Permanente voltada para o envelhecimento surge como ferramenta importante e primordial para a sensibilização dos profissionais de saúde e o aprimoramento das ações ofertadas por eles. Possivelmente, este é o ponto de partida para a melhoria da integralidade dos atendimentos de saúde prestados aos idosos;
- Os Grupos de Saúde para as pessoas idosas precisam ser repensados e colocados como prioridade de Gestão na APS, haja vista, que as intervenções grupais, mostraram-se ter efeito positivo sobre o bem-estar e a qualidade de vida dos participantes idosos desta pesquisa;
- Por fim, investimentos na Política Nacional de Saúde da Pessoa idosa, emergem como requisito fundamental para a melhoria das intervenções voltadas para a pessoa idosa no âmbito Municipal e Estadual.

Outro dado importante refere à utilização do Grupo Focal com pessoas pertencentes à APS. Este se mostrou uma ferramenta eficiente para propiciar discussões de temas complexos, demonstrando assim, sua versatilidade e flexibilidade metodológica.

Por fim, a utilização do *Software* IRAMUTEQ permitiu que as análises dos conteúdos ficassem ricas em detalhes gráficos, facilitando a quantificação dos dados subjetivos expressos pelos participantes. Comprovando, que a utilização do mesmo contribui para o reforço e potencialização do embasamento qualitativo das pesquisas em Saúde. Contudo, salienta-se que a utilização desse *software* no campo da saúde no Brasil, ainda é limitada, ou seja, existe um número incipiente de artigos publicados nas bases internacionais, especializadas e nacionais. Desse modo, o presente estudo contribui para divulgar o uso dessa ferramenta em estudos de base qualitativa.

## 7 REFERÊNCIAS

ANDRADE, A.N.; NASCIMENTO, M. M.P.; OLIVEIRA, M. M. D., QUEIROGA, R. M., FONSECA, F. L. A.; LACERDA, S. N. B., ADAMI, F. Percepção de idosos sobre grupo de convivência: estudo na cidade de Cajazeiras-PB. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, v. 17, n.1, p. 39-48, 2014. Disponível: <<https://dx.doi.org/10.1590/S1809-98232014000100005>>. Acesso em: 05 de junho de 2016.

ANDRADE, A. C. V. et al. Planejamento das ações educativas pela equipe multiprofissional da Estratégia Saúde da Família. *O Mundo da Saúde, São Paulo*, v. 37, n. 4, p. 439-49, 2013.

Disponível:<[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/artigos/mundo\\_saude/planejamento\\_acoes\\_educativas\\_equipe\\_multiprofissional.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/artigos/mundo_saude/planejamento_acoes_educativas_equipe_multiprofissional.pdf)>. Acesso em: 05 de junho de 2016.

ALBUQUERQUE, M. S. V. et al. Acessibilidade aos serviços de saúde: uma análise a partir da Atenção Básica em Pernambuco. *Saúde debate*, Rio de Janeiro, v. 38, n. spe, p. 182-194, 2014. Disponível:<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S01031104201400600182&lng=en&nrm=>](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S01031104201400600182&lng=en&nrm=>)>. Acesso em: 30 de maio de 2016.

ALMEIDA, E. S; CASTRO, C.G.J.; VIEIRA, C.A.L. **Distritos Sanitários: Concepção e Organização**. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, v. 1, 1998.

ALMEIDA, A.V. et al. A Feminização da Velhice: em foco as características socioeconômicas, pessoais e familiares das idosas e o risco social/The Feminization of Old Age: a focus on the sócio economic, personal and family characteristics of the elderly and the social risk. *Textos & Contextos (Porto Alegre)*, v. 14, n. 1, p. 115-131, 2015. Disponível:<<http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/fass/article/viewArticle/19830>>. Acesso em: 07 de maio de 2016.

ALVES, E. C.S. et al. Humanização do atendimento ao idoso na perspectiva do Agente Comunitário de Saúde na Estratégia de Saúde da Família de Montes Claros-MG. *Unimontes Científica*, v. 16, n. 2, p. 08-17, 2015. Disponível: <<http://www.ruc.unimontes.br/index.php/unicientifica/article/view/268>>. Acesso em: 07 de junho de 2016.

AMTHAUER, C.; FALK, J. W. A compreensão da velhice e do envelhecer na voz dos profissionais de saúde da família. *Estudos interdisciplinares sobre o envelhecimento*. Porto Alegre, v. 19, n. 3, p. 813-824, 2014. Disponível: <<http://www.lume.ufrgs.br/handle/10183/129938>>. Acesso em: 07 de maio de 2016.

ARAÚJO,U.A.L.; GAMA, Z.A.S.; NASCIMENTO, F.L.A.; OLIVEIRA,H.F.V.;AZEVEDO,H.M.;JUNIOR, H.J.B.A. Avaliação da qualidade da atenção primária à saúde sob a perspectiva do idoso. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 19, n. 8, p. 3521-3532, 2014. Disponível: <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=63031151023>>. Acesso em: 07 de maio de 2016.

ARAÚJO, D.; GOMES DE MIRANDA, M. C.; BRASIL, S. L. Formação de profissionais de saúde na perspectiva da integralidade. *Revista Baiana de Saúde Pública*, v. 31, p. 20, 2014. Disponível:

<<http://inseer.ibict.br/rbsp/index.php/rbsp/article/viewFile/1421/1057>>. Acesso em: 10 de maio de 2016.

BACKES, D.S.; COLOMÉ, J.S; ERDMANN, R. H.; LUNARDI, V.L. Grupo focal como técnica de coleta e análise de dados em pesquisas qualitativas. **O Mundo da Saúde**, v. 35, n.4, p.438-442, 2011. Disponível: <[http://www.saocamilo-sp.br/pdf/mundo\\_saude/88/10\\_GrupoFocal.pdf](http://www.saocamilo-sp.br/pdf/mundo_saude/88/10_GrupoFocal.pdf)>. Acesso em: 13 de agosto de 2015.

BALDONI, A. O. et al. Dificuldades de acesso aos serviços farmacêuticos pelos idosos. **Revista de Ciências Farmacêuticas Básica e Aplicada**, v. 35, n. 4, 2015. Disponível:<[http://servib.fcfar.unesp.br/seer/index.php/Cien\\_Farm/article/viewArticle/3224](http://servib.fcfar.unesp.br/seer/index.php/Cien_Farm/article/viewArticle/3224)>. Acesso em: 05 de julho de 2016.

BARBOSA,B.R.; ALMEIDA, J.M.; BARBOSA, M.R.; ROSSI-BARBOSA,L.A. Avaliação da capacidade funcional dos idosos e fatores associados à incapacidade. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.19, 2014. Disponível: <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=63031151003>> .Acesso em: 27 de maio de 2016.

BARBOUR, R. **Grupos focais**. Porto Alegre, Artmed, 2009, p. 216.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 2009.

BARROS, J. O. et al. Estratégia do apoio matricial: a experiência de duas equipes do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) da cidade de São Paulo, Brasil. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v. 20, n. 9, p. 2847-2856, 2015. Disponível: <[http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S14138123201500090287&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S14138123201500090287&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 04 de junho de 2016.

BELO, I. Velhice e mulher: vulnerabilidades e conquistas. **Revista Feminismos**, v. 1, n. 3, 2014.

BERTOLDI, A.D.; BARROS, A.J.; WAGNER, A.; ROSS-DEGNAN; .D, HALLAL, P.C. Medicine access and utilization in a population covered by primary health care in Brazil. **Health Policy**, v. 89, n.3, p. 295-302, 2009. Disponível: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18722031>>. Acesso em: 05 de junho de 2016.

BOING A.C.; BERTOLDI, A.D.; PERES, K.G. Desigualdades socioeconômicas no gasto e comprometimento da renda com medicamentos no Sul do Brasil. **Rev. Saúde Pública**.v.45, n.5, p.897-905, 2011.Disponível: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=). Acesso em: 05 de junho de 2016.

BRASIL. Fundação Nacional de Saúde. **100 anos de Saúde Pública: visão da FUNASA**. Fundação Nacional de Saúde. Brasília, p.232, 2004.

\_\_\_\_\_. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **SUS 20 anos**. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Brasília: CONASS, p. 282, 2009.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria n. 2.528, de 19 de outubro de 2006**. Dispõe sobre a aprovação da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa [legislação na Internet]. Brasília;

2006. Disponível: <<http://www.datadez.com.br/content/legisla%C3%A7%C3%A3o.asp?id=32259>>. Acesso em: 14 de maio de 2016.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretária de Atenção à saúde. Departamento de Atenção Básica. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa**. Brasília; 2006(Cadernos de Atenção Básica, n.19). Disponível:< <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/abcad19.pdf>>. Acesso em: 13 de agosto de 2015.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Manual de estrutura física das unidades básicas de saúde: saúde da família**. 2ª Edição. Brasília: MS; 2009. (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

\_\_\_\_\_. **Lei n. 8842 de 4 de janeiro de 1994**. Dispõe sobre a Política Nacional do Idoso, cria o Conselho Nacional do Idoso e dá outras providências. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, jan.5, 1996. Disponível: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/L8842.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8842.htm)>. Acesso em: 15 de maio de 2015.

\_\_\_\_\_. **Lei n.8080 DE 19 de setembro de 1990**.Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, set. 20, 1999.Disponível:<[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/L8080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm)>. Acesso em: 15 de maio de 2015.

\_\_\_\_\_. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. **O HumanizaSUS na atenção básica** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. – Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

\_\_\_\_\_. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica e Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Cadernos de Atenção Básica; n. 27. **Diretrizes do NASF** (Núcleo de Apoio a Saúde da Família). Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

BRITO, R. F. S. L. V.; LEAL, M. D. C. P.; ARAGÃO, J. A.; MAIA, V. L. L. B.; LAGO, E. C.; FIGUEIREDO, L. S. O idoso na estratégia saúde da família: atuação do enfermeiro durante o envelhecimento ativo. **Revista Interdisciplinar**, v.8, n.4, p. 93-10, 2015. Disponível: <http://revistainterdisciplinar.uninovafapi.edu.br/index.php/revinter/article/view/905>. Acesso em: 05 de junho de 2016.

CAMARGO, B. V. **ALCESTE: Um programa informático de análise quantitativa de dados textuais**. In: MOREIRA, A. S. P., JESUINO, J. C.; CAMARGO, B. V. **Perspectivas teórico-metodológicas em representações sociais**. João Pessoa: Editora Universitária da UFPB, p. 511-539, 2005.

CAMARGO, B.V.; JUSTO, A. M. IRAMUTEQ: um software gratuito para análise de dados textuais. **Temas em Psicologia**, v. 21, n. 2, p. 513-518, 2013. Disponível: <[https://www.researchgate.net/profile/Brigido\\_Camargo/publication/269927468\\_IRAMUTEQ\\_Um\\_software\\_gratuito\\_para\\_analise\\_de\\_dados\\_textuais/links/55f0407b08aef559dc46780f.pdf](https://www.researchgate.net/profile/Brigido_Camargo/publication/269927468_IRAMUTEQ_Um_software_gratuito_para_analise_de_dados_textuais/links/55f0407b08aef559dc46780f.pdf)> . Acesso em: 15 de maio de 2016.

CAMPOS, A. C. V.; VARGAS, A. M. D. Satisfação com saúde bucal de idosos brasileiros: um estudo de gênero com modelo hierárquico. **Cad. Saúde Pública**, v.30, n.4, p. 757-773, 2014. Disponível: <http://www.rededepesquisaaps.org.br/wpcontent/uploads/2014/06/artigo30062014.pdf>>. Acesso em: 04 de junho de 2016.

CALDAS, C.P.; VERAS, R.P.; MOTTA, L.B.; LIMA, K.C.; KISSE, B.S.; TROCADO, C.V.M.; GUERRA, A.C.L.C. Rastreamento do Risco de Perda Funcional: uma estratégia fundamental para a organização da Rede de Atenção ao Idoso. **Ciência & Saúde Coletiva**. 18, s.12, p. 3495-3506, 2013. Disponível: <http://search.proquest.com/openview/076bdd45e75bd3dfc5ecff1298eb8597/1.pdf?pq->>. Acesso em: 15 de maio de 2016.

CAMARGO, B.V.; JUSTO, A. M. IRAMUTEQ: um software gratuito para análise de dados textuais. **Temas em Psicologia**, v. 21, n. 2, p. 513-518, 2013. Disponível: [https://www.researchgate.net/profile/Brigido\\_Camargo/publication/269927468Um\\_software\\_gratuito\\_para\\_analise\\_de\\_dados\\_textuais/links/55f0407b08aef559dc46780f.pdf](https://www.researchgate.net/profile/Brigido_Camargo/publication/269927468Um_software_gratuito_para_analise_de_dados_textuais/links/55f0407b08aef559dc46780f.pdf)>. Acesso em: 15 de maio de 2016.

CARDOSO, C.G. **A Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI) e a atenção básica: um estudo de caso no município de Santa Cruz do Sul/RS**. Dissertação (Mestrado em Desenvolvimento Regional) -Programa de Pós-Graduação em Desenvolvimento Regional, Universidade de Santa Cruz do Sul, Rio Grande do Sul, 2015. Disponível: <http://repositorio.unisc.br/jspui/handle/11624/800>>. Acesso em: Acesso em: 21 de maio de 2016.

CARDOSO, C.M.C. **Trabalho e identidade do idoso em municípios de pequeno porte da região do Rio Parto (RS)**. Dissertação (Mestrado em Desenvolvimento Regional) - Programa de Pós-Graduação em Desenvolvimento Regional, Universidade de Santa Cruz do Sul, Rio Grande do Sul, 2016. Disponível: <http://repositorio.unisc.br/jspui/handle/11624/1073>>. Acesso em: 21 de maio de 2016.

COSTA, M.F.B.N.A., CIOSEK, S.I. Atenção integral na saúde do idoso no Programa Saúde da Família: visão dos profissionais de saúde. **Rev Esc Enferm USP**, v. 44, n.2, p. 437-44. 2010. Disponível: [http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/is\\_digital/is\\_0310/pdfs/IS30\(3\)086.pdf](http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/is_digital/is_0310/pdfs/IS30(3)086.pdf)>. Acesso em: 15 de maio de 2016.

COSTA, N.R.C.D.; AGUIAR, M.I.F.; ROLIM, I.L.T.P.; RABELO, P.P.C.; OLIVEIRA, D.L.A.; BARBOSA, Y.C. Política de Saúde do Idoso: percepção dos profissionais sobre sua implementação na Atenção Básica. **Rev Pesq Saúde**, v. 16, n.2, p.95-101, 2015. Disponível: <http://www.periodicoseletronicos.ufma.br/index.php/revistahuufma/article/view/4239>. Acesso em: 15 de maio de 2016.

COSTA E SILVA, S.P., MENANDRO, M.C.S. Representações de idosos sobre a vacina da gripe. **Ciênc. Saúde Colet.**; 18(8): p. 2179-88, 2013. Disponível: <http://www.scielo.org/pdf/csc/v18n8/02.pdf>. Acesso em: 15 de maio de 2016.

CONSTITUIÇÃO DA REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL. Brasília, DF: Senado, 1988.

CLARES, J.W.B. et al. Perfil de idosos cadastrados numa unidade básica de saúde da família de Fortaleza-CE. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste - Rev. Rene**, v.

12, 2011.  
Disponível:<<http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article>> Acesso em: 15 de maio de 2016.

COUTINHO, A.T, POPIM, R.C, CARREGÃ, K., SPIRI, W.C. Integralidade do cuidado com idoso na ESF. **Esc. Anna Nery**, v. 17, n. 4, p. 628 – 637, 2013. Disponível: [www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-81452013000400628](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452013000400628). Acesso em: 04 de junho de 2016.

COUTINHO, F.M et al. Promoções de saúde bucal para idosos no Brasil. **Revista Interfaces: Saúde, Humanas e Tecnologia**, v. 3, n. 8, 2015. Disponível:<<http://interfaces.leaosampaio.edu.br/index.php/revista-interfaces/article>>. Acesso em:04 de junho de 2016.

CUNHA, M.S.; SÁ, M.C. Home visits with in the Family Health Strategy (Estratégia de Saúde da Família - ESF): the challenges of moving into the territory. **Interface -Comunic., Saúde, Educ.**, v.17, n.44, p.61-73, 2013. Disponível em:[http://www.scielo.org/scielo.php?pid=S1414-32832013000100006&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.org/scielo.php?pid=S1414-32832013000100006&script=sci_arttext). Acesso em: 04 de junho de 2016.

DE ALBUQUERQUE, M. S.V. et al. Regulação assistencial no Recife: possibilidades e limites na promoção do acesso. **Saúde e Sociedade**, v. 22, n. 1, p. 223-236, 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v22n1/20.pdf>>. Acesso em:04 de junho de 2016.

DE FARIAS BISPO, E. P.; DA ROCHA, M. C. G.; REYS, M. F. M.. Avaliação da capacidade funcional de idosos cadastrados na Estratégia de Saúde da Família na comunidade do Pontal da Barra, Maceió-AL. **Cadernos de Terapia Ocupacional da UFSCar**, v. 20, n. 1, 2012. Disponível: < <http://www.cadernosdeto.ufscar.br/index.php/cadernos/article/> > Acesso em:14 de setembro de 2014.

DE LIMA TRINDADE, L; DE PIRES, D. E. P. Implicações dos modelos assistenciais da atenção básica nas cargas de trabalho dos profissionais de saúde. **Texto & Contexto Enfermagem**, v. 22, n. 1, p. 36-42, 2013. Disponível:< <http://www.index-f.com/textocontexto/2013pdf/22-036.pdf> >. Acesso em: 15 de maio de 2016.

DE SOUZA, N.S; DA COSTA TEIXEIRA, R. Ações de uma equipe de saúde da família no domicílio segundo usuários deste serviço em Ananindeua, Pará. **Cadernos de Educação, Saúde e Fisioterapia**, v. 1, n. 1, 2014. Disponível:<<http://revista.redeunida.org.br:9000/ojs/index.php/cadernos-educacao>> Acesso em: 15 de maio de 2016.

DONABEDIAN, A. **An introduction to quality assurance in health care**. New York: Oxford University, 2003.

DOSSANTOS, P.E et al. Perfil do profissional de nível superior na Estratégia Saúde da Família. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, v. 24, n. 4, 2011. Disponível :<[http://www.unifor.br/images/pdfs/rbps/artigo11\\_2011.4.pdf](http://www.unifor.br/images/pdfs/rbps/artigo11_2011.4.pdf)>. Acesso em: 15 de maio de 2016.

DOS SANTOS, D. A.; DE ALBUQUERQUE, A.C. L. Ações e serviços oferecidos aos idosos atendidos pela atenção primária no município de Campina Grande–PB. **Enfermagem em Foco**, v. 4, n. 3/4, 2015. Disponível: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/536>. Acesso em: 05 de junho de 2016.

DOURADO, M. B., DE OLIVEIRA, A. L. B., DE OLIVA MENEZES, T. M. Percepção dos graduandos de enfermagem sobre o seu envelhecimento. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 68, n.2, p. 278-283, 2015. Disponível: <<http://oaji.net/articles/2015/672-1438871071.pdf>>. Acesso em: 15 de maio de 2016.

FERREIRA, M.B.G; FELIX, M. S.; CONTIM, D.;SOUZA, D.J.; SIMÕES, L.A. Caracterização do contexto de trabalho e qualidade de vida dos profissionais de Estratégia Saúde da Família. **Cogitare Enferm**, v.20, n.3, p. 565-572, 2015.Disponível: <<http://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/41124>>. Acesso em: 04 de junho de 2016.

FERRO, L. F. et al. Interdisciplinaridade e intersetorialidade na Estratégia Saúde da Família e no Núcleo de Apoio à Saúde da Família: potencialidades e desafios. **Mundo saúde (Impr.)**, v. 38, n. 2, p. 129-138, 2014. Disponível: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/artigos/mundo\\_saude/interdisciplinariedade\\_intersetorialidade\\_de\\_estrategia\\_saude\\_familia.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/artigos/mundo_saude/interdisciplinariedade_intersetorialidade_de_estrategia_saude_familia.pdf)>.Acesso em: 04 de junho de 2016.

FERTONANI, H.P.; PIRES, E.P. Concepção de saúde de usuários da Estratégia Saúde da Família e novo modelo assistencial. **Enferm Foco**, v.1, n.2, p. 51-4, 2010. Disponível: <<http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/14>>. Acesso em:04 de junho de 2016.

FITTIPALDI, A. L. D. M.; ROMANO, V. F.; BARROS, D. C. D. Nas entrelinhas do olhar: Apoio Matricial e os profissionais da Estratégia Saúde da Família. **Saúde em Debate**, v.39, n. 104, 76-87, 2015. Disponível: <<http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v39n104/0103-1104-sdeb-39-104-00076.pdf>>. Acesso em: 04 de junho de 2016.

FLICK, U. **Uma introdução à pesquisa qualitativa**. Porto Alegre, Bookman, 2004.

FONSECA, F.F.; LIMA, C.A.,et al. Caracterização sóciodemográfica e ocupacional de trabalhadores da Estratégia Saúde da Família. **Revista Eletrônica Gestão & Saúde**, v.5, ed. especial, p. 2465-78, 2014. Disponível: <<http://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/41124>>. Acesso em: 04 de junho de 2016.

GATTI, A.L.; GIL, C.A.; VITORINO, S.S. Pesquisa qualitativa: grupo focal e intervenções psicológicas com idosos. **Psicologia, Ciência e Profissão**, v. 35, n.1, p. 20-39, 2015. Disponível:<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-98](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98)>.Acesso em: 15 de maio de 2016.

GRAGNOLATI, M., JORGENSEN, O.H., ROCHA , N.R., FRUTTERO, A. **Growing old in an older brazil: implications of population aging on growth, poverty, public finance and service delivery**. Washington: The World Bank, 2011.

GÓIS, A.L.B.; VERAS, R.P. Informações sobre a morbidade hospitalar em idosos nas internações do Sistema Único de Saúde do Brasil. **Cien Saude Colet**; v. 15, n.6, p. 2859-

2869, 2010. Disponível: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232010000600023](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000600023)>. Acesso em: 05 de junho de 2016.

IBGE, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Síntese de indicadores sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira, 2010**. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística; 2010.

JARDIM, T.A.; LANCMAN, S. Aspectos subjetivos do morar e trabalhar na mesma comunidade: a realidade vivenciada pelo agente comunitário de saúde. **Interface - Comunic. Saúde. Educ.**, v.13, n.28, p.123-35, 2009.

JUSTO, A. M.; CAMARGO, B. V. **Estudos qualitativos e o uso de softwares para análises lexicais<sup>1</sup>**. 2014. Disponível:<[FDYjv%2FXHeHQ%3D&response-content-disposition=inline%3Bfilename%3DEstudos\\_qualitativos\\_e\\_o\\_uso\\_de\\_software.pdf](http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S01042902014000100265&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 10 de junho de 2016.

LIMA, A.N; SILVA, L.; BOUSSO, R.S. A visita domiciliária realizada pelo agente comunitário de saúde sob a ótica de adultos e idosos. **Saúde soc.**, São Paulo, v. 19, n. 4, p. 889-97, 2010. Disponível: <[http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413](http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413)>. Acesso em: 04 de junho de 2016.

LIMA, T.J.V. et al. Humanização na atenção básica de saúde na percepção de idosos. **Saúde soc.**, São Paulo, v. 23, n. 1, p. 26576, 2014. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S01042902014000100265&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S01042902014000100265&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 21 de maio de 2016.

LOPES, F. A. M.; MONTANHOLI, L. L.; SILVA, J. M. L. D.; OLIVEIRA, F. A. D. Perfil epidemiológico em idosos assistidos pela Estratégia Saúde da Família. **Revista de Enfermagem e Atenção à Saúde**, v.3, n.1, 2014. Disponível em: <http://dcb.uftm.edu.br/revistaeletronica/index.php/enfer/article/view/933>. Acesso em:04 de junho de 2016.

LOPES, M.C.L.; MARCON, S.S. Assistência à família na atenção básica: facilidades e dificuldades enfrentadas pelos profissionais de saúde. **Acta Scientiarum Health Science Maringá**, v. 34, n. 1, p. 85-93, 2012. Disponível em: <http://eduem.uem.br/ojs/index.php/ActaSciHealthSci/article/view/7624>>. Acesso em: 04 de junho de 2006.

LUZ, T.C.B.; LOYOLA FILHO, A.I., LIMA-COSTA, M.F. Estudo de base populacional da subutilização de medicamentos por motivos financeiros entre idosos na Região Metropolitana de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. **Cad. Saúde Pública**.v.25, n.7, p.1578-86, 2009. Disponível: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2009000700016&lng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2009000700016&lng=pt)>. Acesso em: 05 de junho de 2016.

MACHADO, M.F.A.S.; MONTEIRO, E.M.L.M.; QUEIROZ, D.T.; VIEIRA, N.F.C; BARROSO, M.G.T.B. Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do SUS – uma revisão conceitual. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.12, n. 2, p. 335-342, 2007. Disponível: <<http://www.scielo.org/pdf/csc/v12n2/a09v12n2>>. Acesso em: 15 de maio de 2016.

MAGALHAES, K. A.et. al. A visita domiciliária do agente comunitário de saúde a famílias com idosos frágeis. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 12, p. 3787-3796, 2015. Disponível: <[http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S14](http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S14)>. Acesso em: 04 de junho de 2016.

MALTA, D.C.; MERHY, E.E.O percurso da linha do cuidado sob a perspectiva das doenças crônicas não transmissíveis. **Interface (Botucatu)**, Set. 2010; v.14, n.34: p. 593-606.Disponível:<<http://www.scielo.br/pdf/icse/2010nahead/aop0510.pdf>>. Acesso em: 15 de maio de 2016.

MARQUI, A.B. T. et al. Caracterização das equipes da Saúde da Família e de seu processo de trabalho. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v. 44, n. 4, p. 956-961, 2010. Disponível: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S008062342010000400014&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S008062342010000400014&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 29 de maio de 2016.

MARIN, M. J.S.; PANES, V.C. B. Envelhecimento da população e as políticas públicas de saúde. **Revista do Instituto de Políticas Públicas de Marília**, v. 1, n. 1, 2015.Disponível:<<http://www2.marilia.unesp.br/ojs2.4.5/index.php/RIPPMAR/article/view/5641>>. Acesso em : 09 de maio de 2016.

MASULLO, I. M.F. **O atendimento ao idoso na unidade de saúde da família: um estudo de representações sociais**, f. 87. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2015. Disponível: <<http://repositorio.ufrn.br:8080/jspui/handle/123456789/20193>>. Acesso em: Acesso em: 21 de maio de 2016.

MATOS, I.B.; TOASSI, R.F.C.; OLIVEIRA, M.C. Profissões e ocupações de saúde e o processo de feminização: tendência e implicações. **Athenea Digital**. v.13, n.2, p.239-244, 2013.Disponível:< <http://www.lume.ufrgs.br/handle/10183/118035>>. Acesso em: 30 de maio de 2016.

MATTOS, G. C. M.; FERREIRA, E. F.; LEITE, I. C. G.; GRECO, R. M. A inclusão da Equipe de Saúde Bucal na Estratégia Saúde da Família: entraves, avanços e desafios. **Cien. Saúde Colet.**, v.19, n.2, p. 373-382, 2014.Disponível:<<http://www.scielo.org/pdf/csc/v19n2/1413-8123-csc-19-02-00373.pdf>>. Acesso em: 04 de junho de 2016.

MATTOS, R.A. A integralidade na prática (ou sobre a prática da integralidade). **Cad. Saúde Pública**, v.20, n. 5, p. 1411-6, 2004. Disponível: <[http://www.scielo.org/scielo.php?pid=S0102311X2004000500037&script=sci\\_abstract&tlng=en](http://www.scielo.org/scielo.php?pid=S0102311X2004000500037&script=sci_abstract&tlng=en)>. Acesso em: 15 de maio de 2016.

MCINTYRE. D.; MOONEY, G. EDS. **The economics of health equity**. New York: Cambridge University; 2007.

MELO, M.B.; QUINTÃO, A.F; CARMO, R.F. O programa de Qualificação e Desenvolvimento do Agente Comunitário de Saúde na perspectiva dos diversos sujeitos envolvidos na atenção primária em saúde. **Saúde Soc. São Paulo**, v. 24, n. 1, p. 86-99, 2015. Disponível: <<http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v24n1/0104-1290-sausoc-24-1-0086.pdf>>. Acesso em : 22 de maio de 2016.

MENDES, E.V. As redes de atenção à saúde. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 15, n.5, p. 2297-2305, 2010. Disponível: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v15n5/v15n5a05>>. Acesso em: 15 de maio de 2016.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. XXX Congresso Nacional de Secretarias Municipais de Saúde - Diretrizes para o cuidado das Pessoas Idosas no SUS: proposta de modelo de atenção integral à saúde da Pessoa idosa. Maio. 2014. Disponível: <[http://www.paho.org/bra/index.php?option=com\\_content&view=article&id=4651:saude-da-pessoa-idosa-no-xxx-consems&Itemid=821](http://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=4651:saude-da-pessoa-idosa-no-xxx-consems&Itemid=821)>. Acesso em: 24 setembro de 2014.

MOIMAZ, S.A.S. et al. Satisfação e percepção do usuário do SUS sobre o serviço público de saúde. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, p. 1419-1440, 2010. Disponível : <<http://repositorio.unesp.br/handle/11449/15401>>. Acesso em: 11 de maio de 2016.

MOURA, B.L.A.; CUNHA, R.C.; FONSECA, A.C.F.; AQUINO, R.; MEDINA, M.G.; VILAS BÔAS, A.L.Q.; XAVIER, A.L.; COSTAS, A.F. Atenção primária à saúde: estrutura das unidades como componente da atenção à saúde. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.**, v.10, supl. 1, p. s69-s81, 2010. Disponível: <http://repositorio.ufba.br:8080/ri/bitstream/ri/2456/1/repos2010.37.pdf>. Acesso em: 11 de maio de 2016.

MORAES, E.N. Como preparar o sistema de saúde Brasileiro para enfrentar o envelhecimento, tendo em vista a mudança do perfil epidemiológico. **Rev. Consensus**: Ano IV, n.10, 2014. Disponível: <[www.conass.org.br](http://www.conass.org.br)>. Acesso em: 23 de setembro de 2015.

MOREIRA, I. J. B. et al. Perfil sociodemográfico, ocupacional e avaliação das condições de saúde mental dos trabalhadores da Estratégia Saúde da Família em um município do Rio Grande do Sul, RS. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, [S.l.], v. 11, n. 38, p. 1-12, 2016. Disponível: <<http://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/967/761>>. Acesso em: 07 de maio de 2016.

MOREIRA, V.; NOGUEIRA, F.N.N. Do indesejável ao inevitável: experiência vivida do estigma de envelhecer na contemporaneidade. **Psicol. Usp**, v.19, n.1, p.59-79, 2008. Disponível: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1678-51772008000100009&script=sci\\_arttext](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1678-51772008000100009&script=sci_arttext) . Acesso em: 07 de maio de 2016.

MOSSINI, C.; BOING, A. C. Promoção à saúde do idoso através de grupo educativo, uma experiência na atenção básica de saúde. Promoting the health of the elderly through group educational experience in a basic health care. **Saúde & Transformação Social/Health & Social Change**, v. 6, n.1, p. 143-155, 2016.

MOTTA, L.B., AGUIAR, A.C. Novas competências profissionais em saúde e o envelhecimento populacional brasileiro: integralidade, interdisciplinaridade e intersetorialidade. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 12, n. 2, p.363-372, 2007. Disponível: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v12n2/a12v12n2>>. Acesso em: 23 de setembro de 2015.

MOTTA, L.B.; AGUIAR, A.C.; CALDAS, C.P. Estratégia Saúde da Família e a atenção ao idoso: experiências em três municípios brasileiros. **Cad. Saúde Pública**, v. 2, n. 4, p. 779-

786, 2011. Disponível: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2011000400017](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2011000400017). Acesso em: 07 de maio de 2016.

MOTTA, L.C.S.; SIQUEIRA-BATISTA, R. Estratégia Saúde da Família: clínica e crítica. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v.39, n.2, p. 196-207, 2015. Disponível: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0100-5502201500020](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-5502201500020)>. Acesso em: 07 de maio de 2016.

NASCIMENTO, C. M. B. **A organização e desenvolvimento da atenção à saúde pelo Núcleo de Apoio a Saúde da Família**, p. 182, Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2014.

NASCIMENTO, D. D. G; OLIVEIRA, M. A. C. Reflexões sobre as competências profissionais para o processo de trabalho nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família. **O Mundo da Saúde**, v. 34, n. 1, p. 92-96, 2010. Disponível:<[http://www.saocamilo-sp.br/pdf/mundo\\_saude/74/12\\_revisao\\_reflexoes.pdf](http://www.saocamilo-sp.br/pdf/mundo_saude/74/12_revisao_reflexoes.pdf)>. Acesso em: 04 de junho de 2016.

NERY, A.A.; CARVALHO, C.G.R.; SANTOS, F.P.A.; NASCIMENTO, M.S.; RODRIGUES, V.P. Saúde da Família: visão dos usuários. **Rev Enferm. UERJ**, v.19, n. 3, p. 39-402, 2011. Disponível:<<http://www.facenf.uerj.br/v19n3/v19n3a10.pdf>>. Acesso em: 07 de maio de 2016.

PEREZ, M.; LOURENÇO, R.A. Rede FIBRA-RJ: fragilidade e risco de hospitalização em idosos da cidade do Rio de Janeiro, Brasil. **Cad Saúde Pública**, Rio de Janeiro. 29, n.7, p.1381-1391, 2013. Disponível:<[https://www.researchgate.net/profile/Roberto\\_Lourenco/publication/248396587](https://www.researchgate.net/profile/Roberto_Lourenco/publication/248396587)> Acesso em: 23 de setembro de 2015.

PINTO, E.S.G.; MENEZES, R.M.P.; VILLA, T.C.S. Situação de trabalho dos profissionais da Estratégia Saúde da Família em Ceará-Mirim. **Rev. Esc. Enferm Usp**, v.44, n.3, p. 657-64, 2010. Disponível: <<http://submission.scielo.br/index.php/reeusp/article/view/6633>>. Acesso em: Acesso em: 15 de maio de 2015.

PORTER, M.E. A strategy for health care reform: toward a value-based system. **N Engl J Med**, v. 361, p. 109-12, 2009. Disponível: <<http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMp0904131#t=article>>. Acesso em: 20 de maio de 2016.

PEDROSA, I.C.F; CORRÊA, A.C.P; MANDÚ, E.N.T. Influências da infraestrutura de Centros de Saúde nas práticas profissionais: percepções de enfermeiros. **Cienc. Cuid. Saúde**, v.10, n. 1, p. 058-065, 2011. Disponível: <<http://eduem.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/13288>>. Acesso em: 20 de maio de 2016.

OLIVARES, A.; BONITO, J.; SILVA, R. Qualidade de vida no trabalho dos médicos da atenção básica no estado de Roraima (Brasil). **Psic. Saúde & Doenças**, v. 16, n. 1, p. 100-111, 2015. Disponível:<[http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S16450862015000100010&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S16450862015000100010&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso: em 15 de maio de 2016.

OLIVEIRA, J.C.A.; TAVARES, D.M.S. Atenção ao idoso na estratégia de saúde da família: atuação do enfermeiro. **Rev. Esc. Enferm USP**, v.44, n. 3, p. 774-81, 2010. Disponível:<[https://www.researchgate.net/profile/Darlene\\_Tavares/publication/47517888\\_Elderly\\_attention\\_to\\_health\\_strategy\\_in\\_the\\_family\\_action\\_of\\_nurses/links/0deec53c6f268acab1000000.pdf](https://www.researchgate.net/profile/Darlene_Tavares/publication/47517888_Elderly_attention_to_health_strategy_in_the_family_action_of_nurses/links/0deec53c6f268acab1000000.pdf)>. Acesso em: 24 de setembro de 2015.

RATINAUD, P. **IRAMUTEQ: Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Texte set de Questionnaires** [Computer software]. 2009. Disponível em: <<http://www.iramuteq.org>>. Acesso em: 16 de janeiro de 2016.

RATINAUD, P.; MARCHAND, P. Application de la métho de ALCESTE à de "gros" corpus et stabilités "mondes lexicaux": analysedu "Cable-Gate" avec IraMuTeQ. In: **Actes des 11eme Journées internationales d'Analys estatistique des Données Textuelles**. Liège, Belgique p. 13, 2013. Disponível: <<http://lexicometrica.univ-paris3.fr/jadt/jadt2012/Communications/Ratinaud,%20Pierre%20et%20al.%20%20Application%20de%20la%20methode%20Alceste>>. Acesso em: 16 de janeiro de 2016.

ROCHA, A.C.D.; SOUZA, C.P.C., QUEIROZ, D.; PEDRAZA, D.F. Atenção básica à saúde: avaliação de estrutura e processo. **Rev adm. saúde**, v. 14, n. 55, p. 71-79, 2012. Disponível :<[http://www.cqh.org.br/portal/pag/anexos/baixar.php?p\\_ndoc=276&p\\_nanexo=321](http://www.cqh.org.br/portal/pag/anexos/baixar.php?p_ndoc=276&p_nanexo=321)>. Acesso: em 15 de maio de 2016.

RONZANI, T.M.; SILVA, C.M. O Programa Saúde da Família segundo profissionais de saúde, gestores e usuários. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v. 13, n. 1, p. 23-34, 2008. Disponível: <<http://www.scielo.org/pdf/csc/v13n1/06.pdf>> Acesso em: 20 de maio de 2016.

SANCHEZ, R.M, CICONELLI, R.M. Conceitos de acesso à saúde. **Rev. Panam Salud Publica**, v. 31, n.3, p.260–8, 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.org/pdf/rpsp/v31n3/12.pdf>>. Acesso em: 20 de maio de 2016.

SANTIAGO, R.F.; MENDES, A.C.G.; MIRANDA, G.M.D.; DUARTE, P.O.; FURTADO, B.M.A.S.M.; SOUZA, W.V. Qualidade do atendimento nas Unidades de Saúde da Família no município de Recife: a percepção dos usuários. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.18, n.1 Disponível em: <<http://crawl.prod.proquest.com.s3.amazonaws.com/fpcache/366814f04055d35a247167141459d1e0.pdf?AWSAccessKeyId=AKIAJF7V7KNV2KKY2NUQ&Expires=1465878103&Signature=KGA5pXE85%2BhOqOydPV69wGeKhnU%3D>>. Acesso em: 15 de maio de 2016.

SANTOS, H.B.F. **A educação permanente na formação e no desenvolvimento de trabalhadores do SUS: uma análise das atividades educativas desenvolvidas no Distrito Sanitário V, município do Recife – PE**. 45 p. Monografia (Especialista em Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde) - Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, 2011.

SANTOS, L.M.P.; COSTA, A.M.; GIRARDI, S.N. Programa Mais Médicos: uma ação efetiva para reduzir iniquidades em saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, n. 11, p. 3547-3552, 2015. Disponível: <[http://www.rededepesquisaaps.org.br/wp-content/uploads/2015/12/artigo28\\_12-2015.pdf](http://www.rededepesquisaaps.org.br/wp-content/uploads/2015/12/artigo28_12-2015.pdf)> Acesso em: 20 de maio de 2016.

SANTOS, G.S.; KOWAL, O.L.M.; CUNHA, I.C. Avaliação da qualidade de vida de mulheres idosas na comunidade. **Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro**, 2015. Disponível: <<http://www.seer.ufsj.edu.br/index.php/recom/article/viewArticle/593>>. Acesso em: 20 de maio de 2016.

SANTOS, N.F.; SILVA, M.R.F. As Políticas Públicas voltadas ao Idoso: Melhoras da Qualidade de Vida ou Reprivatização da Velhice. **Revista FSA**, v.10, n. 2, p. 358-371, 2013.

SANTOS, W. J.; GIACOMIN, K. C.; FIRMO, J. O. A. Avaliação da tecnologia das relações de cuidado nos serviços em saúde: percepção dos idosos inseridos na Estratégia Saúde da Família em Bambuí, Brasil. **Ciênc Saúde Coletiva**, v.19, n. 8, p. 3441-3450, 2014. Disponível:<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S141381232014000803441&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232014000803441&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 30 de maio de 2016.

SANTOS, Z.M.G.; OLIVEIRA, M.L.C. Avaliação dos conhecimentos, atitudes e práticas de idosos sobre a vacina contra a Influenza, na UBS, Taguatinga, DF. **Epidmiol. Serv Saúde**; v.19, n.3, p. 205-216, 2010. Disponível: <[http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?pid=S167949742010000300003&script=sci\\_arttext&tlng=es](http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?pid=S167949742010000300003&script=sci_arttext&tlng=es)>. Acesso em: 05 de junho de 2016.

SCHIMIDT, T.C.G.; SILVA, M.J.P. Percepção e compreensão de profissionais e graduandos de saúde sobre o idoso e o envelhecimento humano. **Rev. Esc Enferm USP**, v.46, n.3, p.612-7, 2012. Disponível: <<http://www.revistas.usp.br/reeusp/article/view/40988>>. Acesso em: 20 de maio de 2016.

SCHWARTZ, T.D. et al . Estratégia Saúde da Família: avaliando o acesso ao SUS a partir da percepção dos usuários da Unidade de Saúde de Resistência, na região de São Pedro, no município de Vitória (ES). **Ciênc. Saúde Coletiva**, v. 15, n. 4, p. 2145-2154 2010. Disponível em:<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232010000400028&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000400028&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 30 de maio de 2016.

SERRA, C.G.; RODRIGUES, P.H.A. Avaliação da referência e contra-referência no Programa de Saúde da Família na Região Metropolitana do Rio de Janeiro (RJ, Brasil). **Ciência & Saúde Coletiva**, v.15, supl. 3, p. 3579-3586, 2010. Disponível:<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S141381232010](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232010)>. Acesso em: 30 de maio de 2016.

SILVA, J.P.; BOUSFIELD, A.B.S.; CARDOSO, L.H. A hipertensão arterial na mídia impressa: análise da revista Veja. **Psicologia e Saber social**, v. 2, n.2, p. 191-203, 2013. Disponível: <<http://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/psi-sabersocial/article/view/8793>>. Acesso em: 16 de janeiro de 2016.

SOARES. E.F.; REIS, S.C.G.B.; FRERE, M.C.M. Percepção dos trabalhadores da Estratégia de Saúde da Família sobre a atuação das equipes de saúde bucal em Goiânia, em 2009: estudo qualitativo. **Epidemiol. Serv. Saúde**, v.22, n. 3, p. 483-490, 2013. Disponível: <[https://www.researchgate.net/publication/270017809\\_Percepcao\\_dos\\_trabalhadores\\_da\\_Estrategia\\_Saude\\_da\\_Familia\\_sobre\\_a\\_atuacao\\_das\\_equipes\\_de\\_saude\\_bucal\\_em\\_Goiania\\_em\\_2009\\_estudo\\_qualitativo](https://www.researchgate.net/publication/270017809_Percepcao_dos_trabalhadores_da_Estrategia_Saude_da_Familia_sobre_a_atuacao_das_equipes_de_saude_bucal_em_Goiania_em_2009_estudo_qualitativo)>. Acesso em : 04 de junho de 2016.

SOUSA, F. D. O. S.; MEDEIROS, K. R. D.; GURGEL JÚNIOR, G. D.; ALBUQUERQUE, P. C. D. Do normativo à realidade do Sistema Único de Saúde: revelando barreiras de acesso na rede de cuidados assistenciais. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, n. 4, p. 1283-1293, 2014.

Disponível: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S141381232014000401283&script=sci\\_abstract&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S141381232014000401283&script=sci_abstract&tlng=pt)>. Acesso em: 30 de maio de 2016.

STARFIELD, B. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidade de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: Unesco, Ministério da Saúde; 2002.

TRAVASSOS, C.; MARTINS M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. *In.*: SCHWARTZ, T.D. et al . Estratégia Saúde da Família: avaliando o acesso ao SUS a partir da percepção dos usuários da Unidade de Saúde de Resistência, na região de São Pedro, no município de Vitória (ES). **Ciênc. Saúde Coletiva**, v. 15, n. 4, p. 2145-2154, 2010. Disponível :<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=)>. Acesso em: 30 de maio de 2016.

TINTORI, J. A.; HELMO, F. R.; DE ASSIS SIMÕES, A. C.; RESENDE, L.; RODRIGUES, L. D. P. C.; GOULART, B. F. O significado e a prática do acolhimento para os trabalhadores da estratégia saúde da família. **Rev Enferm UFPE**, v.8, n.5, p. 1101-9, 2014. Disponível:

[https://www.researchgate.net/profile/Lucieli\\_Chaves/publication/272020722\\_O\\_SIGNIFICADO\\_E\\_A\\_PRATICA\\_DO\\_ACOLHIMENTO\\_PARA\\_OS\\_TRABALHADORES\\_DA ESTRATEGIA\\_SAUDE\\_DA\\_FAMILIA/links/54d8b86b0cf24647581b45b1.pdf](https://www.researchgate.net/profile/Lucieli_Chaves/publication/272020722_O_SIGNIFICADO_E_A_PRATICA_DO_ACOLHIMENTO_PARA_OS_TRABALHADORES_DA ESTRATEGIA_SAUDE_DA_FAMILIA/links/54d8b86b0cf24647581b45b1.pdf). Acesso em: 04 de junho de 2006.

UNGLERT, C.V.S.; ROSENBERG, C.P.; JUNQUEIRA, C.B. Acesso aos serviços de saúde: uma abordagem de geografia em saúde pública. *In.*: SCHWARTZ, T.D. et al. Estratégia Saúde da Família: avaliando o acesso ao SUS a partir da percepção dos usuários da Unidade de Saúde de Resistência, na região de São Pedro, no município de Vitória (ES). **Ciênc. Saúde Coletiva**, v. 15, n. 4, p. 2145-2154 2010. Disponível :<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413123201000400028&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413123201000400028&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 30 de maio de 2016.

VERAS,R.P. ; CALDAS, C.P; CORDEIRO, H.A. Modelos de atenção à saúde do idoso: repensando o sentido da prevenção. **Physis Rev. de Saúde Coletiva**, v.23, n.4, p. 1189-1213, 2013. Disponível: <<http://submission.scielo.br/index.php/physis/article/view/109850>>. Acesso em: 24 de setembro de 2014.

VERAS, R. A urgente e imperiosa modificação no cuidado à saúde da pessoa idosa. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol**, v. 18, n. 1, p. 5-6, 2015. Disponível: <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=403839881001>>. Acesso em: 16 de janeiro de 2016.

VIANA, K. P; BRITO, A. D. S.; RODRIGUES, C. S.; LUIZ, R. R. Access to continued-use medication Among older adults, Brazil. **Revista de Saúde Pública**, v.49, n. 1, p.10, 2015. Disponível: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-89102015000100206](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102015000100206). Acesso em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-89102015000100206](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102015000100206). Acesso em: 05 de junho de 2016.

VEIGA, L.; GONDIM, S. M. G. A utilização de métodos qualitativos na ciência política e no marketing político. **Opinião Pública**, v. 7, n. 1, p. 1-15, 2001. Disponível: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010462762001000100001&script=sci\\_arttext&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010462762001000100001&script=sci_arttext&tlng=pt). Acesso em: 10 de setembro de 2015.

VIEGAS, S.M.F.; PENNA, C.M.M. A construção da integralidade no trabalho cotidiano da equipe saúde da família. **Esc Anna Nery**; v.17, n.1, p. 133-41, 2013. Disponível: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S141481452013000100019](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141481452013000100019)>. Acesso em: 25 de setembro de 2015.

VIEIRA, C. M.; SANTIAGO, L.S.; TAVARES, P.C.W.; BRANDT, A.; NEGRI, F.; OLIVEIRA, M.R.M. Aplicação da técnica de Grupo Focal em pesquisa da Rede-SANS sobre as ações de alimentação e nutrição na atenção básica em saúde. **Cad. Saúde Colet.**, v. 21, n. 4: 407-13, 2013. Disponível: <<http://repositorio.unesp.br/handle/11449/109599>>. Acesso em : 25 de setembro de 2015.

VIEIRA, S. **Metodologia científica para a área da saúde**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2015.

\_\_\_\_\_. MOTTA, L.B.; LIMA, K.C. Desenvolvimento de uma linha de cuidados para o idoso: hierarquização da atenção baseada na capacidade funcional. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontologia**, v.16, n. (2): p. 385-392, 2013. Disponível: <[https://www.researchgate.net/profile/Celia\\_Caldas/publication/262439106\\_Development\\_of\\_a\\_line\\_of\\_care\\_for\\_the\\_elderly\\_hierarchical\\_attention\\_based\\_on\\_functional\\_capacity/links/0f31753989543de02e000000.pdf](https://www.researchgate.net/profile/Celia_Caldas/publication/262439106_Development_of_a_line_of_care_for_the_elderly_hierarchical_attention_based_on_functional_capacity/links/0f31753989543de02e000000.pdf)>. Acesso em: 24 de setembro de 2014.

VILARINO, M. A.M; LOPES, M.J.M.;BUENO, A.L.M., BRITO,M.R.V. Idosos vacinados e não vacinados contra a influenza: morbidade relatada e aspectos sociodemográficos, Porto Alegre (RS, Brasil). **Cien. Saúde Colet.**, v. 15, n. 6, p 2879-2886,2010.

XIMENES, N.F.R.G.; SAMPAIO, J.J.C. Processo de ascensão ao cargo e as facilidades e dificuldades no gerenciamento do território na Estratégia Saúde da Família. **Rev. Bras. Enferm.**, v. 61, p. 36-45, 2008. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-71672008000100006](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672008000100006)>. Acesso em: 11 de maio de 2016.

## APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO  
Centro de Ciências da Saúde  
Programa de Pós-Graduação em Gerontologia  
Curso de Mestrado

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

(Resolução 466/12)

Convidamos o (a) Sr. (a) para participar como voluntário (a) da pesquisa por título - **ATENÇÃO À SAÚDE: ENTENDIMENTO DOS PROFISSIONAIS QUE ATUAM NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA E DAS PESSOAS IDOSAS ATENDIDAS**, que está sob a responsabilidade da pesquisadora: **Cassandra Munique Bismarck Lopes**, endereço acadêmico: **Programa de Pós-Graduação em Gerontologia/Campus Universitário do Centro de Ciências da Saúde/UFPE. Av. Prof. Moras Rego, s/n, CEP: 50.670-901, Cidade Universitária, Recife-PE.** Telefone do pesquisador responsável: (081)9-9842-9243/ (081)9-85628134 e e-mail: [cassandra\\_terapia@yahoo.com.br](mailto:cassandra_terapia@yahoo.com.br), (inclusive ligações a cobrar).

Caso este Termo de Consentimento contenha informações que não lhe sejam compreensíveis, as dúvidas podem ser tiradas com a pesquisadora, e apenas ao final, quando todos os esclarecimentos forem dados, caso concorde com a realização do estudo pedimos que rubriche as folhas e assine ao final deste documento, que está em duas vias, uma via lhe será entregue e a outra ficará com o pesquisador responsável. Caso não concorde, não haverá penalização, bem como será possível retirar o consentimento a qualquer momento, também sem nenhuma penalidade.

#### INFORMAÇÕES SOBRE A PESQUISA

Trata-se de uma pesquisa para o meu curso de Mestrado na Universidade Federal de Pernambuco, e escolhi estudar para o meu trabalho final o atendimento à saúde que as pessoas idosas recebem na Estratégia Saúde da Família. Então, queria que o/a senhor /a participasse da pesquisa. Vou lhe pedir primeiro para responder umas perguntas rápidas sobre sua vida, depois o/a senhor/a será convidado/a a participar de um grupo, que terá no máximo 12 pessoas, podendo ter um número menor. No grupo serão realizadas perguntas sobre os cuidados à saúde das pessoas idosas, podendo gerar debates que serão gravados e analisados. Essa atividade terá duração aproximada de 1 hora e 30 minutos, podendo ser concluído em outro encontro.

- **Riscos Diretos:** espera-se que esse tipo de estudo ofereça riscos mínimos ao participante, como situações de constrangimento para relatar informações no decorrer do grupo. Para minimizar essa situação, a coleta será realizada em local adequado para este fim, levando em consideração a existência de pessoas externas ao ambiente, que possam ameaçar a privacidade e a confidencialidade dos participantes e será assegurado uma concordância a respeito da confidencialidade entre os membros no início da atividade grupal.
- **Benefícios Diretos e Indiretos:** pretende-se que os resultados sirvam de referência para fundamentar a intervenção com a população idosa estudada, contribuindo para melhorar a eficácia do tratamento. Inclusive a pesquisadora se compromete em apresentar os resultados do estudo à instituição concedente, colocando-se à disposição para prestar esclarecimentos em qualquer fase da pesquisa, inclusive para apresentar a devolutiva ao grupo.

Todas as informações desta pesquisa serão confidenciais e serão divulgadas apenas em eventos ou publicações científicas, não havendo identificação dos voluntários, a não ser entre os responsáveis pelo estudo, sendo assegurado o sigilo sobre a sua participação. Os dados coletados nesta pesquisa (gravações, entrevistas e filmagens), ficarão armazenados em (pastas de arquivo em computador pessoal), sob a responsabilidade da pesquisadora e sua Orientadora), no endereço acima informado, pelo período de mínimo 5 anos.

Nada lhe será pago e nem será cobrado para participar desta pesquisa, pois a aceitação é voluntária, mas fica também garantida a indenização em casos de danos, comprovadamente decorrentes da participação na pesquisa, conforme decisão judicial ou extrajudicial. Se houver necessidade, as despesas para a sua participação serão assumidas pelos pesquisadores (ressarcimento de transporte e alimentação). Em caso de dúvidas relacionadas aos aspectos éticos deste estudo, você poderá consultar o Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da UFPE no endereço: (Avenida da Engenharia s/n – 1º Andar, sala 4 - Cidade Universitária, Recife-PE, CEP: 50740-600, Tel.: (81) 2126.8588 – e-mail: [cepccs@ufpe.br](mailto:cepccs@ufpe.br)).

---

**Cassandra Munique Bismarck Lopes**  
(Pesquisadora Responsável)

## CONSENTIMENTO DA PARTICIPAÇÃO DA PESSOA COMO VOLUNTÁRIO (A)

Eu, \_\_\_\_\_,  
CPF \_\_\_\_\_, abaixo assinado, após a leitura (ou a escuta da leitura) deste documento e de ter tido a oportunidade de conversar e ter esclarecido as minhas dúvidas com o pesquisador responsável, concordo em participar do estudo “**ATENÇÃO À SAÚDE: ENTENDIMENTO DOS PROFISSIONAIS QUE ATUAM NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA E DAS PESSOAS IDOSAS ATENDIDAS**”, como voluntário (a). Fui devidamente informado (a) e esclarecido (a) pelo (a) pesquisador (a) sobre a pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes de minha participação. Foi-me garantido que posso retirar o meu consentimento a qualquer momento, sem que isto leve a qualquer penalidade (ou interrupção de meu acompanhamento/ assistência/tratamento).

Recife, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2015

Impressão  
Digital  
(opcional)

\_\_\_\_\_  
( Assinatura do Participante)

Presenciamos a solicitação de consentimento, esclarecimentos sobre a pesquisa e o aceite do voluntário em participar.

\_\_\_\_\_  
Nome

\_\_\_\_\_  
Assinatura

\_\_\_\_\_  
Nome

\_\_\_\_\_  
Assinatura

## APÊNDICE B - FORMULÁRIO SÓCIODEMOGRÁFICO PESSOA IDOSA

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO  
Centro de Ciências da Saúde  
Programa de Pós-Graduação em Gerontologia  
Curso de Mestrado

### FORMULÁRIO SÓCIODEMOGRÁFICO

#### PESSOA IDOSA

#### A) DADOS PARA IDENTIFICAÇÃO:

01 N° Questionário: \_\_\_\_\_

02 Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

03 Nome: \_\_\_\_\_

04 Estratégia de Saúde da Família no qual está vinculado: \_\_\_\_\_

#### B) DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS:

05 Sexo (1) Masculino  
(2) Feminino

06 Faixa etária  
(1) 60 a 69 anos  
(2) 70 a 79 anos  
(3) 80 a 89 anos  
(4) 90 a 99 anos  
(5) 100 anos ou mais

07 Estado Civil:  
(1) Casado ou união estável  
(2) Nunca se casou ou morou com companheiro  
(3) Solteiro  
(4) Viúvo (a)  
(5) Separado (a) ou divorciado (a)

08 Co-habitantes

	N°
(1) Esposo (a) /companheiro (a)	
(2) Filho(a)	
(3) Enteado (a)	
(4) Genro	
(5) Nora	
(6) Neto (a)	
(7) Irmão (a)	
(8) Cunhado(a)	
(9) Outros parentes Qual(is)?	
(10) Amigo (a) / conhecido(a)	
(11) Mora só	

09 Escolaridade:  
(0) Analfabeto (3) Ensino Médio incompleto  
(1) Fundamental incompleto (4) Ensino Médio completo  
(2) Fundamental completo (5) Superior incompleto  
(6) Superior completo  
(7) Pós- Graduação

10 Renda Salarial:  
(1) de 0 a 1 salário mínimo  
(2) de mais de um a dois  
(3) de mais de dois a três  
(4) mais de três

## APÊNDICE C - FORMULÁRIO SÓCIODEMOGRÁFICO PROFISSIONAL

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO  
Centro de Ciências da Saúde  
Programa de Pós-Graduação em Gerontologia  
Curso de Mestrado

### FORMULÁRIO SÓCIODEMOGRÁFICO

#### PROFISSIONAL

#### A) DADOS PARA IDENTIFICAÇÃO:

**01** N° Questionário:

**02** Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

**03** Nome:

**04** Estratégia de Saúde da Família: \_\_\_\_\_

#### B) DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS:

**05** Sexo (1) Masculino  
(2) Feminino

**06** Faixa etária  
(1) 20 a 29 anos  
(2) 30 a 39 anos  
(3) 40 a 49 anos  
(4) 50 a 59 anos  
(5) 60 a 69 anos

**07** Escolaridade:  
(1) 2ª grau completo  
(2) Superior incompleto  
(3) Superior completo  
(4) Pós- Graduação  
(5) Não responde

**08** Área de competência profissional  
(1) Agente Comunitário de Saúde (4) Médico  
(2) Enfermeiro (5) Cirurgião Dentista  
(3) Auxiliar/Técnico de Enfermagem (6) Técnico de Saúde Bucal  
(7) Administrativo

**09** Tempo de Formação  
(1) 1 a 5 anos  
(2) Entre 5 a 10 anos  
(3) Mais que 10 anos

**10** Tempo de Atuação na APS:  
(1) Menor que 1 ano  
(2) 1 a 5 anos  
(3) Entre 5 a 10 anos  
(4) Mais que 10 anos

## APÊNDICE D - ROTEIRO GRUPO FOCAL COM PROFISSIONAIS

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO  
Centro de Ciências da Saúde  
Programa de Pós-Graduação em Gerontologia  
Curso de Mestrado

### ROTEIRO GRUPO FOCAL (Profissionais)

#### ATENÇÃO À SAÚDE: ENTENDIMENTO DOS PROFISSIONAIS QUE ATUAM NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA E DAS PESSOAS IDOSAS ATENDIDAS

- a) Preparação do Espaço Físico (11:00 às 12:00)
  - a) Garantia da acessibilidade externa dos participantes, por meio da colocação de placas de sinalização;
  - b) Posicionamento das cadeiras de forma circular, de modo que todos possam se olhar;
  - c) Posicionamento das câmeras e dos gravadores;
  - d) Colocação no centro de imagens (smilles com as figuras básicas) e figuras correspondentes as perguntas norteadoras numeradas de 1 a 7 (anexo).
- b) Acolhimento e receptividade dos participantes (13:00 às 13:30).
- c) Início previsto do Grupo Focal (13:30):
  - a) Apresentação Prévia da Pesquisa e leitura do TCLE e recolhimento das assinaturas;
  - b) Preenchimento dos Questionários Sóciodemográficos;
  - c) Acordos de convivência grupal (desligar o celular ou colocar em modo silencioso, garantia do direito de expressão de cada pessoa e respeitar a opinião do participante, sigilo e privacidade do grupo, respeitar o horário de início e término);
  - d) Dinâmica de grupo:  
“Autoqualificação”, retirada do livro: *Dinâmicas para idosos: 125 jogos e brincadeiras adaptados. Petrópolis, RJ: Vozes, 2009, 2.ed.(segue cópia em arquivo em anexo).*
- d) Questões norteadoras / Discussão (14:30 às 16:00):  
**OBS: Durante a dinâmica com as questões norteadoras, serão utilizadas 07 músicas. Enquanto a música é tocada uma bola será circulada entre os participantes, ao parar a música o profissional pegará uma figura correspondente a uma pergunta chave. Antes da pergunta ser feita, será questionado o que ele entende da imagem (anexo). O acesso a figura será em ordem crescente de numeração.**

Questão-chave 1: **Como você vê o paciente idoso?** Para que eles respondam essa pergunta, será pedido que eles escolham as imagens (anexo) que melhor representa o paciente idoso. Será questionado o porquê da imagem?

Questão-chave 2: **Como vocês veem a Unidade de Saúde/ESF?**

- a) Localização dela;
- b) Acesso à unidade;
- c) Ambiente da unidade de saúde;

d) Atendimentos na residência do idoso;

**Questão-chave 3: Como estão sendo realizados os atendimentos na ESF?**

a) Visitas domiciliares da equipe de saúde acontecem regularmente;

b) Escuta, comunicação e tempo de atendimento do profissional;

c) Agendamento e consultas de saúde;

d) Encaminhamentos para outras unidades de saúde (referencia);

e) Atendimento da Saúde Bucal;

f) Vacinas;

g) Medicações e insumos;

h) Grupos de Saúde;

**Questão-chave 4: Durante os atendimentos dos profissionais (enfermeiro, médico e dentista) são realizadas avaliações de algum fator de risco? Como por exemplo:**

a) Visão;

b) Audição;

c) Função dos MS e MI;

d) Memória;

e) Humor;

f) Avaliação do Domicílio;

g) A realização das atividades diária (AVD) em casa;

h) Incontinência urinária e fecal;

i) Nutrição (peso e altura);

j) Suporte e riscos sociais;

k) Medicações;

1) Doenças anteriores.

**Questão-chave 5: Os atendimentos de saúde atendem as necessidades do idoso? Há Atenção Integral neles?**

**Questão-chave 6: Quais são as principais dificuldades para atender os idosos nas Unidades de Saúde?**

**Questão-chave 7: Sugestões para a melhoria do atendimento de saúde a pessoa idosa na ESF?**

Agradecimentos e lanche;

Reorganização da sala;

Finalização.

## APÊNDICE E - ROTEIRO GRUPO FOCAL COM PESSOAS IDOSAS

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO  
Centro de Ciências da Saúde  
Programa de Pós-Graduação em Gerontologia  
Curso de Mestrado

### ROTEIRO GRUPO FOCAL (Pessoas Idosas)

#### ATENÇÃO À SAÚDE: ENTENDIMENTO DOS PROFISSIONAIS QUE ATUAM NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA E DAS PESSOAS IDOSAS ATENDIDAS

- a) Preparação do Espaço Físico (11:00 às 12:00)
  - a) Garantia da acessibilidade externa dos participantes, por meio da colocação de placas de sinalização;
  - b) Posicionamento das cadeiras de forma circular, de modo que todos possam se olhar;
  - c) Posicionamento das câmeras e dos gravadores;
  - d) Colocação no centro de imagens (smilles com as figuras básicas de termômetro de qualidade de serviços) e figuras correspondentes as perguntas norteadoras numeradas de 1 a 7 (anexo).

**OBS: Alguns usuários com dificuldades para deslocar-se/mobilidade, serão pegos pela Mestranda no seu domicílio, agendamento prévio quando estes foram convidados por ela na etapa inicial da coleta (12:00 às 13:00).**

- b) Acolhimento e receptividade dos participantes (13:00 às 13:30).
- c) Início previsto do Grupo Focal (13:30):
  - a) Apresentação Prévia da Pesquisa e leitura do TCLE e recolhimento das assinaturas;
  - b) Preenchimento dos Questionários Sócio-demográficos;
  - c) Acordos de convivência grupal (desligar o celular ou colocar em modo silencioso, garantia do direito de expressão de cada pessoa e respeitar a opinião do participante, sigilo e privacidade do grupo, respeitar o horário de início e término);
  - d) Dinâmica de grupo:  
“Autoqualificação”, retirada do livro: *Dinâmicas para idosos: 125 jogos e brincadeiras adaptados. Petrópolis, RJ: Vozes, 2009, 2.ed.(segue cópia em arquivo anexo).*

- d) Questões norteadoras / Discussão (14:30 às 16:00):

**OBS: Durante a dinâmica com as questões norteadoras, serão utilizadas 07 músicas. Enquanto a música é tocada uma bola será circulada entre os participantes, ao parar a música a pessoa idosa pegará uma figura correspondente a uma pergunta chave. Antes da pergunta ser feita, será questionado ao/a idoso(a) o que ele entende da imagem (anexo). O acesso a figura será em ordem crescente de numeração.**

Questão-chave 1: **Como você se sente quando precisa do serviço do SUS?** Para que eles respondam essa pergunta, será pedido que eles escolham as imagens (anexo) que melhor representa seu estado emocional. Será questionado o porquê da imagem?

Questão-chave 2: **Como vocês veem a Unidade de Saúde/ESF?**

- a) Localização dela;

- b) Acesso à unidade;
- c) Ambiente da unidade de saúde.

**Questão-chave 3: Como vocês veem a equipe de saúde?**

- a) Profissionais;
- b) Função de cada um;
- c) Necessidade de mais profissionais.

**Questão-chave 4: Como estão sendo realizados os atendimentos na ESF?**

- d) Visitas domiciliares da equipe de saúde acontecem regularmente;
- e) Escuta, comunicação e tempo de atendimento do profissional;
- f) Agendamento e consultas de saúde;
- g) Encaminhamentos para outras unidades de saúde (referencia);
- h) Atendimento da Saúde Bucal;
- i) Vacinas;
- j) Medicamentos e insumos;
- k) Grupos de Saúde;

**Questão-chave 5: Durante os atendimentos dos profissionais (enfermeiro, médico e dentista) são realizadas avaliações de algum fator de risco? Como por exemplo:**

- m) Visão;
- n) Audição;
- o) Função dos MS e MI;
- p) Memória;
- q) Humor;
- r) Avaliação do Domicílio;

- s) A realização das atividades diária em casa;
- t) Incontinência urinária e fecal;
- u) Nutrição (peso e altura);
- v) Suporte e riscos sociais;
- w) Medicações;
- x) Doenças anteriores.

**Questão-chave 6: Os atendimentos de saúde atendem as necessidades do idoso? Há Atenção Integral neles?**

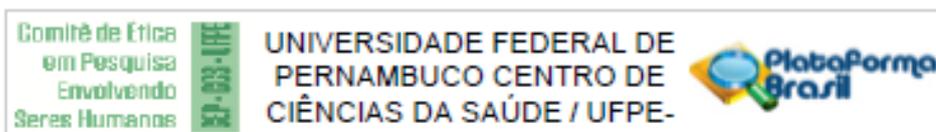
**Questão-chave 7: Sugestões para a melhoria do atendimento de saúde na ESF?**

Agradecimentos e lanche;

Reorganização da sala;

Finalização.

# ANEXO A - PARECER CONSUBSTÂNCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA



## PARECER CONSUBSTÂNCIADO DO CEP

### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** ATENÇÃO À SAÚDE: ENTENDIMENTO DOS PROFISSIONAIS QUE ATUAM NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA E DAS PESSOAS IDOSAS ATENDIDAS

**Pesquisador:** cassandra munique bismark lopes

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 48407715.4.0000.5208

**Instituição Proponente:** CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 1.215.051

#### Apresentação do Projeto:

Trata-se de uma dissertação de mestrado do Programa de Pós Graduação em Gerontologia, cuja pesquisadora principal é a mestranda CASSANDRA MUNIQUE BISMARCK LOPES, que está sendo orientada pela professora Isolda Belo e coorientada pela professora Maria Lucia Gurgel.

O estudo busca informações sobre o entendimento de profissionais e idosos com relação a atenção a saúde, voltada a população idosa, por meio da estratégia da Integralidade. A saúde da pessoa idosa e a Integralidade apresentam desafios como a construção de vínculos entre ela e a equipe profissional, o acesso aos serviços de saúde, o atendimento das prioridades de forma ampliada e das necessidades de saúde relacionadas ao envelhecimento.

Desta maneira, faz-se necessária a mudança de abordagem na atenção à saúde da pessoa idosa, bem como a compreensão das peculiaridades do atendimento dessa população.

Tendo em vista a necessidade de uma abordagem na perspectiva da Integralidade pergunta-se: nos atendimentos dos profissionais de saúde na Estratégia Saúde da Família, há a compreensão sobre a importância da identificação precoce de fatores de riscos para perda da capacidade funcional?, Na percepção das pessoas idosas e dos profissionais a Integralidade das ações e os riscos para as perdas funcionais se correlacionam? Se não, por que?

O estudo será do tipo exploratório, qualitativo, de corte transversal e utilizará a técnica de grupo

**Endereço:** Av. da Engenharia s/nº - 1º andar, sala 4, Prédio do CCS  
**Bairro:** Cidade Universitária **CEP:** 50.740-600  
**UF:** PE **Município:** RECIFE  
**Telefone:** (81)2126-8588 **E-mail:** cepccs@ufpe.br

focal. Profissionais e Idosos usuários formarão 2 grupos com 12 participantes cada um.

**Objetivo da Pesquisa:**

**Geral:**

Identificar o entendimento das pessoas Idosas e dos profissionais de saúde acerca da atenção Integral e dos fatores de riscos para perda da capacidade funcional nas ações desenvolvidas na Estratégia de Saúde da Família.

**Específicos:**

- Descrever como está sendo ofertada a atenção de saúde à pessoa Idosa na Estratégia de Saúde da Família do Distrito Sanitário V;
- Verificar se nas práticas de saúde na Estratégia de Saúde da Família, a integralidade da atenção está sendo garantida, tanto do ponto de vista dos profissionais quanto das pessoas Idosas atendidas;
- Averiguar se nos atendimentos de saúde há identificação precoce dos fatores de riscos para perda da capacidade funcional e como ocorre esta identificação;
- Identificar os fatores que dificultam a atenção Integral à pessoa Idosa.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

**Riscos:**

Estima-se que esse tipo de estudo ofereça riscos mínimos aos participantes, como situações de constrangimento para relatar informações no decorrer da discussão. Para minimizar essa situação, a coleta será realizada em local adequado para este fim levando em consideração a existência de transeuntes externos ao ambiente, que possam ameaçar a privacidade e a confidencialidade dos participantes e será assegurada uma concordância a respeito da confidencialidade entre os membros no início do GF.

Além disso, será respeitado o direito de não resposta a quaisquer questões referentes ao grupo, ou mesmo, a desistência de participação no estudo, sem nenhum prejuízo.

**Benefícios:**

Como benefício espera-se que os resultados sirvam de referência para fundamentar a intervenção com a população Idosa estudada, contribuindo para melhorar a eficácia do tratamento. Inclusive a pesquisadora se compromete em apresentar os resultados do estudo à instituição concedente, colocando-se a disposição para prestar esclarecimentos em qualquer fase da pesquisa, inclusive para apresentar a devolutiva aos grupos.

Continuação do Parecer: 1.215.051

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Trata-se de um estudo bem desenhado metodologicamente. A autora descreve detalhadamente todos os passos que serão seguidos, mostrando desta maneira segurança quanto à possibilidade de obter resultados importantes.

Assim, diante do bom delineamento metodológico, possivelmente a autora obtenha ao final do estudo, resultados, tais como, uma maior eficácia no atendimento à população idosa e de superação das dificuldades sentidas pela equipe profissional em sua atuação no Programa Estratégia de Saúde da Família.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Nenhuma

**Recomendações:**

Nenhuma

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Nenhuma

**Considerações Finais a critério do CEP:**

O Protocolo foi avaliado na reunião do CEP e está APROVADO para iniciar a coleta de dados. Informamos que a APROVAÇÃO DEFINITIVA do projeto só será dada após o envio do Relatório Final da pesquisa. O pesquisador deverá fazer o download do modelo de Relatório Final para enviá-lo via "Notificação", pela Plataforma Brasil. Siga as instruções do link "Para enviar Relatório Final", disponível no site do CEP/CCS/UFPE. Após apreciação desse relatório, o CEP emitirá novo Parecer Consubstanciado definitivo pelo sistema Plataforma Brasil.

Informamos, ainda, que o (a) pesquisador (a) deve desenvolver a pesquisa conforme delineada neste protocolo aprovado, exceto quando perceber risco ou dano não previsto ao voluntário participante (Item V.3., da Resolução CNS/MS Nº 466/12).

Eventuais modificações nesta pesquisa devem ser solicitadas através de EMENDA ao projeto, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas.

Para projetos com mais de um ano de execução, é obrigatório que o pesquisador responsável pelo Protocolo de Pesquisa apresente a este Comitê de Ética relatórios parciais das atividades desenvolvidas no período de 12 meses a contar da data de sua aprovação (Item X.1.3.b., da Resolução CNS/MS Nº 466/12).

O CEP/CCS/UFPE deve ser informado de todos os efeitos adversos ou fatos relevantes que alterem

Continuação do Parecer: 1.215.051

o curso normal do estudo (Item V.5., da Resolução CNS/MS Nº 466/12). É papel do/a pesquisador/a assegurar todas as medidas imediatas e adequadas frente a evento adverso ocorrido (mesmo que tenha sido em outro centro) e ainda, enviar notificação à ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária, junto com seu posicionamento.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Outros	TERMO DE COMPROMISSO E CONFIDENCIALIDADE CASSANDRA.pdf	30/07/2015 08:16:32		Aceito
Outros	Curriculo do Sistema de Curriculos Lattes (Cassandra Munique Bismarck Lopes).pdf	30/07/2015 09:58:18		Aceito
Outros	Curriculo do Sistema de Curriculos Lattes (Isolda Belo da Fonte).pdf	30/07/2015 09:59:15		Aceito
Outros	Curriculo do Sistema de Curriculos Lattes (Maria Lúcia Gurgel da Costa).pdf	30/07/2015 10:00:48		Aceito
Folha de Rosto	ATT_1438614264195_20150803_120201.jpg	03/08/2015 12:09:08		Aceito
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_561083.pdf	03/08/2015 12:10:32		Aceito
Outros	PB_XML_INTERFACE_REBEC.xml	03/08/2015 12:10:33	cassandra munique bismarck lopes	Aceito
Outros	Formulário sociodemografico.docx	13/08/2015 14:10:46		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO_CASSANDRABISMARCK.docx	20/08/2015 10:32:35	cassandra munique bismarck lopes	Aceito
TCE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCE_CASSANDRABISMARCK.docx	20/08/2015 10:34:03	cassandra munique bismarck lopes	Aceito
Outros	CARTELA DE ANUÊNCIA_CASSANDRABISMARCK.pdf	20/08/2015 10:35:33	cassandra munique bismarck lopes	Aceito
Outros	AUTORIZAÇÃO DE USO DE DADOS_CASSANDRABISMARCK.pdf	20/08/2015 10:36:54	cassandra munique bismarck lopes	Aceito
Outros	INSTRUMENTO COLETA SOCIODEMOGRAFICO.docx	20/08/2015 10:37:34	cassandra munique bismarck lopes	Aceito
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_561083.pdf	20/08/2015 10:39:22		Aceito

Endereço: Av. da Engenharia s/nº - 1º andar, sala 4, Prédio do CCS  
 Bairro: Cidade Universitária CEP: 50.740-600  
 UF: PE Município: RECIFE  
 Telefone: (81)2126-8588 E-mail: cepccs@ufpe.br

Comitê de Ética  
em Pesquisa  
Envolvendo  
Serres Humanos



UNIVERSIDADE FEDERAL DE  
PERNAMBUCO CENTRO DE  
CIÊNCIAS DA SAÚDE / UFPE-



Continuação do Parecer: 1.215.051

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

RECIFE, 04 de Setembro de 2015

---

Assinado por:

Gisele Cristina Sena da Silva Pinho  
(Coordenador)

Endereço: Av. de Engenharia s/nº - 1º andar, sala 4, Prédio do CCS  
Bairro: Cidade Universitária CEP: 50.740-600  
UF: PE Município: RECIFE  
Telefone: (81)2126-8588 E-mail: cepcci@ufpe.br

## ANEXO B - CARTA DE ANUÊNCIA



**PREFEITURA DO  
RECIFE  
SECRETARIA DE SAÚDE**

**CARTA DE ANUÊNCIA**

Autorizo **Cassandra Munique Bismark Lopes** estudante de Pós Graduação em Gerontologia (Stricto Sensu), da Universidade Federal de Pernambuco – UFPE a desenvolver pesquisa no Distrito Sanitário V da Secretaria de Saúde do Recife, sob o título: "Atenção à Saúde: Entendimento dos profissionais que atuam na Estratégia de Saúde da Família e das pessoas idosas atendidas.", sendo orientada por Isolda Belo da Fonte.

Estarei ciente que me são resguardados e abaixo listados:

- O cumprimento das determinações éticas da resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde.
- A garantia de solicitar e receber esclarecimentos, antes e durante o curso da pesquisa;
- A liberdade de recusar a participar ou retirar minha anuência, em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma;
- A garantia de que nenhuma das pessoas envolvidas será identificada e terá assegurado privacidade quanto aos dados envolvidos na pesquisa;
- Não haverá nenhuma despesa para a Secretaria de Saúde do Recife decorrente da participação na pesquisa.

O(s) pesquisador(es) comprometem-se a trazer para esta diretoria o relatório final da pesquisa através de cópia em *Compact Disk* (CD), uma vez que só serão autorizadas novas pesquisas se não houver pendências de devolutiva do serviço.

Tenho ciência do exposto e concordo em fornecer subsídios para a pesquisa.

Recife, 19 de agosto de 2015.

Atenciosamente,

  
**Juliana Ribeiro**  
Chefe de Divisão de Educação na Saúde  
Varela Souza  
Chefe de Divisão de Formação  
Profissional / SEGTES/SS/PCR  
Matricula nº 89.345-5