



UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
NÍVEL DOUTORADO

JULIANA ALMEIDA MARQUES LUBENOW

AVALIAÇÃO DO ATENDIMENTO NOS SERVIÇOS DE SAÚDE À PESSOA IDOSA

JOÃO PESSOA
2016

JULIANA ALMEIDA MARQUES LUBENOW

AVALIAÇÃO DO ATENDIMENTO NOS SERVIÇOS DE SAÚDE À PESSOA IDOSA

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, do Centro de Ciências da Saúde, da Universidade Federal da Paraíba, como requisito parcial para obtenção do título de Doutora em Enfermagem, na **área de concentração:** Cuidado em Enfermagem e Saúde.

Linha de pesquisa: Enfermagem e Saúde no Cuidado ao Adulto e ao Idoso

Projeto de pesquisa vinculado: Condições de saúde, qualidade de vida e representações sociais de idosos nas unidades de saúde da família

Orientadora: Profa. Dra. Antonia Oliveira Silva

JOÃO PESSOA
2016

L928a Lubenow, Juliana Almeida Marques.
 Avaliação do atendimento nos serviços de saúde à pessoa
 idosa / Juliana Almeida Marques Lubenow.- João Pessoa,
 2016.
 97f. : il.
 Orientadora: Antonia Oliveira Silva
 Tese (Doutorado) - UFPB/CCS
 1. Enfermagem. 2. Idoso - avaliação em saúde. 3. Atenção
 especializada. 4. Atenção Primária à Saúde. 5. Representações
 sociais.

UFPB/BC

CDU: 616-083(043)

JULIANA ALMEIDA MARQUES LUBENOW

Avaliação do atendimento nos serviços de saúde à pessoa idosa

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, do Centro de Ciências da Saúde, da Universidade Federal da Paraíba, como requisito parcial para obtenção do título de Doutora em Enfermagem, na área de concentração: Cuidado em Enfermagem e Saúde.

Aprovada em 02/08/2016

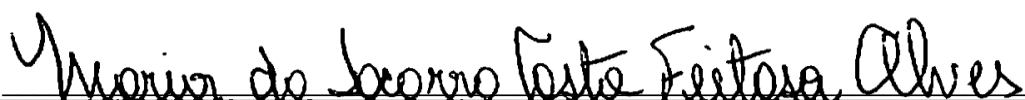
BANCA EXAMINADORA



Prof. Dra. Antônia Oliveira Silva
Orientadora



Prof. Dra. Maria Eliete Batista Moura (UFPI)
Membro externo



Prof. Dra. Maria do Socorro Costa Feitosa Alves (UFRN)
Membro externo



Prof. Dra. Maria de Oliveira Ferreira Filha (UFPB)
Membro interno



Prof. Dra. Greicy Kelly Gouveia Dias Bittencourt (UFPB)
Membro interno

Ao Jorge, meu marido e melhor amigo, pelo grande incentivo desde sempre, pelo apoio, pela compreensão, pelo companheirismo e pela paciência.

Aos meus pais, José e Maria, e irmãos, que sempre me incentivaram e estiveram presentes em todos os acontecimentos importantes da minha vida, mesmo a distância.

AGRADECIMENTOS

A Deus, por me conceder saúde e inteligência;

À Universidade Federal da Paraíba, por viabilizar a realização do curso, contribuindo com o meu crescimento profissional e pessoal;

Ao Programa de Pós-Graduação de Enfermagem da UFPB, pela disponibilidade e pelos serviços prestados;

À minha orientadora, Professora Doutora Antonia Oliveira Silva, pela confiança em meu potencial e em meu trabalho e por compartilhar seus conhecimentos e sua experiência;

À Professora Dra. Maria Eliete Batista Moura, minha orientadora de Mestrado e membro da banca, por ter me dado a oportunidade de ingressar na pesquisa, pela confiança e pelo apoio;

Às Professoras Dra. Maria do Socorro Costa Feitosa Alves e Dra. Greicy Kelly Gouveia Dias Bittencourt, pela grande colaboração para o aprimoramento deste trabalho;

A todas as docentes do Programa de Pós-graduação em Enfermagem, por compartilharem seus conhecimentos e me auxiliarem no processo de construção deste trabalho, em especial, às Professoras Doutoras: Jordana de Almeida, Sandra Almeida e Maria Adelaide Silva Paredes Moreira;

Aos meus colegas do Curso de Doutorado, pelas experiências (e aflições) compartilhadas, pelo apoio e pelo coleguismo, em especial, a Luípa, Eliane, Ronaldo, Milena, Tatyana Ataíde, Débora e Daiane;

Aos técnicos-administrativos do Programa de Pós-Graduação de Enfermagem da UFPB: Natali, Senhor Ivan e Dona Carmem;

À Faculdade de Enfermagem Nova Esperança, na pessoa da Professora Nereide, pela compreensão e pelo apoio;

Aos enfermeiros, técnicos de Enfermagem, ACS, fisioterapeutas, médicos e funcionários das Unidades de Saúde da Família Castelo Branco I e III, e Santa Clara e do CAISI;

Aos idosos participantes desta pesquisa, pela disponibilidade, pela boa vontade e pela confiança.

A young person has only been young. An old person has preserved every age inside. Inside an 85-year-old, there is a ten-year-old boy or girl. There is a teenager, perhaps a young parent and a middle-aged woman or man. In every old person there is the sum of a whole life with experiences, sorrows and joys.

(Unknown author)

RESUMO

LUBENOW, Juliana Almeida Marques. **Avaliação do atendimento nos serviços de saúde à pessoa idosa.** 2016. 97f. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2016.

Introdução: O idoso é o usuário mais frequente nas instituições de saúde e, com a elevação da taxa de expectativa de vida, a procura por esses serviços tende a aumentar. Diante dessa problemática, os serviços de saúde precisam estar preparados para oferecer uma assistência que atenda às necessidades da pessoa idosa. **Objetivos:** Discutir sobre o acesso de idosos aos serviços de Atenção Primária em Saúde, por meio de uma revisão integrativa; avaliar o atendimento à pessoa idosa em serviços de saúde (atenção primária e especializada); identificar as representações sociais da pessoa idosa sobre o atendimento em serviços de saúde. **Método:** Pesquisa exploratória com abordagem mista, subsidiada na Teoria das Representações Sociais, desenvolvida com 266 idosos atendidos em Unidades de Saúde da Família e no Centro de Atenção Integral à Saúde do Idoso, localizados na cidade de João Pessoa, Paraíba/Brasil. Para a coleta dos dados, foram utilizados uma entrevista em profundidade e um formulário com questões relacionadas ao atendimento realizado nos serviços de saúde, dados socioeconômicos e de saúde. Os dados foram analisados com o auxílio do pacote SPSS e do software IRaMuTeQ, interpretados e subsidiados na Teoria das Representações Sociais. Os dados foram coletados entre janeiro e julho de 2015, depois da aprovação pelo CEP/HULW, protocolo nº 261/09 e CAAE: 0182.0.126.000-09. **Resultados:** Desta pesquisa, foram originados três artigos: Access for the elderly to primary health care services: an integrative review; Avaliação do atendimento em serviços de saúde para pessoa idosa; e O que pensam os idosos sobre o atendimento nos serviços de saúde. O estudo mostrou que a maioria dos idosos entrevistados tinha entre 60 e 69 anos de idade, era do sexo feminino, com ensino fundamental, casadas, com renda familiar de dois salários mínimos, aposentados, moravam acompanhados, consideraram sua saúde razoável e apresentaram alta prevalência de doenças crônicas. Nas Unidades de Saúde da Família, o acesso ao atendimento médico é mais fácil, e o tempo de espera para atendimento e de deslocamento até o serviço foi menor do que no Centro de Atenção Especializada. Em ambos os serviços, os idosos são sempre atendidos pelo mesmo médico, e nas USF, são atendidos pelo mesmo enfermeiro. A maioria dos idosos considerou excelente a organização, a pontualidade dos profissionais de saúde e dos funcionários, o conforto e a limpeza. Os idosos associaram um bom atendimento a *ser tratado com respeito, atenção e educação*. Para eles, os profissionais de saúde devem *conversar, explicar, mostrar interesse por seu problema de saúde e sua vida pessoal*. Ao mesmo tempo, vincularam um bom atendimento à *prescrição de medicamentos e exames*, bem como a *encaminhamentos a especialistas*, reforçando o modelo biomédico de atendimento de saúde. **Conclusão:** A avaliação positiva dos serviços foi representada pelos idosos associada a sentimentos *bem atendidos*, mesmo com a *demora para atendimento e marcação de consultas*. Recomenda-se que o atendimento ao idoso, nos serviços de saúde, seja centrado na prática do acolhimento de forma humanizada e qualificada, que atenda às suas reais necessidades e que os profissionais de saúde e os gestores considerem as especificidades distintas da pessoa idosa em sua abordagem, tanto na atenção primária quanto nos demais níveis de atenção.

Palavras-chave: Atenção Especializada. Atenção Primária à Saúde. Avaliação em Saúde. Idoso. Representações Sociais.

ABSTRACT

Lubenow, Juliana Almeida Marques. Care assessment in health services for the elderly. 2016. 97p. Thesis (Doctorate in Nursing) - Health Sciences Center, Federal University of Paraíba, João Pessoa, 2016.

Introduction: The elderly are the most frequent users in health institutions and with increasing rate of life expectancy, the demand for these services tends to increase. Faced with this problem, health services need to be ready to offer care that meets the elderly needs. **Objectives:** discussing on access of older persons to primary health care services from an integrative review; evaluate the care for the elderly in healthy services (primary and specialized care services); and, identify the social representations of the elderly on the care in health services. **Method:** Exploratory research with mixed approach, supported by the Social Representations Theory, carried on with 266 elderly attended in Family Health Units and in the Integral Care for Elderly Health Center located in João Pessoa, Paraíba/Brasil. For data collection, an in-depth interview and an instrument with questions related to the care provided in the health services and socioeconomic and health data of respondents were used. Data were analysed with the SPSS package and IRaMuTeQ software and interpreted using the Social Representations Theory. Data collection took place between January and July 2015 after approval by the CEP/HULW Protocol 261/09 and CAAE: 0182.0.126.000-09. **Results:** Three articles were originated from this research: Access for the elderly to primary health care services: an integrative review; Health services care evaluation by the elderly; What elderly think about health services care. The elderly respondents mostly had between 60 and 69 years old, were female, with elementary school, married, family income of the two minimum wages, retired, lived with someone, they considered their health reasonable and showed a high prevalence of chronic diseases. In the Basic Health Units, access to health care is easier and the waiting time for care and transportation to the service was less than in the Specialized Care Center. In both services, elderly is always attended by the same physician, and in UBS they are also assisted by the same nurse. Most seniors considered organization, health professionals and staff punctuality, comfort and cleanliness excellent. About the social representations apprehended, the elderly associated good care to be treated with *respect, care and education*. For them, health professionals should *talk, explain, show interest in their health problem and personal life*. At the same time, they linked good care to *medications and tests prescription*, as well as *referrals to specialists*, strengthening the biomedical model of health care. **Conclusion:** The positive assessment of the services was represented by the elderly associated with *well attended*, despite the *delay to be attended and to set appointments*. It is recommended that elderly care in health services be centred in embracement practices in a humanized and qualified way, that meet their real needs, in which health professionals and managers need to consider the different characteristics of the elderly in their approach both in primary care and in the other levels of care.

Keywords: Specialized care. Primary Health Care. Health evaluation. Aged. Social Representations.

RESUMEN

Lubenow, Juliana Almeida Marques. **Evaluación del cuidar en los servicios de salud para los ancianos.** 2016. 97f. Tesis (Doctorado en Enfermería) - Centro de Ciencias de la Salud de la Universidad Federal de Paraíba, João Pessoa, 2016.

Introducción: Los ancianos son los usuarios más frecuentes en las instituciones de salud y con el aumento de la tasa de esperanza de vida, la demanda de estos servicios tiende a aumentar. Frente a esse problema, los servicios de salud deben estar preparados para proporcionar una atención que satisfaga las necesidades de los ancianos. **Objetivos:** Discutir el acceso de los ancianos a los servicios de atención primaria de salud a través de una revisión integradora; evaluar la atención a los ancianos en los servicios de salud (atención primaria y especializada); identificar las representaciones sociales de las personas mayores en la atención en los servicios de salud. **Método:** investigación exploratoria con enfoque mixto, apoyó la teoría de las representaciones sociales, desarrollado con 266 pacientes de edad avanzada a partir de Unidades de Salud Familiar y el Centro de Atención Integral para personas mayores situados en João Pessoa, Paraíba/Brasil. Se utilizó para recolección de datos una entrevista en profundidad y uno formulario de con preguntas objetivas relacionadas con el cuidar en los servicios de salud, datos socio economicos y de salud. Los datos fueron analizados con la ayuda del software SPSS y IRaMuTeQ e interpretados con la Teoría de las Representaciones Sociales. La recolección de datos se llevó a cabo entre enero y julio de 2015, después de aprobación por el CEP / HULW Protocolo 261/09 y CAAE: 0182.0.126.000-09. **Resultados:** En esa investigación, se originaron tres artículos: Access for the elderly to primary health care services: an integrative review; Evaluación del cuidado em los servicios de salud para las personas de edad avanzada; ¿Qué opinas los ancianos sobre el cuidado en los servicios de salud. Los encuestados en su mayoría tenían entre 60 y 69 años de edad, del sexo femenino, con la escuela primaria, casada, el ingreso familiar de dos salarios mínimos, retirado, vivía con alguien, consideraban su salud razonable y mostraron una alta prevalencia de enfermedades crónicas. En las Unidades Básicas de Salud, el acceso a la asistencia sanitaria es más fácil y el tiempo de espera para la atención y el transporte hasta el servicio era menos que en el Centro de Atención Especializada. En los dos servicios los ancianos están siempre atendidos por el mismo médico, y en UBS también son servidos por la misma enfermera. La mayoría de las personas mayores considera excelente la organización, puntualidad de los profesionales de la salud y del personal, comodidad y limpieza. Los ancianos asociaran un buen cuidado con *ser tratado con respeto, cuidado y educación*. Para ellos, los profesionales sanitarios deben *hablar, explicar, mostrar interés en su problema de salud y su vida personal*. Al mismo tiempo, ellos vincularan buena atención a *la prescripción de los medicamentos y exámenes*, así como *referencias a los especialistas*, fortaleciendo el modelo biomédico de atención de la salud. **Conclusión:** La evaluación positiva de los servicios fue representada por los ancianos sentirse *bien atendidos*, a pesar de la *demora en el servicio y concierto de la consulta*. Se recomienda que la atención de alto nivel en los servicios de salud se centra en la práctica de anfitrión de una manera humana y calificado, que se adapte a sus necesidades en que los profesionales sanitarios y los gestores deben tener en cuenta las diferentes características de las personas mayores en su enfoque tanto en atención primaria como en los otros niveles de atención.

Palabras-clave: Atención Especializada. Atención Primaria de Salud. Evaluación en Salud. Anciano. Representaciones Sociales.

LISTA DE SIGLAS

ACS	Agentes Comunitários de Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
CAISI	Centro de Atenção Integral à Saúde do Idoso
CHD	Classificação Hierárquica Descendente
HULW	Hospital Universitário Lauro Wanderley
Iramuteq	Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires
LASES	Laboratório de Saúde, Envelhecimento e Sociedade
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial de Saúde
PMAQ-AB	Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica
PSF	Programa de Saúde da Família
RS	Representações Sociais
SPSS	Statistical Package for Social Sciences
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TRS	Teoria das Representações Sociais
UBS	Unidade Básica de Saúde
USF	Unidade de Saúde da Família

SUMÁRIO

	APRESENTAÇÃO	11
1	INTRODUÇÃO	13
2	REFERENCIAL TEÓRICO	17
2.1	Avaliação dos serviços de saúde	17
2.2	Teoria das Representações Sociais no campo da saúde e do envelhecimento	20
2.3	Atenção à saúde do idoso no Brasil	27
3	MÉTODO	31
3.1	Tipo de pesquisa	31
3.2	Campo de estudo	31
3.3	Participantes da pesquisa	31
3.4	Instrumentos e procedimento de coleta dos dados	32
3.5	Análise dos dados	32
3.6	Aspectos éticos	33
4	RESULTADOS E DISCUSSÃO	35
4.1	Artigo 1 - Access for the elderly to primary health care services: an integrative review	35
4.2	Artigo 2 - Avaliação do atendimento em serviços de saúde pela pessoa idosa	48
4.3	Artigo 3 - O que pensam os idosos sobre o atendimento nos serviços de saúde	63
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS	74
	REFERÊNCIAS	77
	Apêndice A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)	83
	Apêndice B – Instrumento de coleta de dados (dados quantitativos)	84
	Apêndice C - Instrumento de coleta de dados (dados qualitativos)	86
	Anexo A - Certidão de aprovação pelo CEP	87
	Anexo B - Encaminhamento para realização da pesquisa nas USF e CAISI	88

APRESENTAÇÃO

Meu primeiro contato com a Teoria das Representações Sociais (TRS) iniciou no Mestrado, na Universidade Federal do Piauí. Depois de concluí-lo, mudei-me para João Pessoa, Paraíba, onde conheci o Laboratório de Saúde, Envelhecimento e Sociedade (LASES), coordenado pela Professora Doutora Antonia Oliveira Silva, em que se estudava a TRS. Fui apresentada à Professora Antonia por minha orientadora do Mestrado, devido ao fato de minha dissertação ter abordado essa teoria.

Diferente do tema que eu havia trabalhado na dissertação, a Professora Antonia me apresentou um desafio: estudar o atendimento de idosos nos serviços de atenção básica e especializada. Como se tratava de uma problemática nova, foram necessárias muita leitura, pesquisa e consulta com colegas experientes nessa área para me familiarizar com o funcionamento desses dois níveis de atenção, uma vez que minha experiência prática, como enfermeira, foi sempre na atenção terciária. Assim, tive que tornar “conhecido o que era desconhecido”.

Mesmo se tratando de algo novo, o assunto chamou minha atenção por possibilitar conhecer os problemas e as dificuldades dos usuários idosos do SUS, desde a “porta de entrada” desse sistema, porquanto essa população tende a utilizar, cada vez mais, seus serviços, especialmente devido ao aumento da expectativa de vida no Brasil e, consequentemente, ao aumento de doenças crônicas.

Nessa perspectiva, este trabalho trata da avaliação do atendimento em serviços de saúde para idosos inserido no projeto: **Condições de saúde, qualidade de vida e representações sociais de idosos nas unidades de saúde da família**, do Laboratório de Saúde, Envelhecimento e Sociedade (LASES).

O trabalho apresenta a seguinte estrutura: **1** – a **Introdução**, em que se apresentam a problemática, a justificativa e relevância do estudo, além das questões de estudo, delimita-se o objeto de estudo e se apontam seus objetivos; **2** – o **Referencial teórico**, em que são abordados aspectos relacionados à avaliação dos serviços de saúde e à estruturação da atenção à saúde do idoso no Brasil e a Teoria das Representações Sociais, como aporte teórico, focando conceitos, dimensões, processos e funções. Apresenta-se, ainda, uma revisão da literatura sobre a produção científica das representações sociais no campo da saúde e do envelhecimento; **3** – o **Método**, em que são feitas algumas considerações sobre o tipo de pesquisa, o campo de estudo, os participantes da pesquisa,

instrumentos e o procedimento de coleta e de análise dos dados, bem como os aspectos éticos; **4 – os Resultados e a Discussão**, em que se apresentam os resultados e a discussão a partir da produção de três artigos: o **artigo 1**, cujo objetivo foi o de discutir sobre o acesso de idosos aos serviços de Atenção Primária em Saúde e compreende uma revisão integrativa sobre o acesso de idosos aos serviços de atenção primária no Brasil e no mundo; o **artigo 2**, que trata da avaliação da pessoa idosa em relação ao atendimento recebido em serviços de saúde; e o **artigo 3**, que apresenta as representações sociais sobre o atendimento de saúde para pessoa idosa.

1 INTRODUÇÃO

As pessoas estão vivendo mais. É o que aponta a Organização Mundial de Saúde (OMS), que atribui esse fato ao aumento da expectativa de vida e à diminuição das taxas de fertilidade em muitos países, entre eles, o Brasil⁽¹⁾. Em 2001, havia em torno de 15 milhões de brasileiros acima dos 60 anos de idade. Em 2011, essa proporção subiu para 23,5 milhões, com previsão de chegar a 64 milhões em 2050⁽²⁾.

Não há dúvidas de que o aumento dos anos de vida do brasileiro seja uma grande conquista, no entanto, aponta para um desafio: adequar a infraestrutura existente às necessidades dessa população, o que inclui os serviços de saúde. Com o envelhecimento, os problemas de saúde tendem a aparecer com mais frequência, o que aumenta a procura por atendimento. Em 2013, foram 643.868 internações hospitalares por causa de problemas circulatórios, e 405.984, respiratórios, em indivíduos a partir de 60 anos de idade, apontando aumento em relação ao ano de 2008⁽³⁾.

Esse fato, aliado às características peculiares do envelhecimento, relacionadas às mudanças fisiológicas, funcionais e psicológicas, requer o preparo dos serviços para lidarem com a população idosa. O Ministério da Saúde, em parceria com a Fiocruz, vem capacitando os profissionais de saúde sobre as especificidades do envelhecimento a fim de melhorar o acolhimento ao idoso⁽⁴⁾.

O acolhimento faz parte do Programa Nacional de Humanização do Ministério da Saúde (Humaniza SUS), que visa implementar ações que humanizem o atendimento de saúde oferecidos aos usuários. Começa com a recepção do usuário, que deve ser realizada por uma equipe multiprofissional que priorize os casos mais urgentes em detrimento do atendimento por ordem de chegada. Envolve, ainda, o atendimento de suas necessidades e a resolução de problemas; a preocupação com o ambiente físico, que deve dispor de bebedouros e banheiros limpos; e a eliminação de barreiras físicas, como vidros e guichês com grades. Deve-se atentar para a sinalização eficiente e a informação correta ao usuário, especialmente quando houver troca de profissionais⁽⁵⁾.

Na atenção básica, esse programa preconiza: projetos de saúde individuais e coletivos, de acordo com as necessidades dos usuários; estabelecimento de medidas de acolhimento para evitar filas, promover acesso aos demais níveis do sistema, otimizando o atendimento; incentivar práticas de promoção à saúde; e trabalho em equipe para se ter mais eficácia na atenção à saúde⁽⁶⁾.

Em relação à assistência hospitalar, propõe: a visita aberta e a presença de acompanhante; plano de acolhimento e escuta ao usuário; presença de equipe de saúde, formada, no mínimo, por médicos e enfermeiros; desospitalização, assim que possível, incentivando os cuidados domiciliares; e garantia de acompanhamento pelos profissionais de saúde pelo sistema de referência e contrarreferência⁽⁶⁾.

O acolhimento ao idoso deve incluí-lo no processo de decisão sobre seu tratamento, ao invés de se dirigir ao seu acompanhante, desconsiderando sua autonomia e capacidade de tomar decisões; respeitar suas opiniões e sua experiência de vida; orientar sem utilizar termos técnicos, de acordo com o seu grau de escolaridade, em ambientes iluminados e com pouco ruído, considerando a possível redução visual e auditiva; e considerar as mudanças fisiológicas e psíquicas que acompanham o envelhecimento. É importante, também, não infantiliza-lo nem demonstrar pressa enquanto ele fala⁽⁷⁾.

Os profissionais de saúde devem conhecer o processo de envelhecimento e compreendê-lo como um processo fisiológico, e não, patológico. No entanto, devem reconhecer as especificidades e as limitações impostas a essa faixa etária, implementando ações de manutenção do seu estado de saúde, com vistas a uma maior expectativa de vida de boa qualidade, autonomia e independência funcional, junto de seus familiares⁽⁸⁾.

Considerando o exposto, pergunta-se: Qual a produção científica sobre o acesso de idosos aos serviços de Atenção Primária em Saúde? Como a pessoa idosa avalia o atendimento recebido nos serviços de saúde? Quais as suas representações sociais sobre o atendimento em serviços de saúde? Para responder a essas questões, este trabalho tem os objetivos de: discutir sobre o acesso de idosos aos serviços de Atenção Primária em Saúde, por meio de uma revisão integrativa; avaliar o atendimento à pessoa idosa em serviços de saúde (atenção primária e especializada) e identificar as representações sociais da pessoa idosa sobre o atendimento em serviços de saúde.

Entende-se por avaliação o julgamento de valor de uma intervenção (acolhimento) e seus componentes para ajudar na tomada de decisões, baseado em normas e critérios (normativa) ou em um procedimento científico (avaliativa)⁽⁹⁾. Atendimento é o ato de atender. Atender significa prestar atenção, observar, atender com atenção e cortesia, tomar em consideração⁽¹⁰⁾.

Nesse sentido, configura-se o objeto de estudo - a avaliação do atendimento à pessoa idosa nos serviços de saúde à pessoa idosa, um tema de relevância acadêmica e social, porquanto o envelhecimento é um fenômeno preocupante para este século, tanto

para os governantes quanto para os estudiosos, devido à complexidade social, política, econômica e de saúde.

A importância de se discutir sobre como os idosos avaliam o atendimento recebido nos serviços de saúde se justifica devido à satisfação do usuário de promover o vínculo com os serviços e mais adesão às práticas de prevenção e promoção da saúde. O idoso é o usuário mais frequente nas instituições de saúde e, com a elevação da taxa de expectativa de vida, a procura por esses serviços tende a aumentar ainda mais, porque a transição demográfica tem impulsionado a transição epidemiológica, caracterizada pelo aumento da incidência de doenças crônicas em detrimento das doenças infectocontagiosas. Diante dessa problemática, os serviços de saúde precisam estar preparados para oferecer uma assistência que atenda às necessidades da pessoa idosa.

Verificar as Representações Sociais (RS) dos idosos sobre o atendimento de saúde recebido é relevante também, na medida em que concede subsídios a gestores e trabalhadores da saúde para elaborarem estratégias mais eficazes no atendimento das necessidades reais de saúde da pessoa idosa. Além disso, oferece um *feedback* das ações já implementadas pelas equipes de saúde e traz à tona os quesitos que precisam de melhorias para atender aos usuários com mais qualidade.

Este estudo é necessário para que um novo olhar seja direcionado ao acolhimento do idoso nos serviços de saúde e que modificações e revisão de estratégias, se necessárias, possam ser discutidas e colocadas em prática, com o objetivo de oferecer um atendimento humanizado, de boa qualidade e mais adequado às necessidades da população idosa, considerando seus direitos e o respeito à sua dignidade.

Por contribuir exclusivamente para formar condutas e orientar as comunicações sociais, ou seja, o comportamento dos sujeitos é orientado por suas relações com o mundo e com os outros, optou-se por subsidiar este estudo no aporte teórico das representações sociais, na tentativa de entender como essa relação acontece e compreender os processos cognitivos e afetivos presentes na avaliação do atendimento nos serviços de saúde no olhar da pessoa idosa. Sua dimensão avaliativa, em relação aos elementos centrais, possibilita a criação de normas ou critérios para avaliar o objeto representado. Já os elementos periféricos tratam de expectativas ou características almejadas em relação ao objeto⁽¹¹⁾.

As Representações Sociais dizem respeito à forma como interpretamos a vida cotidiana ou nossa realidade propriamente dita, baseada nas experiências recebidas e transmitidas pela tradição, pela educação e pela comunicação social.

Este estudo é necessário para que um novo olhar seja direcionado ao acolhimento do idoso nos serviços de saúde e que modificações e revisão de estratégias, se necessárias, possam ser discutidas e colocadas em prática, com o objetivo de oferecer um atendimento humanizado, de boa qualidade e mais adequado às necessidades da população idosa, considerando seus direitos e o respeito à sua dignidade. Pretende-se, ainda, contribuir com dados que sirvam de subsídios para melhorar os programas e as ações relacionadas à assistência de saúde à pessoa idosa.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 Avaliação dos serviços de saúde

Apesar de a avaliação ser uma atividade bastante antiga, só a partir do Século XX foi que passou a ser alvo de discussões a respeito de sua definição e estruturação. Em uma das definições, a avaliação é conceituada como “[...] coleta sistemática de informações sobre as atividades características e produtos dos programas para fazer julgamentos sobre o programa, melhorar a efetividade do mesmo e ou informar decisões sobre futuras programações”⁽¹²⁾.

A construção da avaliação foi sendo aperfeiçoada com o tempo, conforme foram sendo apresentadas dificuldades, limitações e falhas no processo, e ainda há necessidades a serem supridas de acordo com as transformações sociais ocorridas com o passar do tempo. Assim, de um processo descritivo, a avaliação passou a ser levada ao estudo dos fenômenos sociais⁽¹³⁾.

Na área da saúde, a avaliação passou a ser discutida a partir da década de 70, quando o Estado começou a financiar os serviços de saúde à população em muitos países, tornando imperioso o controle dos custos sem afetar a qualidade do cuidado prestado. Assim, muitos países desenvolvidos nos continentes americano e europeu e na Oceania criaram formas de avaliar as novas tecnologias⁽¹⁴⁾.

Além da preocupação financeira, os serviços de saúde precisam atender às novas demandas e necessidades inerentes à transição demográfica, como por exemplo, o envelhecimento. Para avaliar a qualidade dos serviços de saúde, são necessário alguns quesitos: escolher o conceito de avaliação e de qualidade em saúde; delimitar o foco da avaliação de qualidade; escolher uma abordagem de avaliação (estrutura - recursos materiais, humanos e organizacionais; processo - relação profissional-usuário, e/ou resultado - consultas, exames, visitas, alteração do estado de saúde); delimitar o nível da realidade que será objeto da avaliação (quais os setores, os departamentos e os sistemas que podem ser avaliados); e, por fim, definir critérios, indicadores e padrões e a forma de analisar os dados⁽¹⁵⁻⁶⁾.

Em relação à qualidade, envolve dois elementos: performance técnica e relação interpessoal. A performance técnica depende do conhecimento e do julgamento para formular estratégias adequadas ao cuidado e da habilidade para implementá-las. Quanto à

relação interpessoal, é indispensável por dar as informações necessárias para selecionar os métodos de cuidado mais apropriados e por possibilitar ao médico obter informações sobre a doença e seu manejo, motivando o paciente a participar ativamente do seu cuidado. Trata-se do meio pelo qual o cuidado técnico é implementado e do qual seu sucesso depende. O processo interpessoal deve atingir expectativas individuais e sociais e padrões, além de conter virtudes como privacidade, confidencialidade, escolha informada, preocupação, empatia, honestidade, tato e sensibilidade⁽¹⁷⁾.

A qualidade do cuidado em saúde está assentada em sete pilares: eficácia (envolve a habilidade de cuidar para melhorar a saúde); efetividade (quando as melhorias em saúde são alcançadas dentro do esperado); eficiência (habilidade de se conseguir o melhor resultado em saúde com o menor custo); otimização (o melhor custo-benefício); aceitabilidade (atendimento das preferências do paciente em relação à acessibilidade, à relação médico-paciente, às facilidades, aos resultados do cuidado prestado e aos custos); legitimação (atendimento das preferências sociais quanto aos itens citados anteriormente); e equidade (justiça na distribuição do cuidado e seus efeitos na saúde)⁽¹⁸⁾.

As duas principais dimensões da qualidade do cuidado são acesso aos serviços de saúde e efetividade, ou seja, se a assistência de saúde prestada atingiu os resultados esperados de acordo com a necessidade dos usuários. Outro fator que deve ser considerado nas avaliações em saúde é a satisfação do usuário com os serviços recebidos, uma vez que também é considerada um dos atributos da qualidade⁽¹⁹⁾.

No Brasil, a avaliação dos serviços de saúde tem sido realizada por meio de alguns programas. Em 2004, surgiu o Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde (PNASS), uma reformulação do Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares (PNASH), instituído em 1998, cujo objetivo é de avaliar a atenção especializada (ambulatórios e hospitais), considerando dimensões como: estrutura, processo, resultado, produção do cuidado, gerenciamento de risco e satisfação do usuário em relação ao atendimento recebido. Em janeiro de 2015, foi reformulado através da Portaria GM/MS Nº 28⁽²⁰⁾.

No âmbito da atenção básica, o Ministério da Saúde criou, em 2011, o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB). Foram entrevistadas as equipes de saúde e usuários. Seu objetivo é de incentivar os gestores a melhorarem a qualidade dos serviços de saúde oferecidos aos cidadãos nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), por meio das equipes de Atenção Básica à Saúde. A meta é de

garantir um padrão de qualidade por meio de um conjunto de estratégias de qualificação, acompanhamento e avaliação do trabalho das equipes de saúde⁽²¹⁾.

Na área da atenção à pessoa idosa, algumas iniciativas abordam a importância da melhoria da qualidade do atendimento a essa população. Preocupada em sensibilizar e educar os profissionais de saúde da atenção básica sobre as necessidades do idoso, a Organização Mundial de Saúde lançou, em 2004, o *Towards Age-friendly Primary Health Care* com três objetivos: melhorar atitude, educação e treinamento de profissionais para que avaliem e tratem os problemas de saúde dessa população, encorajando o envelhecimento saudável; adaptar os serviços de saúde às necessidades da pessoa idosa; e, facilitar o acesso aos serviços de pessoas com deficiência física, auditiva ou visual⁽²²⁾. No Brasil, a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, publicada em 2006, chama à atenção sobre a necessidade de profissionais qualificados em serviços que assistem idosos para atender às suas demandas⁽²³⁾.

2.2 Teoria das Representações Sociais no campo da saúde e do envelhecimento

A Teoria das Representações Sociais foi estudada, inicialmente, por Serge Moscovici na década de 50. Trata-se de uma forma de conhecimento socialmente elaborado e compartilhado, com uma visão prática e participativa na construção de uma realidade comum a um grupo social. Esse conhecimento é formado a partir de nossas experiências, das informações, dos saberes e dos modos de pensar que recebemos e transmitimos por meio da tradição, da educação e da comunicação social⁽²⁴⁾.

Moscovici destaca três dimensões presentes na formação das representações sociais: *informação* - diz respeito à organização dos conhecimentos do grupo sobre o objeto social, nesse caso, o atendimento de saúde para pessoas idosas; *imagem ou campo de representação* – remete à ideia de modelo social, com conteúdo concreto e limitado, que expressa determinado aspecto do objeto de representação, e *atitude*, que compreende a orientação global do sujeito sobre o objeto de representação social⁽²⁴⁾.

As representações sociais ocorrem através de dois processos: ancoragem e objetivação. A *ancoragem* transforma algo estranho, não familiar para o sujeito, em algo mais apropriado e conhecido em seu mundo. É o ato de avaliar, nomear e classificar, baseado no ambiente em que vive e nos próprios princípios. A *objetivação* associa a ideia de não familiaridade com a realidade. Ela dá imagem às noções abstratas e sentido e lógica aos pensamentos⁽²⁵⁾.

As representações sociais podem ser estruturadas, ainda, por dois sistemas: o sistema central e o periférico. O sistema central é um subconjunto em torno do qual as representações são organizadas e é sendo responsável pela determinação do significado e da organização do conjunto. Está ligado às condições históricas, sociológicas e ideológicas e diretamente associado a valores e normas. Também confere identidade e estabilidade à representação. Já o sistema periférico é composto de elementos mais flexíveis de modificação, devido a alterações no contexto dos grupos sociais e sua relação com o objeto social. Está associado às características individuais e ao contexto onde os indivíduos estão inseridos. Não se trata de um elemento menos importante da representação, mas de proteção ao núcleo, permitindo a integração de informações⁽²⁶⁻⁷⁾.

Moscovici e Abric⁽²⁸⁾ apontam quatro funções das representações sociais: a **função de saber**: para compreender e explicar a realidade; a **função de orientação**: que guia os comportamentos e as práticas; a **função identitária**, que define a identidade e

protege a especificidade dos grupos, e a **função justificadora**, que permite, *a posteriori*, a justificativa das tomadas de posição e dos comportamentos.

A Teoria das Representações Sociais vem sendo utilizada em diversas áreas do conhecimento, abordando vários fenômenos sociais. Originou-se na Psicologia Social e expandiu-se para subsidiar estudos na educação, na saúde (estudos sobre aids, saúde mental) e outros. Em especial, na área da saúde, por focar no saber popular, ou seja, do conhecimento prático, que orienta o cotidiano dos sujeitos, conferindo sentido e possibilitando sua ação sobre a realidade, com ênfase na subjetividade, auxiliando, por exemplo, na análise dos fatores determinantes do processo saúde-doença dependentes do contexto social, intervindo no processo de adoecimento e recuperação. Além disso, visa romper com o modelo biomédico de redução do ser humano aos seus aspectos biológicos; aprofundar a compreensão dos indivíduos no sentido de encontrar respostas para seus problemas; e sair do modelo tradicional de pensar o indivíduo e as variáveis que afetam sua interação com a sociedade⁽²⁹⁾.

Ao fazer uma busca no Portal CAPES, nos anos de 2015 e 2016, utilizando as palavras-chave ‘representações sociais’ e ‘saúde’, foram encontrados 12 artigos (quadro 1), cujos objetos de estudo abordam os mais diversos assuntos, dentre eles, ações de saúde (vigilância sanitária, pré-natal), doenças (alcoolismo, câncer e aids), práticas sexuais e prevenção, cuidado, qualidade de vida, deficiência física e envelhecimento.

Quadro 1. Distribuição de artigos sobre representações sociais e saúde - João Pessoa - PB, 2016.

	Título do artigo	Objeto de estudo	Objetivos	Abordagem utilizada nas RS	Sujeitos do estudo
1	Representações sociais dos conselheiros municipais de saúde sobre a vigilância sanitária ⁽³⁰⁾	Representações sociais dos conselheiros de Saúde de Belo Horizonte sobre suas experiências com o campo da Vigilância Sanitária	Descrever e analisar as representações sociais dos conselheiros de Saúde de Belo Horizonte sobre suas experiências com a vigilância sanitária.	Dimensional/ Processual	Conselheiros de Saúde
2	Representações sociais sobre o acesso e o cuidado pré-natal no Sistema Único de Saúde da Região Metropolitana da Grande Vitória, Espírito Santo ⁽³¹⁾	Acesso e o cuidado pré-natal no Sistema Único de Saúde	Analisar o acesso ao cuidado pré-natal a partir das representações sociais de usuárias do Sistema Único de Saúde	Dimensional/ Processual	Puérperas
3	O cuidado na doença	Representações dos	Observar e identificar	Dimensional/	Cuidadores

	de Alzheimer: as representações sociais dos cuidadores familiares ⁽³²⁾	cuidadores familiares sobre o cuidado	as representações dos cuidadores familiares sobre o cuidado e analisar como influenciam em suas práticas de cuidado.	Processual	familiares
4	Representações Sociais de adolescentes sobre qualidade de vida: um estudo de base estrutural ⁽³³⁾	Representações sociais de adolescentes sobre qualidade de vida	Descrever os conteúdos e analisar comparativamente a estrutura das representações sociais de adolescentes sobre qualidade de vida.	Estrutural	Adolescentes
5	O alcoolismo, suas causas e tratamento nas representações sociais de profissionais de Saúde da Família ⁽³⁴⁾	Representações sociais de profissionais de Saúde da Família sobre o alcoolismo	Compreender as representações sociais do alcoolismo construídas por profissionais de APS atuando em Unidades de Saúde da Família (USF)	Dimensional/ Processual	Profissionais de Saúde da Família
6	O câncer na perspectiva de cuidadores familiares e suas representações sociais ⁽³⁵⁾	O câncer na perspectiva de cuidadores familiares e suas representações sociais	Identificar as representações sociais de cuidadores familiares de pacientes com câncer fora de possibilidades terapêuticas e analisar suas implicações no cuidado com a saúde.	Processual	Cuidadores familiares
7	Qualidade de vida e aids sob a ótica de pessoas vivendo com o agravo: contribuição preliminar da abordagem estrutural das representações sociais ⁽³⁶⁾	Qualidade de vida e aids sob a ótica de pessoas vivendo com o agravo	Identificar o conteúdo e a estrutura das representações sociais da qualidade de vida e da aids entre pessoas com a doença e analisar as relações estruturais entre tais representações.	Estrutural	Pessoas soropositivas para HIV
8	Doenças crônicas não transmissíveis, risco e promoção da saúde: construções sociais de participantes do Vigitel ⁽³⁷⁾	Representações contidas nas trajetórias de vida de pessoas entrevistadas pelo Vigitel	Compreender, em narrativas individuais, representações contidas nas trajetórias de vida de pessoas selecionadas a partir da amostra do Vigitel, 2010, em Belo Horizonte, Minas Gerais.	Dimensional/ Processual	Sujeitos entrevistados pelo Vigitel
9	30 anos depois: Representações Sociais acerca da AIDS e práticas sexuais de residentes de cidades rurais ⁽³⁸⁾	Práticas sexuais e de prevenção e as representações que moradores de cidades rurais têm acerca da Aids	Apreender práticas sexuais e de prevenção e as representações que moradores de cidades rurais têm acerca da Aids	Dimensional/ Processual	Pessoas entre 18 e 90 anos

10	Representação social do sexo nos jovens adultos portugueses ⁽³⁹⁾	Representação social do sexo de jovens adultos portugueses	Medir a representação social do sexo através das evocações livres de 1138 jovens adultos portugueses.	Dimensional/ Processual	Jovens adultos portugueses
11	Deficiência física e envelhecimento: estudo das representações sociais de idosos sob reabilitação fisioterápica ⁽⁴⁰⁾	Representações sociais de idosos acerca da deficiência física	Verificar as representações sociais de idosos acerca da deficiência física.	Dimensional/ Processual	Idosos
12	Representações sociais e crenças normativas sobre envelhecimento ⁽⁴¹⁾	Representações sociais e crenças normativas sobre envelhecimento	Caracterizar as representações sociais e as crenças normativas sobre envelhecimento.	Estrutural	Adolescentes e idosos

Em relação à utilização da TRS como referencial teórico, a maior parte dos estudos utilizaram a abordagem dimensional e a processual. A maioria dos sujeitos participantes da pesquisa foram cuidadores familiares e idosos. A TRS vem servindo como aporte teórico na área da saúde desde a década de 60, através dos estudos de Claudine Herzlich sobre o binômio saúde-doença. Jodelet, então, abordou a doença mental na década de 80 e, posteriormente, Sheva Nóbrega e Danielle Caldas, no Brasil. A aids também tem sido um tema amplamente estudado, assim como o câncer e a lepra. Na Enfermagem, a teoria vem ganhando espaço entre os pesquisadores, especialmente na área do envelhecimento⁽⁴²⁾.

Nessa área, a TRS vem sido inserida, especialmente, quanto aos significados atribuídos ao envelhecimento por idosos⁽⁴³⁻⁴⁾, profissionais de saúde⁽⁴⁵⁾ ou a população em geral⁽⁴⁶⁻⁷⁾, conforme levantamento de artigos publicados entre 2015 e 2016, no Portal CAPES, utilizando-se as palavras-chave representações sociais e envelhecimento. Foram encontrados 11 artigos, com objetos de pesquisa relacionados, especialmente, ao envelhecimento. A abordagem estrutural das representações sociais foi bastante utilizada nesses estudos (quadro 2).

Quadro 2. Distribuição de artigos sobre representações sociais e envelhecimento - João Pessoa - PB, 2016.

	Título do artigo	Objeto de estudo	Objetivos	Abordagem utilizada nas RS	Sujeitos do estudo
1	Velhice para os adolescentes: abordagem das representações sociais ⁽⁴⁸⁾	Representações sociais de adolescentes de uma escola pública e de uma privada	Apreender as representações sociais de adolescentes de uma escola pública e de uma privada sobre	Estrutural	Adolescentes

		sobre velhice	velhice e comparando-as entre esses dois grupos		
2	Representações sociais de trabalhadores da atenção básica de saúde sobre envelhecimento ⁽⁴⁹⁾	Representações sociais sobre envelhecimento construídas por trabalhadores de saúde da Atenção Básica	Conhecer as representações sociais sobre envelhecimento construídas por trabalhadores de saúde da Atenção Básica	Dimensional/ Processual	Trabalhadores da Atenção Básica em Saúde
3	As representações sociais de ‘pessoa velha’ construídas por idosos ⁽⁴⁴⁾	Sentidos atribuídos à “pessoa velha” construídos por idosos	Apreender os sentidos atribuídos à “pessoa velha” construídos por idosos	Estrutural	Pessoas maiores de 60 anos
4	Representações sociais de estudantes italianos sobre o envelhecimento: um estudo exploratório de um sistema representacional ⁽⁵⁰⁾	Representações sociais de estudantes italianos sobre o envelhecimento	Caracterizar essas relações através da noção de sistema representacional	Estrutural	Universitários italianos
5	Corpo e velhice: um estudo das representações sociais entre homens idosos ⁽⁵¹⁾	Representações sociais do corpo na perspectiva de homens idosos piauienses	Conhecer as representações sociais do corpo na perspectiva de homens idosos piauienses	Dimensional/ Processual	Homens idosos
6	Deficiência física e envelhecimento: estudo das representações sociais de idosos sob reabilitação fisioterápica ⁽⁴⁰⁾	Representações Sociais de idosos acerca da deficiência física	Verificar as representações sociais de idosos acerca da deficiência física	Dimensional/ Processual	Idosos
7	Representações sociais do processo de envelhecimento de pacientes psiquiátricos institucionalizados ⁽⁵²⁾	Representações sociais do processo de envelhecimento de pacientes psiquiátricos institucionalizados para profissionais de saúde	Analisar a representação social do processo de envelhecimento de pacientes psiquiátricos institucionalizados para profissionais de saúde	Estrutural	Profissionais de saúde
8	A difusão da violência contra idosos: um olhar psicossocial ⁽⁵³⁾	Representações sociais da violência, dos maus-tratos e da negligência contra os idosos	Apreender as representações sociais da violência, dos maus-tratos e da negligência contra os idosos, tal como são divulgadas pela mídia impressa	Dimensional/ Processual	Artigos do jornal a Folha de São Paulo
9	Os programas universitários para pessoas idosas (UnATIs): um estudo de representação social ⁽⁵⁴⁾	Representações sociais construídas por pessoas idosas que participam de duas universidades latino-americanas	Conhecer, analisar e comparar as representações sociais construídas por pessoas idosas que participam de duas universidades latino-americanas	Dimensional/ Processual	Idosos
10	Envelhecimento	Representação	Conhecer a	Dimensional/	Participantes

	bem-sucedido: representação de idosos ⁽⁵⁵⁾	de envelhecimento bem-sucedido para um grupo de idosos	representação de envelhecimento bem-sucedido para um grupo de idosos e averiguar os princípios que norteiam o envelhecimento bem-sucedido, segundo um grupo de idosos	Processual	de um grupo de convivência da 3ª idade
11	Representações sociais e crenças normativas sobre envelhecimento ⁴¹	Representações sociais e crenças normativas sobre envelhecimento	Caracterizar as representações sociais e as crenças normativas sobre envelhecimento.	Estrutural	Adolescentes e idosos

O modo como o profissional de saúde percebe o envelhecimento reflete em sua prática assistencial, e a identificação de suas necessidades (físicas e psicossociais) pode prevenir complicações e auxiliar ao seu processo de recuperação. Estudos sobre representações sociais de profissionais da área da saúde sobre o envelhecimento relacionaram a velhice a aspectos positivos: alegria, filhos, aposentadoria, direitos, maturidade, sabedoria; e negativos: decadência, esquecimento, fragilidade, limitação, rugas, improdutividade, dependência, sentimentos de solidão, abandono, tristeza, dor, desprezo, angústia. Os profissionais têm o potencial de reconhecer os determinantes da fragilidade e da qualidade de vida no idoso, uma vez que conseguem associá-los ao seu contexto familiar e social. A partir disso, é possível implementar estratégias de inclusão do idoso e atendimento de suas necessidades^(49,56).

Quanto ao cuidado com o idoso, pesquisas apontam a necessidade de capacitação do profissional de saúde para cuidar de pessoas com 60 anos ou mais de idade⁽⁵⁷⁻⁸⁾. Os trabalhadores da saúde veem o cuidado da pessoa idosa como um ato de amor. Para isso, é necessário ter vocação e conhecer o processo de envelhecimento e as necessidades dessa população⁽⁵⁹⁾.

Como o envelhecimento é um período em que, geralmente, os idosos não têm mais filhos para cuidar e já estão aposentados, é necessário incluí-los em atividades que estimulem a convivência e a interação social, prática de exercícios físicos e demais ações que incentivem o raciocínio, a coordenação motora e a memória. Essa é uma forma de afastá-los de doenças ou de controlá-las, principalmente porque os aproxima dos serviços de saúde⁽⁶⁰⁻¹⁾.

Em um artigo sobre as RS dos profissionais de saúde da atenção primária acerca do cuidado com a pessoa idosa, constatou-se que esses trabalhadores ofereciam um

cuidado integral aos usuários idosos que atendesse às suas necessidades e reconheçam a visita domiciliar como uma forma de promover acesso à assistência de saúde para os que tinham limitações que os impediam de ir à unidade de saúde. No entanto, enfrentavam desafios que superavam sua capacidade de resolução, como: falta de suporte familiar, limitação intelectual que dificultava a compreensão das orientações de cuidado com a saúde e alimentação inadequada. Verificaram, ainda, a carência de atividades que os ajudassem a se sentir úteis e produtivos⁽⁶²⁾.

Ao fazer uma busca por estudos sobre o tema em bancos de dados nacionais e internacionais (Cinahl, Medline, Scielo e Web of Science), utilizando a combinação das palavras-chaves/descriptores representações sociais, idoso, serviços de saúde e cuidado, foram encontrados apenas dois artigos que abordavam as representações sociais dos idosos referentes ao cuidado de saúde. Em uma dessas publicações, o médico aparece como a figura central do cuidado, por sua função de prescrever medicamentos e exames, o que reforça a ideia biologicista da assistência em saúde. A busca por atendimento é direcionada pela presença de doenças e suas complicações e influenciada pela baixa escolaridade, que interfere na percepção dos problemas de saúde e nas práticas preventivas, e pela questão de gênero, em que os homens procuram menos os serviços de saúde⁽⁶³⁾.

Em outro artigo, a maior parte dos idosos avaliou o atendimento pelo SUS como regular (39,8%). Quando inqueridos sobre sugestões para melhoria, apontaram a contratação de mais médicos e profissionais capacitados, a construção de mais unidades de saúde, o aumento e a manutenção da oferta de medicamentos e um atendimento melhor aos usuários⁽⁶⁴⁾. Conclui-se que faltam estudos que tratem das representações sociais dos idosos sobre o atendimento nos serviços de saúde. Essa lacuna poderá ser preenchida por meio deste trabalho.

2.3 Atenção à saúde do idoso no Brasil

No Brasil, a atenção à saúde é realizada por meio de serviços privados (particulares e planos de saúde privados) e públicos. O Sistema Único de Saúde (SUS) oferece atendimento gratuito desde 1988, depois que a Constituição Federal reconheceu que toda a população tinha o direito de acesso universal à saúde. Esse sistema está organizado em três níveis: básico, de média complexidade e de alta complexidade, para garantir a integralidade da oferta de atendimento de saúde, no entanto, nenhum é mais importante do que o outro, mas, complementares.

A Atenção Primária à Saúde (APS), chamada de Atenção Básica, no Brasil, engloba um conjunto de ações individuais e coletivas, de prevenção de doenças e promoção à saúde, e ainda diagnóstico, tratamento e reabilitação. Deve ser o primeiro contato com o sistema de saúde e é responsável pelo encaminhamento dos usuários aos serviços de média e alta complexidade. Visa resolver 85% dos problemas e das necessidades de saúde por meio da Estratégia de Saúde da Família. Os serviços de atenção básica são de responsabilidade do município, porém o financiamento das ações básicas é feito pelas três esferas do governo: municipal, estadual e federal⁽⁵⁾.

A atenção primária diferencia-se dos demais níveis de atenção por lidar com problemas mais frequentes, menos definidos e em sua fase inicial, levando em consideração as necessidades e o contexto sociocultural e familiar do indivíduo. Conta com equipe multiprofissional formada por médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem, dentista, auxiliar de dentista, agentes comunitários de saúde e outros. Deve ser o primeiro contato das pessoas com o serviço de saúde, mas, para isso, deve ser acessível a elas, tanto geograficamente (distância de suas casas e meio de transporte utilizado), quanto no quesito sócio-organizacional, que inclui as dificuldades de se receber atendimento, como: horário de atendimento; longas filas de espera; forma de marcação de consulta; dificuldade de acesso a idosos e a portadores de deficiências físicas; dificuldades de contato com os profissionais de saúde; acomodações inadequadas; e falta de orientação, de linguagem compatível com o nível de escolaridade e de respeito a fatores culturais⁽⁶⁵⁾.

Além do primeiro contato, outros atributos da APS incluem: longitudinalidade, integralidade, coordenação, centralidade na família, abordagem familiar e orientação comunitária. A longitudinalidade pressupõe a relação profissional ou equipe de saúde/usuário ao longo do tempo, com o intuito de estabelecer vínculo, conhecer bem mais

as necessidades de saúde do indivíduo e garantir a continuidade do cuidado. A integralidade refere-se a capacidade do serviço de saúde atender às necessidades da população dentro da APS ou encaminhá-la aos demais níveis de atenção⁽⁶⁶⁾.

A coordenação é a troca de informações entre os diferentes níveis e profissionais de saúde sobre o histórico de saúde do usuário (problemas de saúde e serviços prestados), para garantir a continuidade do cuidado. A centralidade na família e a abordagem familiar tratam do conhecimento dos problemas de saúde e da assistência prestada à família pelos profissionais de saúde. A orientação comunitária envolve habilidades clínicas, dados epidemiológicos, ciências sociais e pesquisas avaliativas para traçar as necessidades de saúde de determinada população⁽⁶⁶⁾.

Já a média complexidade visa atender aos principais problemas de saúde da população, por meio de profissionais especializados e recursos tecnológicos de apoio diagnóstico e terapêutico. Envolve os seguintes procedimentos: os especializados, feitos por profissionais médicos e outros de nível superior e médio, cirurgias ambulatoriais especializadas, procedimentos traumato-ortopédicos, ações especializadas em odontologia, patologia clínica, anatomopatologia e citopatologia, radiodiagnóstico, exames ultrassonográficos, diagnose, fisioterapia, terapias especializadas, próteses, órteses e anestesia⁽⁵⁾.

Por fim, a alta complexidade contempla a alta tecnologia e o alto custo e, no SUS, está organizada em redes. Algumas delas incluem: assistência ao paciente portador de doença renal crônica (através dos procedimentos de diálise); assistência ao paciente oncológico; cirurgia cardiovascular; cirurgia vascular; cirurgia cardiovascular pediátrica; procedimentos da cardiologia intervencionista; procedimentos endovasculares extracardíacos; laboratório de eletrofisiologia; assistência em traumato-ortopedia; procedimentos de neurocirurgia; assistência em otologia; cirurgia de implante coclear; cirurgia das vias aéreas superiores e da região cervical; cirurgia da calota craniana, da face e do sistema estomatognático; procedimentos em fissuras lábio-palatais; reabilitação protética e funcional das doenças da calota craniana, da face e do sistema estomatognático; procedimentos para a avaliação e o tratamento dos transtornos respiratórios do sono; assistência aos pacientes portadores de queimaduras; assistência aos pacientes portadores de obesidade (cirurgia bariátrica); cirurgia reprodutiva; genética clínica; terapia nutricional; distrofia muscular progressiva; osteogênese imperfecta; fibrose cística e reprodução assistida⁽⁵⁾.

Além das diferenças relacionadas à estrutura e aos tipos de procedimentos realizados, o acesso à atenção primária deve ser universal, e não, baseado na urgência ou na necessidade do usuário, como deveria ser na atenção por especialistas; a atenção primária deve conhecer os registros dos seus usuários realizados em outros níveis de atenção; a utilização dos serviços da atenção especializada deve ser via encaminhamento por um profissional de saúde; os problemas de saúde com os quais a atenção primária se depara são pouco definidos, o que deverá ser feito pelos serviços especializados; a atenção primária deve oferecer serviços com mais variedade, porque atende aos problemas de saúde mais comuns na população; o processo de diagnóstico, na atenção primária, decorre da observação dos clientes e da investigação de suas queixas, enquanto a especializada lança mão de exames e tratamentos diferenciados por lidar com doenças menos comuns⁽⁶⁷⁾.

A média e a alta complexidade devem oferecer seus serviços a indivíduos referenciados pelas unidades básicas de saúde de suas respectivas regiões. No Brasil, nem sempre, acontece dessa forma. A média e a alta complexidade têm se tornado a principal porta de entrada do sistema de saúde, em muitas circunstâncias, por causa da baixa resolutividade da atenção primária, o que compromete a qualidade do atendimento primário, aumenta as filas de espera por atendimento (especialmente para pessoas a quem esses serviços são realmente necessários) e amplia os custos⁽⁶⁸⁾.

No Brasil, a criação do Programa de Saúde da Família pelo Ministério da Saúde, em 1994, representou o rompimento do modelo assistencial de saúde médico, medicamentoso e curativo, e foi adotada uma estratégia de assistência de prevenção e promoção da saúde alicerçada nos princípios do SUS, com o propósito de aproximar a equipe multiprofissional do usuário e de sua família em seu domicílio. Assim, as Unidades de Saúde da Família (USF) funcionam como “porta de entrada” do usuário ao sistema de saúde, no entanto, devem ser capazes de resolver os problemas de saúde mais comuns da população e referenciar os casos que estejam além de sua competência para serviços especializados⁽⁶⁹⁾.

Esse Programa estabelece as seguintes funções do médico: realizar ações de assistência integral, combinando a atuação clínica com a de saúde coletiva; executar os primeiros cuidados em situações de urgência; fazer partos, se preciso, e pequenas cirurgias ambulatoriais. Já ao enfermeiro compete: dar assistência básica e fazer ações de vigilância epidemiológica e sanitária à criança, à gestante, ao adulto, ao trabalhador, ao portador de

deficiência física e mental e ao idoso; organizar rotinas de trabalho nas USF e na comunidade; e supervisionar e capacitar os ACS e outros profissionais de Enfermagem⁽⁷⁰⁾.

Quanto aos auxiliares e técnicos de Enfermagem, têm as seguintes atribuições: acompanhar as consultas de enfermagem de indivíduos em situação de risco; identificar famílias de risco junto com os ACS; e fazer procedimentos nos domicílios; fazer o mapeamento da sua área; cadastrar as famílias e manter seus dados atualizados; identificar indivíduos ou famílias em situações de risco; orientar as famílias quanto à utilização correta dos serviços de saúde, marcando consultas e exames; fazer visita domiciliar para acompanhar mensalmente as famílias sob sua responsabilidade; promover ações de prevenção e promoção da saúde, entre outras⁽⁷⁰⁾.

O processo de trabalho das equipes de saúde da família deve primar pelo acolhimento dos usuários e de suas famílias. Quanto ao idoso, os profissionais de saúde devem compreender as particularidades inerentes a essa faixa etária e à legislação vigente. Portanto, devem estar preparados para lidar com as questões relativas ao processo de envelhecimento, especialmente quanto à dimensão subjetiva; reconhecer a importância da interdisciplinaridade e da integração entre a rede básica e os sistemas de referência; facilitar o acesso dos idosos aos demais níveis de complexidade do sistema e investir na qualificação dos trabalhadores⁽⁷⁾.

3 MÉTODO

3.1 Tipo de pesquisa

Pesquisa exploratória com abordagem mista inserida no projeto: **Condições de saúde, qualidade de vida e representações sociais de idosos nas unidades de saúde da família**, aprovado pelo CEP/HULW, protocolo nº 261/09 e CAAE: 0182.0.126.000-09 (Anexo A).

A abordagem mista é importante por utilizar dados quantitativos, em conjunto com os qualitativos, para minimizar as limitações existentes ao se fazerem julgamentos subjetivos sobre determinado fenômeno⁽⁷¹⁾.

3.2 Campo de estudo

A pesquisa foi desenvolvida no Centro de Atenção Integral à Saúde do Idoso (CAISI), na cidade de João Pessoa, Paraíba, e em Unidades de Saúde da Família, nos cinco Distritos de Saúde que fazem parte dessa cidade. Foi selecionada uma USF de cada Distrito, mediante sorteio, em que as entrevistas foram executadas. Esses serviços foram escolhidos para a realização da pesquisa por atenderem a idosos, sobretudo o CAISI, que é referência no município em atendimento ambulatorial a essa população.

As unidades de saúde pesquisadas oferecem diversos serviços aos usuários, entre eles, consulta médica e de enfermagem, assistência odontológica, visita domiciliar, aplicação de vacinas, aferição de pressão arterial e glicemia capilar, distribuição de medicamentos, além de grupos de acompanhamento da hipertensão arterial e diabetes e de terapia comunitária.

O CAISI oferece serviço ambulatorial que atende entre 80 e 100 idosos em 16 especialidades médicas, além de atividades que promovem o envelhecimento saudável através de grupos de Memória, Convivência, Escola de Postura, Educação Física e Flauta e Dança.

3.3 Participantes da pesquisa

A amostra foi não probabilística, não aleatória, composta de 266 idosos (123 nas USF e 123 no CAISI) e selecionada por conveniência. Foram considerados como critérios de inclusão: ter 60 anos de idade ou mais; ter sido atendido antes no mesmo serviço de saúde; não ter déficit cognitivo e aceitar participar do estudo. Para a avaliação cognitiva,

foi aplicado o Miniexame do Estado Mental (MEEM). Foram excluídos os idosos que obtiveram menos de 27 pontos⁽⁷²⁾.

3.4 Instrumentos e procedimento de coleta dos dados

Para a coleta dos dados, foi utilizado um formulário, para avaliar o atendimento, com questões objetivas relacionadas às características do atendimento realizado nos serviços de saúde, como: organização, pontualidade, conforto e limpeza dos serviços - a cada um desses itens foram atribuídos os conceitos: excelente, muito boa, boa, razoável ou ruim - dados socioeconômicos e de saúde dos entrevistados (Apêndice B); e uma entrevista em profundidade com a seguinte questão norteadora: como o (a) senhor (a) avalia o atendimento recebido nesse serviço? (Apêndice C).

A coleta de dados ocorreu entre janeiro e julho de 2015, da seguinte forma: os idosos foram abordados individualmente, nas salas de espera desses locais, e esclarecidos sobre os objetivos da pesquisa e a importância de sua participação. Eles receberam o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e, depois de preencher os critérios de inclusão, de concordar em participar da pesquisa e de assinar o TCLE, as entrevistas foram iniciadas em sala reservada. A entrevista semiestruturada foi gravada utilizando-se um aparelho de MP3 e transcritas.

3.5 Análise dos dados

Os dados coletados foram analisados com o auxílio do pacote SPSS (*Statistical Package for Social Sciences*), versão 22.0, e do software IRaMuTeQ (*Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires*), versão 0.7 alpha 2. O IRaMuTeQ permite realizar análises estatísticas em um corpus de texto e sobre tabelas indivíduos/palavras, onde o vocabulário é organizado com clareza e com representações gráficas por meio de análise lexicográfica. Toma como base um único arquivo, que deve ser preparado segundo certas normas⁽⁷³⁾. Neste estudo, empregaram-se a análise lexicográfica e a técnica da classificação hierárquica descendente dos segmentos de texto provenientes da transcrição das entrevistas gravadas, que constituíram o *corpus*.

No processamento dos dados, as entrevistas são iniciadas e separadas por asteriscos, as quais são também conhecidas como “linhas de comando”, que informam o número de identificação do idoso entrevistado e de determinadas características (variáveis). Neste estudo, as variáveis utilizadas foram: idade, sexo, escolaridade,

conjugalidade, renda, ocupação e frequência ao serviço de saúde. A partir disso, o programa dividiu o material em segmentos de texto de até três linhas, dimensionadas por esse *software*, em função do tamanho do *corpus*. No caso deste estudo, foram encontrados 1313 segmentos. Para obter as classes, foi aplicado o método de classificação hierárquica descendente. O Teste do Qui-Quadrado de associação das formas reduzidas e da associação dos segmentos às classes é utilizado para que os segmentos sejam excludentes entre as classes e que sejam semelhantes no interior de cada uma delas⁽⁷⁴⁾.

Cada uma dessas classes é composta de vários segmentos em função de uma classificação, segundo a distribuição do vocabulário desses segmentos. Na maior parte das vezes, não há coincidência entre o número de classes e o de representações sociais envolvidas. O que vai definir se elas indicam representações sociais ou somente uma representação social é o seu conteúdo e sua relação com fatores ligados ao plano geral de cada pesquisa.

O *corpus*, formado de 266 entrevistas, ao ser processado, deu o número de classes resultantes da análise do contexto semântico e os segmentos característicos de cada classe. Os resultados foram interpretadas à luz da Teoria das Representações Sociais.

3.6 Aspectos éticos

Para o desenvolvimento da pesquisa, levou-se em consideração o que preceitua a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde⁽⁷⁵⁾, que norteia o princípio da autonomia, principalmente no que se refere ao termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE), requisito essencial para o desenvolvimento de pesquisa em seres humanos, cuja participação dos estudantes e dos professores será voluntária. Houve um cuidado prévio por parte da pesquisadora para identificar os entrevistados por números ou pseudônimos, visando preservar sua identidade.

Embora todas as pesquisas que envolvem seres humanos possam gerar riscos, esta apresentou um risco mínimo no tocante à saúde psicológica dos participantes pelo constrangimento que o tema abordado poderia trazer. A pesquisa teve como benefício conhecer como o idoso é acolhido pelos serviços de saúde, identificar as áreas que necessitam de melhorias e contribuir para que o atendimento seja mais humanizado e atenda às necessidades de saúde dessa população.

Os dados deste estudo originaram os seguintes artigos:

- 1- Access for the elderly to primary health care services: an integrative review, publicado no periódico International Archives of Medicine;
- 2 - Avaliação do atendimento em serviços de saúde para pessoa idosa;
- 3 - Representações sociais do atendimento nos serviços de saúde para a pessoa idosa.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

4.1 Artigo 1 – Access for the Elderly to Primary Health Care Services: an integrative review

International
Medical Society
<http://imedicalsociety.org>

INTERNATIONAL ARCHIVES OF MEDICINE
SECTION: PRIMARY CARE
ISSN: 1755-7682

2016

Vol. 9 No. 46
doi: 10.3823/1917

Access for the Elderly to Primary Health Care Services: an Integrative Review

REVIEW

Juliana Almeida Marques Lubenow¹, Anne Jaquelyne Roque Barrêto²,
Jordana de Almeida Nogueira³, Antônia Oliveira Silva⁴

Abstract

Background: With the aging of the population, there is a trend of increase in the number of elderly people with greater needs for assistance in health. The challenge is to ensure access to all of them.

Objective: Discussing on access of older persons to primary health care services from an integrative review.

Method: Integrative review of literature through the databases CINAHL, LILACS, Medline, and Web of Science. The descriptors used were health services accessibility, elderly and primary health care. The instrument of data collection included: article title, journal name, year of publication, database, country, type of study, level of evidence, objectives and key results. There were met 111 published articles, 13 of which were selected for filling the inclusion criteria.

Results: The difficulties of access faced by seniors include: limited offer; insufficient number of professionals; quick queries without identifying their needs; opening hours and inadequate, excessive wait time to be answered. The elderly still face external barriers to path-related service, and internal, non-adapted environments to their visual, auditory and limitations. Home care and over the phone, however, can facilitate access. The elderly should also receive information about your health problem and have the opportunity to clarify doubts.

Conclusion: It is necessary to recognize the elderly as an individual with distinctive needs for improved access to health care.

Keywords

Access to Health Services, Elderly; Primary Health Care.

- 1 Nurse. PhD student in Nursing at the Federal University of Paraíba (UFPB).
- 2 Nurse. PhD in Nursing. Assistant Professor at the Universidade Federal de Campina Grande (UFCG) and the College of Nursing Nova Esperança (FACENE).
- 3 Nurse. PhD in Nursing. Associate Professor of the Federal University of Paraíba (UFPB).
- 4 Nurse. Doctor in nursing. Professor at the Federal University of Paraíba (UFPB).

Contact information:

Juliana Almeida Marques Lubenow.

 julianalmeidamarques@hotmail.com

Introduction

The concern about health care to the elderly person arises from the projection of the growth in the number of elderly in the coming decades in Brazil and in the world. The gradual ageing of the population tends to increase the absolute number of elderly fragile, which in turn requires an offer of care that meet their health needs. The developed countries are already experiencing a few decades ago this problem and have carried out initiatives to meet the needs of the elderly [1-3].

The Brazil, however, has been showing a rapid aging of the population and, if the problems of access to health for its younger citizens already existed, these have been added to the difficulties of meeting the health needs of elderly individuals who are ever more frequent users in health services. In this perspective, access to the population to health services appears as a challenge that needs to be understood by management and health workers to guarantee health care for the elderly.

Access is a complex concept that varies between authors and that changes over time and according to the context. It is related to a set of characteristics of the offer that facilitate or limit the ability of people to use health services when they need [4-5]. As part of the health system, it can be considered as the absence of financial, geographical, ethnic, gender, social, cultural and organizational barriers to receive health care, and evaluated by the availability (obtaining elective or emergency care), acceptability (approval of users regarding the location and appearance of the service, services provided, and health professionals) and convenience (waiting time to get attendance, opening hours of service, ease of contacting a health professional) [6].

Access is also how we see accessibility which in turn constitutes the structural part that enables people to have access to health services. The term is used to describe the accessibility features that facilitate the use of health services by users and is divided into two dimensions: social and organiza-

tional (resources which facilitate or hinder access to the service, such as opening hours or consultation fees) and geographic (distance and time required to reach the service). Accessibility can also be geographic (provision of transportation and distance); psychosocial (existence of linguistic and cultural barriers between the professionals, professionals and users and on the premises); and time related (Office hours). Is still one of the requirements to measure the potential and scope of attributes of primary care (attention to first contact, longitude, coordination and completeness) [7-8].

Problems in access to health services can encompass political dimensions (agreement between the spheres of Government, social participation and monitoring of actions), social-economic (financial investment by municipal and State authorities, social, economic, cultural and physical barriers), organizational (geographical barriers, customer service, hospitality stream), technical (completeness, greeting, bond, competence and ability, commitment) and symbolic (health-disease process, culture, beliefs, values and subjectivity) [9].

Despite the creation of the Unified Health System (SUS) in Brazil have allowed substantially larger access of the population to health services that once, much still has to be done to remedy the inequalities of access. One of them is related to the fact that the private health system retains control of the larger share of hospital beds and medium and high complexity, which makes users more affluent can resort to covenants and private services, while the majority of the Brazilian population has to face a great competition to receive health care in public institutions [10].

Another inequality of access that can be cited is the difference in the provision of services between the regions of Brazil, as Southeast and Northeast, although there has been improvement [11-2]. An example of this regional contrast is the fact that the residents of poorer municipalities have less chance of being admitted into a hospital to the residents of wealthier cities [13].

It is important to highlight also the influence of schooling on inequality of access. A survey conducted by researchers at the Oswaldo Cruz Foundation (FIOCRUZ) pointed out that people with a few years of study who perceive their health as being bad utilize fewer health services, while people with higher level of education and who perceive their health as being good seek more often for health assistance. This can be partially explained by the influence of the private health plans that allow greater access to their insured and by meeting the health needs of the population that seeks public services. In addition, the higher the socioeconomic level, the greater the demand for preventive services, while low-income people tend to seek medical help when the disease already installed [14].

Many developed countries offer a health care system of quality [15], but also presents difficulties for the population's access to health services, although these problems are smaller in scale when compared to those of Brazil. One of the challenges that these Nations present are: establish a schedule of operation of primary care clinics that meet the needs of the population, avoiding the unnecessary use of emergency departments [16]; ensure access to residents of distant regions of major centers [17] and for low-income citizens, in the case of countries which finance only part of health services, such as the Japan [18]; and deal with the increasingly reduced number of health professionals, especially nurses [19].

In this way, it is acknowledged that the bigger the barriers of access to primary health care services for the elderly, the greater the risks and damage to your health. Front of the preoccupation with access to primary health care and the aging of the population, this article aims to discuss the access of older persons to primary health care services from an integrative review.

Method

The present study is an integrative review of the literature. This is a method that seeks to find and synthesize theoretical or empirical data present in the literature on a particular topic, with the goal of understanding a phenomenon in particular [20]. For its implementation, the following steps were followed: drafting of the guiding question; search or sampling in the literature; data collection; critical analysis of included studies; discussion of results; and, presentation of integrative review [21].

Drafting of the guiding question

The guiding question of this integrative review was: what are the scientific evidences in the literature about the elderly access to primary health care services?

Search or sampling in literature

Searches were carried out in pairs from June 2015, 1:30 of articles published in national and international journals indexed in the databases: Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature (CINAHL), Latin American and Caribbean Literature in Health Sciences (LILACS), Medline (Medical Literature Analysis and Retrieval System Online) and Web of Science. Using health sciences descriptors (DeCS) and Medical Subject Headings (MeSH): health services accessibility, elderly and primary health care, using the Boolean and.

The selection of the articles had as criteria's of inclusion: full papers published between 2005 and 2015; treat the elderly access to primary care services; and, be in the Portuguese, English or Spanish language. After reading the titles and abstracts, it was selected articles that addressed the guiding question. It was excluded: publications that were not in paper format (books, dissertations, theses, book reviews, letters and editorials), review articles (integrative and systematic) and those who were not in full online access.

Applying the intersection of descriptors were found 111 articles, 33 in CINAHL, LILACS, 21 in

41 on Medline and 16 in Web of Science. Among them, 13 publications were selected to compose the sample for filling all the inclusion criteria (2 in CINAHL, 2 in LILACS, 3 in Medline and 6 in Web of Science).

Data collection

The data collection was done via an instrument containing the following items: article title, journal name, year of publication, database, country, type of study, level of evidence, objectives and key results.

Critical analysis of included studies

Classification by a level of evidence serves to assess the quality of the evidence pointed to by studies, assisting in decision-making about their incorporation in clinical practice. On completion of this step, the evaluation of the level of evidence of articles selected was made as it follows [22]:

- Level 1: evidence resulting from systematic review or meta-analysis of all relevant controlled randomized clinical trials or clinical guidelines based on systematic reviews of randomized controlled clinical trials;
- Level 2: evidence of at least one randomized controlled well delineated;
- Level 3: evidence of well-defined clinical trials without randomization;
- Level 4: evidence from cohort studies and case-control study well delineated;
- Level 5: evidence of systematic review of descriptive and qualitative studies;

- Level 6: evidence derived from a single descriptive or qualitative study;
- Level 7: evidence and opinion or expert committees report.

Then there were in-depth reading of each article and descriptive analysis of the data found.

Discussion of Results

With the interpretation and synthesis of the results, the data highlighted in the analysis of the articles was compared to the theoretical framework of the research object, in order to expose concordant and discordant information on the subject, based by the authors of the articles. It also enabled to identify knowledge gaps and define priorities for future studies.

Presentation of the integrative review

The results are presented in table 1 and 2 the following categories that subsidized the discussion: Access to care; Facilitators in access to health services; Access to information; and, Access to the service.

Results

Thirteen publications were selected that focused on the subject of elderly access to primary care services. Eight articles were made in Brazil; the other occurred in European countries and the United States. **Table 1** presents the distribution of the number of articles found in the databases searched in the period from 2005 to 2015.

Table 1. Distribution of articles found according to the year of publication and databases searched.

Year/Database	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	Total
	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N
CINAHL	-	-	1	-	-	-	1	-	-	-	-	2
LILACS	-	-	-	-	-	1	-	-	1	-	-	2
MEDLINE	-	-	1	-	-	1	-	-	-	1	-	3
Web of Science	-	-	-	-	-	-	-	-	-	5	1	6
Total	0	0	2	0	0	2	1	0	1	6	1	13

In general, the studies discussed the difficulties and facilities of access to health care for the elderly; characteristics of the care provided to the elderly in primary health care; and perception, experience and satisfaction of older persons with primary care services to meet their health needs. There was a pre-

dominance of studies with quantitative approach. In relation to the level of evidence, all the articles were classified as level 6 for being a single quantitative descriptive study (9) and qualitative (6) (Table 2).

Table 2. Distribution of items according to the title, objectives, journal name, study design and level of evidence.

N	Title	Objective	Journal	Design/Level of evidence
1	Older people's preferences for involvement in their own care: qualitative study in primary health care in 11 European countries [23]	Explore the vision of older people with more than 70 years on the involvement in their care from primary care in 11 European countries	Patient Education and Counseling	Qualitative/ Level 6
2	Use and access of the elderly to primary health care services in Porto Alegre (RS, Brazil) [24]	Describe the use and geographic access of the elderly to primary healthcare (PHC) in Porto Alegre (RS), and to analyze the association between variables of interest to the study and access to PHC.	Science & Public Health	Quantitative/ Level 6
3	Service for elderly in primary care health: social representations [25]	Evaluate the service offered to the elderly in primary care from the perspective of social representations	Revista de Pesquisa: Cuidado é fundamental online	Qualitative/ Level 6
4	The Elderly's Look Regarding the Access to a Basic Health Unit in Porto Alegre -RS [26]	Describe how to give the elderly access to health services in a Basic Health Unit in Porto Alegre	Revista da Faculdade de Odontologia de Porto Alegre	Quantitative/ Level 6
5	Characteristics of general practice care: What do senior citizens value? The qualitative study [27]	Improve the understanding of the preferences in relation to attributes not primary care physicians	BMC Geriatrics	Qualitative/ Level 6
6	Does the patient-centered approach help identify the needs of older people attending primary care? [28]	Investigate the effect of patient-centered care in identification of unmet needs in the elderly	Age and Ageing	Quantitative/ Level 6
7	Better Access, Quality, and Cost for Clinically Complex Veterans with Home-Based Primary Care [29]	Check the quality and perceptions as to the restrictions of the primary service in home (HBPC)	Journal of the American Geriatrics Society	Qualitative/ Level 6
8	Elderly Health: perceptions related to the care provided [30]	Understand how the elderly perceive the care provided in primary healthcare services	Esc Anna Nery	Qualitative/ Level 6
9	Evaluation of the quality of primary health care from the perspective of the elderly [31]	Assess the quality of Primary Health Care (PHC) provided to the elderly from their viewpoint	Ciência & Saúde Coletiva	Quantitative/ Level 6
10	Humanization in primary health care from the viewpoint of elderly [32]	Analyze the perception of the elderly population on how humanized is primary health care, focusing on aspects of outpatient services that affect the quality of care	Saúde e Sociedade	Quantitative/ Level 6

N	Title	Objective	Journal	Design/Level of evidence
11	Satisfaction of the elderly population attended in the Family Health Strategy in Santa Cruz, Rio Grande do Norte, Brazil [33]	Identify the satisfaction of the elderly population in relation to the health care received in the Family Health Strategy, in Santa Cruz, in the State of Rio Grande do Norte (RN)	Texto & Contexto Enfermagem	Quantitative/Level 6
12	Expectations and user experiences of older Roma women with health services in primary care [34]	Know the expectations and user experiences of older Roma women with health services in primary care (PC)	Atención Primaria	Qualitative/Level 6
13	Primary healthcare geared to the needs of the elderly: from theory to practice [35]	Establish a confrontation between theory and practice with respect to healthcare for the elderly	Ciência & Saúde Coletiva	Quantitative/Level 6

Source: CINAHL, LILACS, Medline, Web of Science, 2005-2015.

Discussion

Reading the selected articles made it possible to identify the scientific evidence related to the access of the elderly to primary health care which will be discussed by means of the following categories.

Access to care

Among the issues to be discussed are the obtaining of care, the duration of the query, the time and the waiting time to be answered. The limiting factors for access to the service include the limited offer; insufficient number of professionals; quick queries not patient-centric and based on medicalization by the population without listening and correct identification of their health needs; and, opening hours that caters exclusively to the interests of professionals and managers [36-8].

These factors are responsible for the generation of a pent-up demand, formed mainly by older people, who will return home without assistance, with risk of worsening of your clinical condition; or will look for private medical services; or, still, that will address emergency departments for situations that could have been circumvented in the basic attention. Thus, the user becomes a true seeker, begging attendance by health centers aside from [39].

As for the duration of the query, you must take into account the time required for the elderly clari-

fy your doubts, assimilate the information received and tell about your health problems, as well as for professional conduct interview and physical examination with quality [32]. The query time is associated with the degree of interest of health professionals on your client, but also disproportionate ratio between demand and number of professionals, which requires them to consult more quickly [40]. This represents a risk to the health of users, since if they are not examined thoroughly, there could be omission of any health problems that, consequently, will not be treated, causing worsening of health status, diagnosis, complications, and even death, in addition to burdening the costs with an injury that could have been detected early.

The insufficient consultation time interferes with the professional-user interaction by inhibiting the client to clarify your doubts and concerns about his illness and prevent identification of their real needs. A study conducted in Germany questioned elderly patients about the health problems that they thought more relevant, and doctors about what were your processing priorities. There was divergence in the responses of the patients and the doctors (treatment priorities differed from what the elderly perceived as being important), pointing out the need to improve the communication between the parties, which will contribute to the accession of

the elderly to the indicated therapy and attendance expectations [41].

Regarding the opening hours, users complain of the short period of functioning of health services, especially those sites that provide specific days for attendance of the population according to your health problem, for example, diabetics and hypertensive [23, 31]. Scheduled demand benefits of priority service due to his health problem, however, other users should not be deprecated by not being in the priority group. On the contrary, health professionals should listen to the user about what reason he sought the job and forward it to the requested sector (vaccines, for example) or, if your problem is acute, use the rating system (immediate priority or day). If the problem is not urgent, may be made: query, scheduling specific guidance or on unit offerings, stock advance provided for in the protocols, inclusion in programmatic actions, discussion of the case with the user reference or referral to other points of attention [42].

To establish the hours of operation, the needs and the profile of the population answered should be considered, providing care at convenient periods for users and not only for the health care professional or for managers, obeying the principle of centralization in the patient. The period of service and appointments, namely, access to health care must not hinder the user bureaucratic. As he has no obligation to know what is an emergency situation, your complaint should be heard and considered by qualified professional, ensuring your constitutional right to receive health care [43].

The establishment of an ideal opening for primary care services is not a unique difficulty of the Brazilian health care system. Countries such as Canada, known for providing high standard health care, also face this challenge: offer primary care services within a schedule that meet the needs of users, avoiding overcrowding of emergency services [44].

Some alternatives were created to deal with this problem. In Spain, the primary care services have

longer opening hours (up to 20 hours), facilitating access to workers and, even after being closed, users can get in touch with general practitioners in their offices or call to ask questions [45]. In England, in 2000, were created so-called service walk-in centers conducted by nurses that meet cases of low gravity (fractures, cuts, allergies, burns) 24 hours a day [17].

Similar to the walk-in centers of developed countries, emergency room units (UPA) were created in Brazil to unburden the emergency services of the hospitals to meet cases of average complexity, but come back to also serve the primary care services. These locations become more attractive to users, once they find in one place health care team (doctors and nurses), diagnostic tests and treatment. However, the use of the emergency room unit as gateway has been criticized since it promotes the medicalization and centralization in medical care, at the expense of the exploitation of the potential of other health professionals; does not follow patients with chronic diseases (only treats symptoms and signs); in addition to working with disease and social determinants of collective interest. And more than that, does not establish linkages, generating only complaints resolution [46].

Another complaint of the elderly relates to the excessive time that is spent in waiting rooms [25,33]. Advanced age and the weakened state because they need to be prioritized in attendance. However, some services still use the system of distribution of passwords in order of arrival, contrary to the principle of equity of SUS and making these people, already weakened by old age and illness, lay-up lines in front of the health units during the early hours, facing rain and cold [36]. When the chips are down that day, the user finds himself forced to go home without having your problem solved or seek emergency services, overloading them.

To listen and the identification of user needs in the host and require training of health staff to put it into practice. Without adequate training, the host is

seen only as a friendly and polite way of answering the user, whichever is a fragmented and bureaucratic assistance, physician-centered, based on signs and symptoms and in order of arrival, within days and timetables stipulated by the health team until the vacancies of the day [47].

When it comes to the elderly, the health professional must be doubly qualified. The elderly person does not have the same facility that the youngsters to express what you feel. In addition to the physical problems, it is common to the existence of depression in this population. The signs and symptoms of diseases may present differently than in younger individuals. Thus, the interview with the elderly should include a careful evaluation of the signs and symptoms that he presents, but also as important, their social and psychological situation. The elderly face the distancing of the sons (who left home and have their own affairs), the physical and psychological changes that come with aging, disease and death expectancy, which can lead to mental illness and be reflected in your physical state. Therefore, these changes must be identified by health professionals, which will help you to deal with these issues (or forward to another professional most qualified to do so) and promote measures that contribute to their quality of life [48].

In the face of all these difficulties, users seeking health services only when the disease manifests itself, and not for prevention and monitoring [24]. That looks more heavily on low-income population, which leads to another factor: the financial system exclusive. Thus, the poorest people are who else needs the health system due to the absence of prevention and control of diseases, and is the one that least can access, because coming up in an inadequate supply of health services. Those with better financial conditions will seek private services for care, inequality of access, which is a contradiction in a country like Brazil that ensures universal access to health care to its population [49].

Facilitators in access to health services

Home care and the phone can be facilitators in access to health services by avoiding accessibility problems, such as distance to the services, difficulty of transport and weakened state beyond the way to these locations [27, 30].

Brazil, the home visit is planned on the family health strategy and can be applied to health teams for community health Agents (ACS), by the user, family, neighbors and other services [50]. The elderly are the main applicants for presenting more diseases associated with functional and cognitive disability (stroke, dementia and functional incapacity to instrumental activities of daily living) that the younger individuals [47].

This service mode is also used as an alternative to developing countries to contain health spending by reducing the number of hospitalizations. In Japan, nurses make home visits to seniors who have health insurance. Although these visits are subsidized by the Japanese public, not all low-income seniors can have access to the service [18].

In Brazil, unlike, the House call is a free service funded entirely by the Government. However, some difficulties common to the Japan, such as the limited number of professionals in relation to demand, costs and lack of professional conduct shuttle visits and problems to reach the most remote areas (such as rural communities) [51]. This is because, although the SUS guarantees free health care to the entire Brazilian population, cannot be universal in practice by the inability to offer access to all citizens, sets up in violation of a right guaranteed by law [52].

Another route of access to the service used by citizens of developed countries is the phone, through which users can clarify questions of health, receive medical and nursing consultation and be sorted and forwarded to the appropriate services, which avoids the user having to scroll unnecessarily until the service. In Denmark, the queries can be made by email, which does not exclude face-to-face customer service if necessary [45].

In Canada, the phone service works 24 hours a day, seven days a week, and is performed by trained nurses. Most of the links are related to questions associated with symptoms [53]. However, the use of the telephone and the internet for senior citizens to access to health services should be studied more thoroughly, checking the familiarity and the disposition of elderly person in handling these apparatuses, as many still prefer face-to-face contact with health professionals.

In Brazil, some initiatives in the area of long-distance service have been made to improve access of the population, even if indirectly. In Porto Alegre, most primary care services have consultation phone scheduling, which is also used for prioritization of elderly [35]. In Minas Gerais, in 2005, Telehealth Network was implemented (as part of the program "Brazil Telehealth networks" of the federal Government), in which basic health care professionals can ask questions about diagnosis, treatment and medical procedures, with experts from various fields of university hospitals. The "Minas Telecardio Project" allows doctors of health units of the most remote regions send electrocardiograms to cardiologists of university hospitals for interpretation. In spite of the consultations to the distance patients being prohibited in Brazil, these initiatives assist in better access to the population by allowing more qualified and quick answers to your health problems [54].

Access to information

One aspect of access that should be assessed is whether the patient has the opportunity to discuss your health problems and questions about his illness and attendance [8]. The information is essential for the individual to understand and make choices about their health. Users should know the range of services offered by the health system, to require those who are not covered by the system and use the ones available, given their needs. The lack of information is a form of exclusion of the individual health services [55].

Studies show that elderly people would like to receive information about your health condition, treatment options and preventive measures. However, communication between the health professional and the elderly still need to be ripened [27-8]. The professional should take into account some features of aging that can interfere with this interaction. The elderly must be included in decision-making about their treatment, considering their autonomy and ability to make decisions; must receive guidelines without using technical terms, according to their degree of education, in a bright environment and with little noise, considering the possible reduction in visual and auditory. It is important to not yet infantile it and show no hurry while talking [56].

Health professionals should be available to listen to the old user. Elder hopes that doctors do not act as if they were superior and they are kind, concerned about your health, that establish trust and listen to them [34]. The communication should still be an exchange of biological and psychosocial information to be effective. The elderly seem to value their everyday problems, related to the loneliness, the fear of death, to the prejudice suffered by being old, the loss of functional capacity and autonomy that once owned and the difficulty in dealing with the limitations imposed by age, then their actual health problems during a health consultation. The socioeconomic problems interfere with your quality of life and mental health that reflect on their physical health. All these factors should be considered for elderly care, leaving room for him to express [41].

Considering the psychosocial needs of older persons contributes to the opening of a communication line, establishment of bond and confidence in professional, most interest of the elderly in the knowledge of your medical condition and treatment adherence [46]. In addition, you must pay attention to communication difficulties of the elderly concerning the change of cognition and memory, gender

(women tend to talk more than men), ignorance of the language (in the case of European countries, for example) and even in linguistic variation in the own country [57].

Access to the service

Besides the difficulties discussed earlier, which the elderly face to have access to health care, there may be barriers to reach the health service about the challenges of getting carriage and use it, the cost of the course and distance of their residence [29].

In Brazil, the primary care services in general are strategically located in order to avoid the problems cited. The challenges faced by the elderly in urban centers refer to the bad conservation of sidewalks and streets, the risk of assault and the lack of respect for traffic laws by the population (disrespect to the crosswalk and the light) [26].

However, for people who are far from big cities, such as the Riverside population, who lives on the edge of rivers or in flood plains, the difficulties are related to the costs and the limitation of displacement caused by seasonal rivers. These people are dependent on the arrival of boats or ships-hospitals of non-governmental Organizations, army or health departments to receive assistance [58]. A study conducted in Canada in rural communities pointed out the complexity for residents to access health services outside of their region that also involves costs and obtaining transportation and unsafe conditions on the roads, as bad weather and conservation [59].

When access problems are not external to services, many times they are internal, such as: presence of steps; lack of handrails, ramps and toilets adapted for wheelchair users; inadequate waiting rooms; and, unmarked facilities for people with visual and auditory limitations. In fact, they end up encountering unfriendly environments, especially for the elderly more fragile, such as examination rooms with narrow doors, precluding or hindering the passage of wheelchairs or walkers. The services are often

noisy, poorly ventilated and have uncomfortable seating, no signs on the doors and hallways, with professionals who do not use identification badges, or when they do, it is difficult to read, and that do not orientate users where they should go [57].

The access of older persons to health services is a comprehensive theme starting from the physical access to the service to the attendance of their health needs. With the world trend of increase in the elderly population, and consequently, with the increased need for health care, the services must be prepared to deal with the various issues related to this phenomenon that involves ensuring access to health care, empower professionals and suit your physical structure. It is a complex process, because it involves other sectors not only of health to improve access, as public policies to improve public transportation, hiring more health professionals to handle the existing demand and creation of strategic actions for dealing with the economic barrier with regard to the financing of all these actions.

Even the developed countries face problems in providing health services to their citizens, especially the elderly. Brazil has a public health system sought by many countries, free to its population as few. However, it presents several obstacles to the implementation of its guidelines and principles that need to be overcome so that universal access can come out of the paper and turn reality.

Conclusion

The elderly represent a major portion of the pent-up demand in the health public services with increasing tendency, because with the ageing of the population in Brazil and in the world, the demand for care tends to be larger, in view of the increase of chronic diseases present in old age. This fact requires rapid and efficient responses of managers to meet these new demands, especially in developing countries like Brazil that experience this demographic transition of an accelerated rate.

The difficulties of access for the elderly are not very different from those of other age groups, however, their needs differ from younger individuals, because many have difficulty of locomotion, vision and hearing impaired, usually need more health care, and tend to have more psychological and mental disorders such as depression. The lack of family and social support can put them at risk of falls, hamper the demand for health care and adhere to the recommended health treatment.

The problems of access to services for the elderly have some similarities to the problems faced by developing nations. One of them is the exclusion of the elderly with low income and low education. In rich countries this happens due to the inability to afford health services, even though subsidized by the Government, or the transport. In Brazil, even the health care being free, not all seniors receive assistance.

However, countries such as Canada, Japan, Spain, England and Denmark are examples of accessibility related to infrastructure such as public transportation, public roads in an excellent state of conservation, in addition to health services organized and with excellent physical structure. In Brazil, except for few cities, the difficulty of the elderly already starts to get out of their houses and wait at inappropriate bus stops (no seat and no protection from rain, cold or sun), catch bus overcrowded with high steps; or, if he's going to walk up to the nearest unit, often face a lack of sidewalks or defective driveways that are real obstacles even for the youngest.

In developed countries in Europe and North America, the difficulty of access in urban areas occurs especially after the closure of the primary care units. In Brazil, demand for emergency services for non-urgent reasons happens during the hours of operation of the basic units, often guided by professionals of these places, driven by the lack of customer service, reception and resolution of needs.

Lack a real and more comprehensive inclusion of elderly health care network and its recognition as

an individual with distinctive needs. However, no responsibility can be only by health professionals as they face the lack of sufficient staff to meet the demand, supplies, adequate physical structure and training. There must be joint efforts between the Government, managers, professionals and even users who must complain to the responsible organizations, so there is substantial improvement in the quality of the access, not only for the elderly, but for the entire population, to health care.

References

1. Veras RP. Experiências e tendências internacionais de modelos de cuidado para com o idoso. *Cienc Saude Colet* [Internet]. 2012 [cited 2015 Oct 10]; 17(1): 231-8. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v17n1/a25v17n1>. Portuguese.
2. Leichsenring K. Developing integrated health and social care services for older persons in Europe. *Int J Integr Care* [Internet]. 2004 Sept [cited 2015 Sept 05]; 4(3). Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1393267/pdf/ijic2004-200410.pdf>
3. Hebert R, Raiche M, Dubois MF, Gueye NR, Dubuc N, Tousignant M. Impact of PRISMA, a coordination-type integrated service delivery system for frail older people in Quebec (Canada): a quasi-experimental study. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci*. 2010; 65B:107-18. doi: 10.1093/geronb/gbp027.
4. Giovannella L, Escorel S, Lobato LVC, Noronha JC, Carvalho AI. Políticas e sistema de saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2012. Portuguese.
5. Travassos C, Oliveira EXG, Viacava F. Desigualdades geográficas e sociais no acesso aos serviços de saúde no Brasil: 1998 e 2003. *Cienc Saude Colet* 2006; 11(4): 975-86. doi: 10.1590/S1413-81232006000400019.
6. Ministério da Saúde (Brasil). Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Articulação Interfederativa. Principais marcos normativos da gestão interfederativa do SUS. Brasília: Ministério da Saúde; 2014.
7. Donabedian A. Aspects of Medical Care Administration: Specifying Requirements for Health Care. Cambridge (MA): Harvard University Press; 1973.
8. Starfield, Barbara. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: Ministério da Saúde; 2002.
9. Assis MMA, Jesus WLA. Acesso aos serviços de saúde: abordagens, conceitos, políticas e modelo de análise. *Cienc Saude Colet*. 2012; 17(11): 2865-75. doi: 10.1590/S1413-81232012001100002. Portuguese.
10. Bahia L. As contradições entre o SUS universal e as transferências de recursos públicos para os planos e seguros privados de saúde. *Cien Saude Colet*. 2008; 13(5): 1385-97. doi: 10.1590/S1413-81232008000500002. Portuguese.

11. Araújo JD. Polarização epidemiológica no Brasil. *Epidemiol Serv Saúde*. 2012 Out-Dez; 21(4): 533-8. doi: 10.5123/S1679-49742012000400002. Portuguese.
12. Rodrigues et al. Uso de serviços básicos de saúde por idosos portadores de condições crônicas. *Rev Saude Publica* 2009; 43(4): 604-12. doi: 10.1590/S0034-89102009005000037. Portuguese.
13. Paim J, Travassos C, Almeida C, Bahia L, Macinko J. The Brazilian health system: history, advances, and challenges. *Lancet* 2011; 377: 1778-97. doi: 10.1016/S0140-6736(11)60054-8
14. Szwarcwald CL, Souza-Júnior PRB, Damacena GN. Socioeconomic inequalities in the use of outpatient services in Brazil according to health care need: evidence from the World Health Survey. *BMC Health Serv Res* 2010; 10: 217. doi: 10.1186/1472-6963-10-217.
15. Krings DS et al. The strength of primary care in Europe: an international comparative study. *Br J Gen Pract [Internet]*. 2013 Nov [cited 2015 Sept 06]; 63(616): e742-50. doi: 10.3399/bjgp13X674422.
16. Williams SL, Haskard KB, DiMatteo MR. The therapeutic effects of the physician-older patient relationship: Effective communication with vulnerable older patients. *Clin Interv Aging [Internet]*. 2007 [cited 2015 Sept 06]; 2(3): 453-467. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2685265/>
17. Boyle S. United Kingdom (England): Health system review. *Health Systems in Transition [Internet]*. 2011 [cited 2015 Sept 06]; 13(1): 1-486. Available from: http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0004/135148/e94836.pdf
18. Nagaya Y, Dawson A. Community-Based Care of the Elderly in Rural Japan: A Review of Nurse-Led Interventions and Experiences. *J Community Health* 2014; 39: 1020-8. doi: 10.1007/s10900-014-9847-5.
19. Sermeus W et al. Nurse forecasting in Europe (RN4CAST): Rationale, design and methodology. *BMC Nurs [Internet]*. 2011 [cited 2015 Sept 06]; 10: 6. Available from: <http://www.biomedcentral.com/content/pdf/1472-6955-10-6.pdf>
20. Whittemore R, Knafl K. The integrative review: updated methodology. *J Adv Nurs [Internet]*. 2005 [cited 2015 Sept 06]; 52(5): 546-53. Available from: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1365-2648.2005.03621.x/pdf>
21. Souza MT, Silva MD, Carvalho R. Revisão Integrativa: o que é e como fazer. *Einstein [Internet]*. 2010 [cited 2015 Sept 06]; 8(1Pt1): 102-6. Available from: http://apps.einstein.br/revista/arquivos/PDF/1134-Einsteinv8n1_p102-06_port.pdf. Portuguese.
22. Melnyk BM, Fineout-Overholt E. *Evidence-Based Practice in Nursing & Healthcare. A guide to best practice*. 2 edition. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2010.
23. Bastiaens H, Van Royen P, Pavlic DR, Raposo V, Baker R. Older people's preferences for involvement in their own care: A qualitative study in primary health care in 11 European countries. *Patient Educ Couns* 2007; 68: 33-42. doi: 10.1016/j.pec.2007.03.025.
24. Paskulin LMG, Valer DB, Vianna LAC. Utilização e acesso de idosos a serviços de atenção básica em Porto Alegre (RS, Brasil). *Cien Saude Colet* 2011; 16(6): 2935-44. doi: 10.1590/S1413-81232011000600031. Portuguese.
25. Mendes CKTT, Moreira MASP, Bezerra VP, Sarmento AMMF, Silva LC, De Sá CMCC. Atendimento para idosos na atenção básica de saúde: representações sociais. *R pesq cuid fundam online*. 2013; 5(1): 3443-52. doi: 10.9789/2175. Portuguese.
26. Oliveira WNN, Teichmann LP, Da Silva DDF, Sirena SA, Schneider MI. O Olhar da População Idosa sobre o Acesso a uma Unidade Básica de Saúde em Porto Alegre - RS. *Rev Fac Odontol [Internet]*. 2010 Set-Dez [cited 2015 Sept 06]; 51(3): 17-22. Portuguese. Available from: <http://seer.ufrgs.br/RevistaFaculdadeOdontologia/article/view/24347>
27. Berkemans PGJ, Berendsen AJ, Verhaak PFM, Van der Meer K. Characteristics of general practice care: What do senior citizens value? A qualitative study. *BMC Geriatr* 2010; 10(80): 1-8. doi: 10.1186/1471-2318-10-80.
28. Smith F, Orrell M. Does the patient-centered approach help identify the needs of older people attending primary care? *Age and Ageing* 2007; 36: 628-31. doi: 10.1093/ageing/afm131.
29. Edes T et al. Better Access, Quality, and Cost for Clinically Complex Veterans with Home-Based Primary Care. *J Am Geriatr Soc* 2014; 62: 1954-61. doi: 10.1111/jgs.13030.
30. Vello LS, Popim RC, Carazzai EM, Pereira MAO. Elderly Health: perceptions related to the care provided. *Esc Anna Nery Rev Enferm* 2014; 18(2): 330-5. doi: 10.5935/1414-8145.20140048.
31. Araújo LUA, Gama ZAS, Nascimento FLA, Oliveira HFV, Azevedo WM, De Almeida Júnior HB. Avaliação da qualidade da atenção primária à saúde sob a perspectiva do idoso. *Cien Saude Colet* 2014; 19(8): 3521-32. doi: 10.1590/1413-81232014198.21862013. Portuguese.
32. De Lima TJV, Arcieri RM, Garbin CAS, Moimaz SAS, Saliba O. Humanização na atenção básica de saúde na percepção de idosos. *Saude Soc* 2014; 23(1): 265-76. doi: 10.1590/S0104-12902014000100021. Portuguese.
33. Oliveira LPBA, Medeiros LMF, Meirelles BHS, Santos SMA. Satisfaction of the elderly population attended in the family health strategy in Santa Cruz, Rio Grande do Norte, Brazil. *Texto Contexto Enferm* 2014 Out-Dez; 23(4): 871-9. doi: 10.1590/0104-07072014000320013.
34. Ramos-Morcillo AJ, Ruzafa-Martínez M, Fernández-Salazarb S, Del-Pino-Casado R. Expectativas y experiencias de uso de las mujeres gitanas mayores ante los servicios sanitarios de atención primaria. *Aten Primaria* 2015; 47(4): 213-9. doi: 10.1016/j.aprim.2014.05.011. Spanish.
35. Martins AB, D'Ávila OP, Hilgert JB, Hugo FN. Atenção Primária à Saúde voltada às necessidades dos idosos: da teoria à prática. *Cien Saude Colet* 2014; 19(8): 3403-16. doi: 10.1590/1413-81232014198.13312013. Portuguese.
36. Alcione Brasileiro Oliveira Cunha, Ligia Maria Vieira-da-Silva. Acessibilidade aos serviços de saúde em um município do Estado da Bahia, Brasil, em gestão plena do sistema. *Cad Saude Publica* 2010 Abr; 26(4): 725-37. doi: 10.1590/S0102-311X2010000400015. Portuguese.
37. Thumé E, Facchini LA, Tomasi E, Vieira LAS. Home health care for the elderly: associated factors and characteristics of access and health care. *Rev Saude Publica* 2010; 44(6): 1102-11. doi: 10.1590/S0034-89102010005000038.

38. Tesser CD, Norman AR. Repensando o acesso ao cuidado na Estratégia Saúde da Família. *Saude Soc* 2014; 23(3): 869-83. doi: 10.1590/S0104-12902014000300011. Portuguese.
39. Oliveira LH, De Mattos RA, De Souza AIS. Cidadãos peregrinos: os "usuários" do SUS e os significados de sua demanda a prontos-socorros e hospitais no contexto de um processo de reorientação do modelo assistencial. *Cienc Saude Colet* 2009; 14(5): 1929-38. doi: 10.1590/S1413-81232009000500035. Portuguese.
40. Perez VMA, Aceituno L. Evaluación de la satisfacción usuaria en un Centro de Atención Primaria de Salud. *Cuad Med Soc [Internet]*. 2013 [cited 2015 Sept 15]; 53(4): 233-240. Available from: http://cms.colegiomedico.cl/Magazine/2013/53/4/53_4_6.pdf. Spanish.
41. Voigt I, Wrede J, Diederichs-Egidi H, Dierks ML, Junius-Walker U. Priority Setting in General Practice: Health Priorities of Older Patients Differ from Treatment Priorities of Their Physicians. *Croat Med J* 2010; 51: 483-92. doi: 10.3325/cmj.2010.51.483.
42. Ministério da Saúde (Brasil). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Acolhimento à demanda espontânea. Brasília: Ministério da Saúde; 2011. Portuguese.
43. Brehmer LCF, Verdi M. Acolhimento na Atenção Básica: reflexões éticas sobre a Atenção à Saúde dos usuários. *Cienc Saude Colet* 2010; 15(Supl.3): 3569-78. doi: 10.1590/S1413-81232010000900032. Portuguese.
44. Canadian Institute for Health Information. Health care in Canada [Internet]. 2003 [cited 2015 Sept 15]. Available from: https://secure.cihi.ca/free_products/hcic2003_e.pdf
45. Netherlands Institute for Health Services Research [Homepage in the Internet]. Primary Care in Europe. Country information on Primary Care [cited 2015 Sept 15]. Available from: <http://www.nivel.nl/en/primary-care>
46. Tesser CD, Poli Neto P, Campos GWS. Acolhimento e (des) medicalização social: um desafio para as equipes de saúde da família. *Cienc Saude Colet* 2010; 15(Supl.3): 3615-24. doi: 10.1590/S1413-81232010000900036. Portuguese.
47. Milena Lopes Santana. Demanda espontânea e planejamento estratégico situacional no Programa Saúde da Família de Pindamonhangaba. *Rev Bras Med Fam Comunidade* 2011 Abr-Jun; 6(19): 133-41. doi: 10.5712/rbmfc6(19)163. Portuguese.
48. Witt RR, Roos MO, Carvalho NM, Da Silva AM, Rodrigues CDS, Santos MT. Professional competencies in primary health care for attending to older adults. *Rev Esc Enferm USP* 2014; 48(6): 1018-23. doi: 10.1590/S0080-623420140000700009.
49. Antônio M G Bôsa e Ângelo J G Bôsb. Determinantes na escolha entre atendimento de saúde privada e pública por idosos. *Rev Saúde Pública [Internet]*. 2004 [cited 2015 Sept 15]; 38(1): 113-20. Available from: <http://www.scielo.br/rsp/pdf/v38n1/18460.pdf>. Portuguese.
50. Ministério da Saúde (Brasil). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Envelhecimento e saúde da pessoa idosa. Brasília: Ministério da Saúde; 2007. Portuguese.
51. De Aguiar LBMAC, Calda CP. Estratégia Saúde da Família e a atenção ao idoso: experiências em três municípios brasileiros. *Cad Saude Publica* 2011 Abr; 27(4): 779-86. doi: 10.1590/S0102-311X2011000400017. Portuguese.
52. Brasil. Conselho Nacional de Saúde. Lei nº 8080 de 19 de setembro de 1990. Capítulo II. Dos princípios e diretrizes. Artigo 7º (I) [cited 2015 Sept 15]. Available from: <http://conselho.saude.gov.br/legislacao/lei8080.htm>. Portuguese
53. Canadian-healthcare.org. Canadian Health Care [Homepage in the Internet]. c2004-07 [cited 2015 Sept 15]. Available from: <http://www.canadian-healthcare.org/page8.html>
54. Alkmim MB et al. Improving patient access to specialized health care: the Telehealth Network of Minas Gerais, Brazil. *Bull World Health Organ* 2012; 90: 373-8. doi: 10.2471/BLT.11.099408
55. Sanchez RM, Ciconelli RM. Conceitos de acesso à saúde. *Rev Panam Salud Publica [Internet]*. 2012 [cited 2015 Sept 15]; 31(3): 260-8. Available from: <http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v31n3/12.pdf>. Portuguese.
56. Ministério da Saúde (Brasil). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Envelhecimento e saúde da pessoa idosa. Brasília: Ministério da Saúde; 2007. Portuguese.
57. World Health Organization. Active ageing: towards age-friendly primary health care. Geneva: World Health Organization; 2004.
58. Cohen-Carneiro F, Souza-Santos R, Pontes DG, Salino AV, Rebelo MAB. Oferta e utilização de serviços de saúde bucal no Amazonas, Brasil: estudo de caso em população ribeirinha do Município de Coari. *Cad Saude Publica* 2009 Ago; 25(8): 1827-38. doi: 10.1590/S0102-311X2009000800019. Portuguese.
59. Wong S, Regan S. Patient perspectives on primary health care in rural communities: effects of geography on access, continuity and efficiency. *Rural Remote Health [Internet]*. 2009 [cited 2015 Sept 06]; 9: 1142. Available from: https://circle.ubc.ca/bitstream/handle/2429/30142/Wong_Regan_Patient_perspectives.pdf?sequence=1

Publish in International Archives of Medicine

International Archives of Medicine is an open access journal publishing articles encompassing all aspects of medical science and clinical practice. IAM is considered a megajournal with independent sections on all areas of medicine. IAM is a really international journal with authors and board members from all around the world. The journal is widely indexed and classified Q1 in category Medicine.

4.2 Artigo 2 – Avaliação do atendimento em serviços de saúde pela pessoa idosa

Avaliação do atendimento em serviços de saúde pela pessoa idosa¹

Health services care evaluation by the elderly

Juliana Almeida Marques Lubenow¹, Luípa Michele Silva², Maria Eliete Batista Moura³, Greicy Kelly Gouveia Dias Bittencourt⁴, Maria do Socorro Costa Feitosa Alves⁵, Antonia Oliveira Silva⁶

1 Doutoranda em Enfermagem, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, PB, Brasil. Telefone: (83) 99655-6616. E-mail: julianalmeidamarques@hotmail.com;

2 Doutora em Enfermagem, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, PB, Brasil;

3 PhD, Professora Associada IV, Universidade Federal do Piauí, Teresina, PI, Brasil;

4 Doutora em Enfermagem, Bolsista do Programa Nacional de Pós-Doutorado (PNPD/CAPES), Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, PB, Brasil;

5 PhD, Professora Titular, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, RN, Brasil;

6 PhD, Professora Titular, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, PB, Brasil.

Artigo extraído da Tese de Doutorado de Juliana Almeida Marques Lubenow, intitulada "Avaliação do atendimento nos serviços de saúde à pessoa idosa", defendida em 02/08/2016 pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Paraíba (UFPB).

RESUMO

OBJETIVO: Avaliar o atendimento à pessoa idosa em serviços de saúde (atenção primária e especializada).

MÉTODO: Estudo exploratório, com abordagem quanti-qualitativa, realizado na cidade de João Pessoa, PB, em Unidades de Saúde da Família e no Centro de Atenção à Saúde do Idoso com 238 idosos. A coleta de dados ocorreu entre janeiro e julho de 2015, por meio de um instrumento com questões objetivas e entrevista em profundidade gravada. Os dados quantitativos foram processados pelo pacote SPSS, e as entrevistas foram processadas e analisadas pelo software Iramuteq. Dois pesquisadores fizeram uma leitura aprofundada da ideia central de cada uma das classes resultantes, junto com a literatura vigente, para subsidiar a discussão dos resultados.

RESULTADOS: A maioria dos idosos procurou os serviços para conseguir consulta médica. Em relação ao acesso ao atendimento médico, nas Unidades de Saúde da Família, é mais facilitado, e o tempo de espera para atendimento e de deslocamento até o serviço foi menor do que no Centro de Atenção

¹ Está nas normas da *Revista de Saúde Pública da USP*

Especializada. A maior parte dos idosos considerou excelentes a organização, a pontualidade dos profissionais de saúde e dos funcionários, o conforto e a limpeza.

CONCLUSÃO: A avaliação positiva dos serviços para os idosos foi justificada por se sentirem bem atendidos, mesmo com a demora para o atendimento e a marcação de consultas.

DESCRIPTOR: Assistência Ambulatorial. Atenção Primária à Saúde. Avaliação em Saúde. Idoso.

ABSTRACT

OBJECTIVE: Evaluate elderly care in primary health care and specialized services.

METHODS: Exploratory study with quantitative and qualitative approach in the city of João Pessoa, PB, in the Family Health Units and in the Elderly Healthcare Center with 238 elderly. Data collection took place between January and July 2015 through an instrument with objective questions and a in-depth interview recorded. Quantitative data were processed by SPSS package and interviews were processed and analyzed by Iramuteq software. The interviews and the current literature supported the discussion of the results.

RESULTS: Most of the elderly sought these services for consultation with the doctor. At the Family Health Units, access to the doctor consultation is easier and waiting time to be attended and to arrive at the services was lesser than in the Specialized Care Center. Most seniors considered organization, health professionals and staff punctuality, comfort and cleanliness excellent.

CONCLUSIONS: Positive evaluation of the services was associated with the elderly feel well treated, even with long waiting times to be attended and to schedule an appointment with the doctor.

DESCRIPTORS: Ambulatory Care. Primary Health Care. Health Evaluation. Aged.

INTRODUÇÃO

O envelhecimento da população, em países subdesenvolvidos como o Brasil, é um fenômeno recente, que tem exigido mudanças rápidas nos setores social e da saúde para atender às demandas da pessoa idosa. Esse processo tem sido acompanhado pelo aumento da incidência, da prevalência e das complicações de doenças crônicas nesse grupo, que passa a necessitar cada vez mais de atendimento nos serviços de saúde.¹

Os desafios já existentes para garantir à população acesso ao atendimento somam-se à necessidade de capacitação das equipes de saúde e adequação dos

serviços para atender às necessidades dos idosos. Os profissionais de saúde devem compreender o envelhecimento como um processo fisiológico, e não, patológico e conhecer as especificidades e as limitações impostas a essa faixa etária, implementando ações de manutenção do seu estado de saúde, para que tenham mais expectativa de vida com boa qualidade, autonomia e independência funcional junto de seus familiares.²

É importante conhecer como o idoso avalia o atendimento oferecido nos serviços de saúde e sua opinião sobre o que ainda precisa melhorar³, porquanto o atendimento das suas necessidades e a facilidade de acesso ou utilização dos serviços contribuem para um maior vínculo dessas pessoas, o que propicia o acompanhamento pela equipe de saúde das modificações globais associadas ao processo de envelhecimento e evita ou minimiza os riscos de saúde (e outros), bem como complicações de doenças crônicas presentes.⁴

Na literatura, há uma escassez de pesquisas que deem oportunidade à pessoa idosa de se expressar em relação ao atendimento recebido nos serviços. Então, questiona-se: qual a avaliação dos idosos sobre o atendimento nos serviços de saúde? Para responder a essa questão, este estudo tem o objetivo de avaliar o atendimento à pessoa idosa em serviços de saúde (atenção primária e especializada).

MÉTODOS

Trata-se de estudo exploratório com abordagem mista (quanti-qualitativa). Essa abordagem é importante para minimizar as limitações existentes ao se fazerem julgamentos subjetivos sobre determinado fenômeno.⁵ A pesquisa foi feita na cidade de João Pessoa, PB, em Unidades de Saúde da Família (USF) e no Centro de Atenção à Saúde do Idoso (CAISI), onde são realizadas consultas com equipe multiprofissional referenciadas pelas USF.

Foram entrevistados 238 idosos (119 nas USF e 119 no CAISI), que compuseram a amostra selecionada por conveniência, considerando-se como critérios de inclusão: ter 60 anos de idade ou mais; ter sido atendido no mesmo serviço de saúde onde a entrevista foi realizada; não ter déficit cognitivo e aceitar participar do estudo. Para a avaliação cognitiva, foi aplicado o Miniexame do Estado Mental (MEEM). Foram excluídos os idosos que obtiveram menos de 27

pontos². Cerca de 20 idosos se recusaram a participar, com a justificativa de que estavam apressados ou tinham receio de se prejudicar ou prejudicar algum funcionário.

Os dados foram coletados entre janeiro e julho de 2015, durante o horário de funcionamento dos serviços, por meio de um instrumento com questões objetivas relacionadas à caracterização da amostra e do atendimento nos serviços de saúde, como: organização, pontualidade, conforto e limpeza dos serviços - a cada um desses itens foram atribuídos os seguintes conceitos: excelente, muito boa, boa, razoável ou ruim - e de entrevista em profundidade, com a seguinte questão norteadora: como o (a) senhor (a) avalia o atendimento recebido nesse serviço?

Para a coleta dos dados, os idosos foram abordados individualmente nas salas de espera desses locais e esclarecidos quanto à pesquisa e ao seu direito de se recusar a participar dela. Os idosos receberam o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e, depois de preencher os critérios de inclusão e de assinar o TCLE (ou imprimir suas digitais), eles foram entrevistados individualmente e em sala reservada. As entrevistas foram gravadas e transcritas e identificadas por sujeito 1, sujeito 2, e assim por diante. Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Lauro Wanderley (HULW), protocolo nº 261/09 e CAAE: 0182.0.126.000-09.

Os dados originados do formulário foram processados pelo pacote SPSS (*Statistical Package for Social Sciences*), versão 22.0, e submetidos à análise estatística simples, como frequência e porcentagem; os dados das entrevistas foram organizadas em um corpus, processados e analisados pelo software IRaMuTeQ³ (*Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires*) versão 0.7 alpha 2, divididos em segmentos de texto e submetidas ao método de Classificação Hierárquica Descendente (CHD) e ao teste do Qui-quadrado (χ^2) para obtenção de classes, formadas em função da similaridade do vocabulário presente nas falas.

² Biblioteca Virtual em Saúde [homepage na Internet]. BVS. APS. Atenção Primária à Saúde [acesso em 07 jul 2016]. Disponível em: <http://aps.bvs.br/apps/calculadoras/?page=11>

³ Brígido Vizeu Camargo e Ana Maria Justo. Tutorial para uso do software de análise textual IRAMUTEQ. 2013. Available from: <http://www.iramuteq.org/documentation/fichiers/tutoriel-en-portugais>

RESULTADOS

A maioria dos idosos entrevistados, em ambos os serviços, tinham entre 60 e 69 anos de idade, do sexo feminino, casadas com registro civil, aposentadas, com ensino fundamental completo ou incompleto, renda familiar de até dois salários mínimos, moravam acompanhadas, faziam visitas frequentes aos serviços e avaliaram sua saúde como razoável. As doenças crônicas mais prevalentes nesses idosos foram hipertensão arterial, diabetes mellitus e doenças osteoarticulares, como artrose e osteoporose.

Nas Unidades de Saúde da Família, 53,8% dos idosos procuraram esses serviços para ser consultados com o médico. No CAISI, essa porcentagem subiu para 86,6%. Dentre os demais serviços utilizados nas USF, destacam-se a aplicação de vacinas, a aferição de pressão arterial e da glicemia capilar, a participação em grupos de convivência e a assistência odontológica. Nas USF, 94,1% dos entrevistados chegam a esses locais caminhando, o que leva cerca de 6 a 15 minutos (41,2%). Já para chegar ao CAISI, eles precisam se deslocar de ônibus (71,4%), o que demora entre 31 e 60 minutos (40,4%) (tabela 1).

Tabela 1 Características do atendimento aos idosos nos serviços de saúde - João Pessoa, PB - 2016

	USF		CAISI		Total	
	f	%	f	%	f	%
Motivos da procura pelos serviços^a						
Consulta médica	64	53,8	103	86,6	-	-
Vacinas	58	48,7	-	-	-	-
Verificação de pressão arterial	56	47,0	-	-	-	-
Verificação de glicemia capilar	48	40,3	-	-	-	-
Participação em grupos	46	38,6	7	5,9	-	-
Consulta com dentista	27	22,7	2	1,7	-	-
Pegar medicamentos	11	9,2	-	-	-	-
Pegar receita de medicamentos	10	8,4	5	4,2	-	-
Curativo	7	5,9	-	-	-	-
Marcar exames e consultas com especialistas	6	5,0	2	1,7	-	-
Outros ^b	7	5,9	1	0,8	-	-
Como chegou ao serviço						
A pé	112	94,1	1	0,8	113	47,5
De carro	5	4,2	30	25,2	35	14,7
De ônibus	1	0,8	85	71,4	86	36,1
De táxi	-	-	3	2,5	3	1,3
Não responderam	1	0,8	-	-	1	0,4
Quanto tempo leva para chegar ao serviço^b						
Até 5 minutos	41	34,4	2	1,7	43	18,0
De 6 a 15 minutos	49	41,2	27	22,7	76	31,9
De 16 a 30 minutos	15	12,6	38	31,9	53	22,3
De 31 a 60 minutos	-	-	48	40,4	48	20,2
Mais de 60 minutos	-	-	3	2,5	3	1,3
Não responderam	14	11,8	1	0,8	15	6,3
O horário da consulta médica é conveniente						
Sim	113	95,0	112	94,1	225	94,5
Não	1	0,8	6	5,0	7	3,0
Não responderam	5	4,2	1	0,8	6	2,5
Encontram dificuldade em conseguir consulta médica						
Sim	12	10,1	44	37,0	56	23,5
Não	98	82,4	72	60,5	170	71,5
Não responderam	9	7,6	3	2,5	12	5,0

Tempo de espera para ser atendido						
Até 15 minutos	13	10,9	6	5,0	19	8,0
De 16 a 30 minutos	39	32,8	26	21,9	65	27,3
De 31 a 60 minutos	31	26,0	27	22,7	58	24,4
De 61 a 120 minutos	19	16,0	40	33,6	59	24,8
> 120 minutos	7	5,9	20	16,8	27	11,3
Não responderam	10	8,4	-	-	10	4,2
Foi atendido pelo mesmo médico nas consultas anteriores						
Sim	90	75,6	91	76,5	181	76,0
Não	24	20,2	20	16,8	44	18,5
Não responderam	5	4,2	8	6,7	13	5,5

a Pode haver mais de uma resposta **Acompanhar familiar, pegar atestado, aplicar injeção, coleta de citologia oncológica

b O tempo pode variar em função da velocidade com que o idoso caminha e suas limitações físicas, além das condições do trânsito.

A maior parte dos idosos aprovou o horário das consultas médicas e afirmou não ter dificuldade para agendar, principalmente na atenção básica (82,4%). Nas USF, a maioria respondeu que o tempo de espera para atendimento foi de 16 a 30 minutos (32,8%), enquanto no CAISI, 33,6% aguardaram de 61 a 120 minutos. Setenta e seis por cento dos idosos relataram que ainda são acompanhados pelos mesmos médicos das consultas anteriores (tabela 2).

Quanto à avaliação dos serviços, a maioria dos idosos considerou excelente a organização (62,6%), a pontualidade dos profissionais de saúde e dos funcionários (56,7%), o conforto (56,3%) e a limpeza (61,8%). Muitos atribuíram uma pontuação alta para organização ao bom atendimento recebido. Em relação ao conforto, avaliaram positivamente os serviços afirmando que o local é arejado, tem televisão e se oferecem água, lanche e café (tabela 2).

Tabela 2 Avaliação dos serviços de saúde pelos idosos - João Pessoa, PB - 2016

	USF		CAISI		Total	
	f	%	f	%	f	%
Organização						
Excelente	79	66,4	70	58,8	149	62,6
Muito boa	21	17,6	28	23,5	49	20,6
Boa	13	10,9	16	13,4	29	12,2
Razoável	3	2,5	3	2,5	6	2,5
Má	3	2,5	2	1,7	5	2,1
Pontualidade						
Excelente	65	54,6	70	58,8	135	56,7
Muito boa	32	26,9	31	26,1	63	26,5
Boa	14	11,8	13	10,9	27	11,3
Razoável	2	1,7	4	3,4	6	2,5
Má	2	1,7	1	0,8	3	1,3
Não responderam.	4	3,4	-	-	4	1,7
Conforto						
Excelente	67	56,3	67	56,3	134	56,3
Muito boa	22	18,5	16	13,4	38	16,0
Boa	17	14,3	22	18,5	39	16,4
Razoável	10	8,4	13	10,9	23	9,7
Má	3	2,5	1	0,8	4	1,6
Limpeza						
Excelente	83	69,7	64	53,8	147	61,8
Muito boa	18	15,1	24	20,2	42	17,6
Boa	14	11,8	20	16,8	34	14,3
Razoável	2	1,7	8	6,7	10	4,2
Má	2	1,7	3	2,5	5	2,1

As queixas sobre a organização foram sobre a demora para marcar as consultas com especialistas e exames - a marcação deve ser feita pelas USF, e não, diretamente no CAISI - e ao atraso no atendimento. Também reclamaram da falta de pontualidade dos médicos e da precariedade da limpeza dos sanitários.

Em relação aos dados originados do IRaMuTeQ, com 94,44% de aproveitamento dos segmentos, foram apontadas cinco classes: duas tratam de aspectos afetivos associados ao atendimento, e as demais abordam aspectos da prática de atendimento e das dificuldades vivenciadas.

DISCUSSÃO

Não foram encontradas diferenças significativas quanto ao perfil sociodemográfico e de saúde dos idosos que frequentam os locais onde foi feita a pesquisa, provavelmente porque os usuários do CAISI são referenciados pelas USF. O estudo mostrou que as mulheres são as clientes que mais frequentam as unidades de saúde, o que pode ser atribuído às desigualdades de gênero quanto ao comportamento em relação às questões de saúde, já discutidas em outro estudo⁶, no qual foi demonstrado que a feminilidade está ligada a ações de prevenção e promoção à saúde, e a masculinidade, a correr riscos.

Pessoas de mais baixa renda e escolaridade também são as que mais procuram os serviços públicos de saúde. Esse dado também foi encontrado em um estudo epidemiológico feito em Porto Alegre.⁷ No entanto, alguns idosos recorrem a serviços particulares. Para isso, sacrificam suas aposentadorias ou solicitam empréstimos a familiares e a instituições financeiras, devido às representações negativas sobre os serviços de saúde ofertados pelo Sistema Único de Saúde (SUS) e à garantia de atendimento:

“[...] é a ideia que a gente tem do SUS que o povo não trabalha bem [...]”
(Sujeito 124, sexo masculino, ensino superior)

“[...] eu faço todos os meus exames particulares [...] pelo SUS demora [...]”
(Sujeito 238, sexo feminino, ensino fundamental)

A procura pela assistência privada de saúde também foi verificada em um estudo sul-africano⁸, o que leva a inferir que a precariedade dos serviços públicos de saúde acaba por beneficiar a iniciativa privada. Por outro lado, em países

desenvolvidos como a Suécia, a baixa procura pelo setor privado de saúde pela população está associada a um atendimento público de boa qualidade.⁹

A maior parte dos idosos deste estudo morava acompanhada. Essa realidade é diferente em países europeus, onde mais de 40% das mulheres idosas vivem sozinhas.¹⁰ Muitos idosos relataram que são a fonte de sustento para filhos, netos e genros, situação também verificada em outro município brasileiro.¹¹ Em contrapartida, a família pode se configurar como principal suporte social para a pessoa idosa, auxiliando-a nas atividades diárias e nos cuidados de saúde, além de oferecer apoio afetivo.¹²

Foi constatado que os idosos buscam os serviços pesquisados com frequência (mais de duas vezes, nos últimos seis meses), o que pode estar relacionado à prevalência de doenças crônicas nessa população e ao bom atendimento recebido, à variedade de serviços oferecidos em ambos os locais e, no caso da Unidade de Saúde da Família, à localização próxima de suas residências.¹³ O fato de a avaliação da saúde ter sido considerada razoável pode estar ligado aos problemas de saúde ocasionados pelas doenças crônicas desses indivíduos. Um estudo realizado na Espanha constatou que a visita ao clínico geral é determinada pela presença de uma ou mais doenças crônicas e de dois ou mais sintomas nos últimos seis meses, além da percepção de saúde razoável ou pobre.¹⁴

O motivo da busca por atendimento nos serviços centrou-se na consulta médica, principalmente no CAISI, o que foi encontrado também em um estudo feito no Rio Grande do Norte.¹⁵ Nas USF, a procura por atendimento médico dividiu espaço com as vacinas, especialmente porque a pesquisa foi realizada em época de campanha de vacinação contra a gripe; com a verificação da pressão arterial e da glicemia capilar, que estão associadas às reuniões para acompanhamento de portadores de hipertensão arterial e diabetes mellitus que ocorrem nas unidades de saúde pesquisadas; com os grupos de convivência, por serem um meio de socialização, amenizar a solidão, aumentar a autoestima e ser uma opção de lazer¹⁶; e com a assistência odontológica. Isso destaca e reforça a importância da atenção primária, ao promover acesso ao atendimento multiprofissional, atendendo ao princípio de integralidade e garantindo o atendimento das necessidades dos usuários.

A maioria dos idosos pesquisados geralmente chega às USF caminhando, o que leva até 15 minutos, mas isso foi percebido como uma vantagem por um dos entrevistados.

“[...] há dez anos atrás, quando a gente não tinha PSF [...], de lá para cá as coisas estão mudando [...] é perto da sua casa [...] você não precisa se deslocar para muito longe [...]” (Sujeito 33, sexo masculino, ensino médio)

Diferentemente no CAISI, os idosos gastam até uma hora no trajeto entre suas residências e o serviço e dependem de outras pessoas para levá-los ou utilizam transporte coletivo, o que restringe e dificulta o acesso devido à impossibilidade de custear as passagens, à limitação física e à falta de orientação sobre como chegar ao local. Essa situação também foi verificada por um estudo em um município da Bahia.¹⁷

“[...] nem sempre a pessoa está com condições físicas de sair de casa e pegar um ônibus [...] tem que se deslocar mesmo doente [...]” (Sujeito 57, sexo feminino, ensino superior)

“o encaminhamento vai para locais distantes. [...] a gente não conhece o lugar [...]” (Sujeito 53, sexo feminino, iletrado)

Os idosos, em geral, aprovam o horário agendado para as consultas e justificam que, por serem aposentados, não têm restrição de horário. Em uma pesquisa realizada em 11 países europeus, os idosos afirmaram que horários de consulta convenientes, bem como visitas a domicílio, atendimento por telefone e tempo de espera aceitável contribuem para que se envolvam bem mais no cuidado com sua saúde.¹⁸

Também afirmaram não encontrar dificuldade para obter consulta médica, especialmente nas USF. No CAISI, uma das limitações do acesso às consultas médicas está associada à especialidade solicitada, o que também foi apontado por um estudo realizado no Rio de Janeiro¹⁹. As áreas de Ginecologia e Geriatria são as de mais fácil acesso, e as mais problemáticas, Reumatologia, Cardiologia e Neurologia, segundo os idosos desta pesquisa:

“[...] faz mais de um ano que eu luto para marcar uma consulta com o reumatologista [...]” (Sujeito 154, sexo feminino, ensino fundamental)

“[...] eu tenho um exame de esteira e um cardiologista para me consultar desde o ano retrasado [...] até hoje não me chamaram para fazer [...]” (Sujeito 208, sexo feminino, ensino médio)

Um estudo realizado na Paraíba apontou falhas no sistema de referência e contrarreferência relacionadas à sua fragmentação, ao não conhecimento do fluxo pelos profissionais envolvidos e à falta de planejamento.²⁰ Estudos nacionais ou internacionais sobre o intervalo de tempo entre a solicitação de consulta para a pessoa idosa e a marcação praticamente não existem. Uma pesquisa de revisão, nos Estados Unidos, verificou que idosos que esperam muito tempo para receber atendimento podem apresentar piora em seu estado de saúde, incluindo infarto agudo do miocárdio, acidente vascular cerebral e aumento do nível de hemoglobina glicada.²¹ Deve-se lembrar que uma grande parcela dos entrevistados deste estudo tem doenças crônicas que podem causar incapacidades, aumento da mortalidade e diminuição da qualidade de vida.

A Atenção Primária à Saúde (APS) deve ser a porta de acesso aos serviços de saúde, no entanto, devido aos problemas encontrados, como falta de profissionais e atendimento por ordem de chegada e em número limitado, sem considerar as necessidades dos usuários, e à cultura da valorização da especialidade, da medicalização e da assistência centrada no médico, muitas pessoas veem os serviços de atenção básica como barreira para a obtenção de atendimento.²² O usuário deve ser ouvido atentamente e encaminhado aos serviços de maior complexidade se seu problema ultrapassar a capacidade de resolução no primeiro nível de atenção, o que evita sobrecarregar e onerar o sistema público de saúde com consultas com especialistas e exames diagnósticos desnecessários.

A maior parte dos idosos, nos dois serviços, relatou que precisa aguardar a vez para ser chamada para atendimento, porém, nas USF, o tempo de espera foi menor em relação ao CAISI. Apesar da demora para serem atendidos, muitos idosos afirmaram que isso não será um problema se eles conseguirem ser atendidos e forem bem tratados. Situação semelhante foi verificada em um estudo americano com usuários de serviços de saúde.²³

No CAISI, a pessoa idosa é orientada a chegar mais cedo para uma triagem, que consiste em a equipe de Enfermagem verificar a pressão arterial e o peso. Os idosos acreditam que a espera por atendimento se deve ao excesso de pessoas em relação ao número de profissionais existentes e ao atraso de alguns médicos para chegarem aos serviços. Em ambos os locais, eles são atendidos

por ordem de chegada, muitas vezes, sem levar em consideração a gravidade e a necessidade dessas pessoas.

“[...] a gente vem em jejum [...] a gente que é diabético sente uma fome medonha e eles começam tarde [...] não sei nem que horas são e ainda estamos esperando [...]” (Sujeito 98, sexo feminino, ensino fundamental)

“[...] se você está doente e precisa falar logo com o médico, é difícil [...]” (Sujeito 155, sexo feminino, ensino fundamental)

Tanto nas USF quanto no CAISI, os idosos foram atendidos pelo mesmo profissional médico nas consultas anteriores. Um estudo realizado na Holanda detectou que os idosos apreciam quando são atendidos pelo mesmo profissional de saúde pois lhes confere segurança e não precisam repetir sua história pessoal e de saúde. Além disso, desenvolve uma relação de vínculo que pode propiciar uma maior adesão às orientações de prevenção e promoção à saúde.²⁴

“[...] eu disse que queria mostrar os exames para a médica que me consultou [...] eu não vou entregar a outro médico que não me consultou se ele não me conhece [...]” (Sujeito 159, sexo masculino, ensino fundamental)

De uma forma geral os idosos entrevistados avaliaram positivamente a organização, pontualidade, conforto e limpeza nos dois locais estudados. Verificou-se que a avaliação dos serviços está associada a aspectos afetivos do atendimento. Muitos idosos atribuíram uma boa pontuação por se sentirem bem atendidos, mesmo havendo problemas como atraso do profissional e falta de prioridade no atendimento:

“[...] eu não tenho o que dizer daqui porque o atendimento é bom [...] eu queria que, como ele é especial, fosse atendido logo [...]” (Sujeito 100, sexo feminino, ensino fundamental)

“[...] o atendimento é demorado, mas é bom porque eles atendem direito, perguntam o que estamos sentindo, tem paciência para ouvir [...]” (Sujeito 110, sexo masculino, ensino fundamental)

“[...] o atendimento é ótimo pela maneira de falar com a gente [...] são sempre delicadas [...] abraçam a gente, conversam, respeitam [...]” (Sujeito 230, sexo masculino, ensino médio)

Conclui-se que a avaliação dos serviços esteve associada ao fato de os idosos se sentirem bem atendidos e acolhidos, mesmo com as dificuldades encontradas quanto à demora para o atendimento e a marcação de consultas.

Uma limitação deste estudo foi que, como a amostra foi selecionada por conveniência, os idosos não entrevistados com uma melhor ou pior avaliação do serviço podem ter sido omitidos. No entanto, muitos dos resultados estão de acordo com a literatura sobre o tema.

Devido à importância de conhecer o atendimento nos serviços de saúde sob a ótica da pessoa idosa, com o propósito de melhorar a qualidade e atender às suas demandas, os estudos sobre esse tema devem se concentrar na atenção primária. Assim, sugerem-se mais pesquisas sobre o atendimento ao idoso nos demais níveis de atenção.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Envelhecimento e saúde da pessoa idosa. Brasília: Ministério da Saúde; 2007.
2. Silvestre JA, Da Costa Neto MM. Abordagem do idoso em programas de saúde da família. *Cad Saude Publica* [Internet]. 2003;19(3):839-47. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/%0D/csp/v19n3/15887.pdf>
3. World Health Organization (WHO). Towards age-friendly primary health care. Geneva: World Health Organization; 2004.
4. Boeckxstaens P, De Graaf P. Primary care and care for older persons: position paper of the European Forum for Primary Care. *Qual Prim Care*. 2011;19(6):369-89.
5. Trafimow D. Considering Quantitative and Qualitative Issues Together. *Qual Res Psychol*. 2014;11(1):15-24. DOI: 10.1080/14780887.2012.743202.
6. Evans J, Frank B, Oliffe JL, Gregory D. Health, Illness, Men and Masculinities (HIMM): a theoretical framework for understanding men and their health. *J Mens Health* [Internet]. 2011;8(1):7–15. Disponível em: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1875686710003684> DOI: [10.1016/j.jomh.2010.09.227](http://dx.doi.org/10.1016/j.jomh.2010.09.227)
7. Paskulin LMG, Valer DB, Vianna LAC. Utilização e acesso de idosos a serviços de atenção básica em Porto Alegre (RS, Brasil). *Cienc Saude Colet* [Internet]. 2011;16(6):2935-44. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v16n6/31.pdf> DOI: 10.1590/S1413-81232011000600031

8. Harrisa B, Goudgea J, Atagubab JE, McIntyre D, Nxumaloa N, Jikwanac S et al. Inequities in access to health care in South Africa. *J Public Health Policy* [Internet]. 2011;32:S102–23. Disponível em: <http://www.palgrave-journals.com/jphp/journal/v32/n1s/full/jphp201135a.html>
DOI:10.1057/jphp.2011.35
9. Anell A, Glenngard AH, Merkur S. Sweden: health system review. *Health systems in transition*. 2012 [citado 2016 maio 24];14(5):1-159. Disponível em: [http://eprints.lse.ac.uk/43952/1/Sweden%20health%20system%20review%20\(lsero\).pdf](http://eprints.lse.ac.uk/43952/1/Sweden%20health%20system%20review%20(lsero).pdf)
10. World Health Organization. Global Health and Aging. 2011 [citado 2016 maio 24]. Disponível em: http://www.who.int/ageing/publications/global_health.pdf
11. Rabelo DF, Neri AL. Tipos de configuração familiar e condições de saúde física e psicológica em idosos. *Cad Saude Publica* [Internet]. 2015;31(4):874-84. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v31n4/0102-311X-csp-31-04-00874.pdf> DOI: 10.1590/0102-311X00087514
12. Alvarenga MRM, Oliveira MAC, Domingues MAR, Amendola F, Faccenda O. Rede de suporte social do idoso atendido por equipes de Saúde da Família. *Cien Saude Coletiva* [Internet]. 2011;16(5):2603-11. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011000500030 DOI: 10.1590/S1413-81232011000500030
13. Paskulin LMG, Valer DB, Vianna LAC. Utilização e acesso de idosos a serviços de atenção básica em Porto Alegre (RS, Brasil). *Cien Saude Colet* [Internet]. 2011;16(6):2935-44. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011000600031 DOI: 10.1590/S1413-81232011000600031.
14. Eva Crespo-Cebadaa, Rosa M. Urbanos-Garrido. Equity and equality in the use of GP services for elderly people: The Spanish case. *Health Policy*. 2012;104:193– 9. DOI: 10.1016/j.healthpol.2011.10.007
15. Medeiros FA, Araújo-Souza GC, Albuquerque-Barbosa AA, Clara-Costa IC. Acolhimento em uma Unidade Básica de Saúde: a satisfação do usuário em foco. *Rev Salud Publica* [Internet]. 2010;12(3):402-13. Disponível em: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0124-00642010000300006

16. Andrade AN, Nascimento MMP, Oliveira MMD, Queiroga RM, Fonseca FLA, Lacerda SNB, Adam F. Percepção de idosos sobre grupo de convivência: estudo na cidade de Cajazeiras-PB. *Rev Bras Geriatr Gerontol* [Internet]. 2014;17(1):39-48. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-98232014000100039 DOI: [10.1590/S1809-98232014000100005](https://doi.org/10.1590/S1809-98232014000100005)
17. Cunha ABO, Vieira-da-Silva LM. Acessibilidade aos serviços de saúde em um município do Estado da Bahia, Brasil, em gestão plena do sistema. *Cad Saude Publica* [Internet]. 2010;26(4):725-37. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2010000400015 DOI: 10.1590/S0102-311X2010000400015
18. Bastiaens H, Van Royen P, Pavlic DR, Raposo V, Baker R. Older people's preferences for involvement in their own care: A qualitative study in primary health care in 11 European countries. *Patient Educ Couns* [Internet]. 2007;68:33–42. Disponível em: <http://www.sciencedirect.com.ez15.periodicos.capes.gov.br/science/article/pii/S0738399107001449> DOI: 10.1016/j.pec.2007.03.025
19. Serra CG, Rodrigues PHA. Avaliação da referência e contrarreferência no Programa Saúde da Família na Região Metropolitana do Rio de Janeiro (RJ, Brasil). *Cien Saude Coletiva* [Internet]. 2010;15(Supl.3):3579-86. Disponível em: <http://www.scielo.org/pdf/csc/v15s3/v15s3a33.pdf> DOI: [10.1590/S1413-81232010000900033](https://doi.org/10.1590/S1413-81232010000900033)
20. Protasio APL, Da Silva PB, De Lima EC, Gomes LB, Machado LS, Valença AMG. Avaliação do sistema de referência e contrarreferência do estado da Paraíba segundo os profissionais da Atenção Básica no contexto do 1º ciclo de Avaliação Externa do PMAQ-AB. *Saude Debate* [Internet]. 2014;38(esp.):209-20. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-11042014000600209&script=sci_abstract&tlng=es DOI: 10.5935/0103-1104.2014S016
21. Pizer SD, Prentice JC. What Are the Consequences of Waiting for Health Care in the Veteran Population? *J Gen Intern Med* [Internet]. 2011;26(Suppl 2):676–82. Disponível em: <http://link.springer.com.ez15.periodicos.capes.gov.br/article/10.1007/s11606-011-1819-1#page-1> DOI: 10.1007/s11606-011-1819-1

22. Marin MJS, Marchioli M, Moracvick MYAD. Fortalezas e fragilidades do atendimento nas Unidades Básicas de Saúde tradicionais e da Estratégia de Saúde da Família pela ótica dos usuários. *Texto Contexto Enferm* [Internet]. 2013;22(3):780-8. Disponível:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072013000300026 DOI: 10.1590/S0104-07072013000300026

23. Anderson RT, Camacho FT, Balkrishnan R. Willing to wait?: The influence of patient wait time on satisfaction with primary care. *BMC Health Serv Res* [Internet]. 2007;7:31. Disponível em:

<http://bmchealthservres.biomedcentral.com.ez15.periodicos.capes.gov.br/articles/10.1186/1472-6963-7-31> DOI: 10.1186/1472-6963-7-31

24. PGJ Berkelmans, Annette J Berendsen, Peter FM Verhaak, Klaas van der Meer. Characteristics of general practice care: What do senior citizens value? A qualitative study. *BMC Geriatr* [Internet]. 2010;10:80. Disponível em: <http://bmcgeriatr.biomedcentral.com.ez15.periodicos.capes.gov.br/articles/10.1186/1471-2318-10-80> DOI: <http://dx.doi.org/10.1186/1471-2318-10-80>

4.3 Artigo 3 – O que pensam os idosos sobre o atendimento nos serviços de saúde

O que pensam os idosos sobre o atendimento nos serviços de saúde

Juliana Almeida Marques Lubenow¹, Antonia Oliveira Silva¹

1 Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, PB, Brasil.

Resumo

Objetivo: Identificar as representações sociais da pessoa idosa sobre o atendimento em serviços de saúde.

Métodos: Pesquisa exploratória com abordagem qualitativa, realizada na cidade de João Pessoa, Paraíba, Brasil. Foram entrevistados 266 idosos sobre o atendimento recebido em Unidades Básicas de Saúde e em um centro de atenção especializada. Os resultados foram discutidos com aporte na Teoria das Representações Sociais.

Resultados: Os idosos associaram um atendimento bom a aspectos afetivos, como carinho, paciência, atenção; e práticos, como atendimento rápido e prioritário, visita domiciliar e solicitação de exames, medicamentos e consultas com especialistas. No entanto, na prática, encontraram dificuldades relacionadas à demora para serem atendidos e conseguir consultas com especialistas, exames diagnósticos e ao atendimento por ordem de chegada, limitado pelo número de vagas e dias específicos.

Conclusão: As práticas no atendimento ao idoso, nos serviços de saúde, precisam ser rediscutidas para que seja ofertada uma assistência humanizada e qualificada, que atenda às suas necessidades. Profissionais de saúde e gestores precisam considerar as especificidades distintas da pessoa idosa em sua abordagem, tanto na atenção primária quanto nos demais níveis de atenção.

Introdução

No Brasil, o primeiro contato do usuário com o sistema de saúde, geralmente, é feito por meio das Unidades Básicas de Saúde (UBS), que incluem as Unidades de Saúde da Família (USF), onde são marcadas consultas e exames e realizados procedimentos de menor complexidade. Caso a necessidade de saúde do usuário ultrapasse a capacidade de resolução desses serviços, esse indivíduo será encaminhado para os demais níveis de atenção.¹

Garantir o acesso da população a esses níveis de atenção tem se constituído um desafio para o Sistema Único de Saúde (SUS),² especialmente porque, com o rápido envelhecimento da população e o aumento da incidência de doenças crônicas, as visitas aos serviços de saúde pela pessoa idosa tendem a ser mais frequentes. Assim, gestores e profissionais de saúde, além de lidar com as dificuldades já existentes, de oferecer acesso universal, integral, com equidade, longitudinalidade e coordenação, precisam adequar os serviços e capacitar as equipes de saúde quanto às demandas dos idosos para oferecer uma assistência com qualidade.³ Para tal, é importante ouvir sobre suas experiências com o atendimento oferecido nos serviços e sua opinião a respeito do que ainda precisa melhorar.⁴

Como a percepção de determinado fenômeno (nesse caso, o atendimento nos serviços de saúde) sofre interferência da forma como o indivíduo compreende a realidade que o cerca, baseado em um sistema de valores e de crenças, a Teoria das Representações Sociais (TRS), de Serge Moscovici, deu suporte à interpretação dos resultados encontrados.⁵ Esse autor destaca três dimensões para a formação das representações

sociais: atitude (posição dos sujeitos diante do objeto de representação), imagens ou campo de representação social (sentidos conferidos aos objetos por meio de conteúdos concretos responsáveis pela organização do campo de representação) e informação (conhecimento de um grupo sobre um objeto social).⁶

Então, pergunta-se: quais as representações sociais dos idosos sobre o atendimento em serviços de saúde? Para responder a esse questionamento, este trabalho teve como objetivo apreender as representações sociais da pessoa idosa sobre o atendimento em serviços de saúde.

Método

Pesquisa exploratória com abordagem qualitativa, realizada na cidade de João Pessoa, Paraíba, Brasil, nas USF e no Centro de Atenção Integral à Saúde do Idoso (CAISI), onde são realizadas consultas com equipe multiprofissional referenciadas pelas USF. A amostra foi composta de 266 idosos (123, nas USF, e 123, no CAISI), delimitada pelo critério de saturação dos dados, o que ocorre quando os dados acessados pelo pesquisador apresentam redundância e não é necessário ampliar a amostra, uma vez que as informações obtidas são consideradas suficientes.⁷ Os critérios de inclusão foram: ter 60 anos de idade ou mais; ter sido atendido no mesmo serviço de saúde onde a entrevista foi realizada; não ter déficit cognitivo para conceder as entrevistas; e aceitar participar do estudo. Para a avaliação cognitiva, foi aplicado o Miniexame do Estado Mental (MEEM). Foram excluídos os idosos que obtiveram menos de 27 pontos.⁸ Cerca de 20 idosos se recusaram a participar, alegando estarem apressados ou terem receio de se prejudicar ou prejudicar algum funcionário.

Pesquisa

Os dados foram entre janeiro e julho de 2015, de segunda a sexta-feira, por meio de entrevista semiestruturada, na qual os participantes foram solicitados a responder a esta questão: “Como o (a) senhor (a) avalia o atendimento recebido nesse serviço?”. As entrevistas foram gravadas e transcritas na íntegra.

Análise dos dados

As entrevistas foram processadas e analisadas pelo software Iramuteq (*Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires*), versão 0.7 alpha 2. O conjunto de entrevistas foi dividido pelo programa em trechos menores de texto, chamados de Segmentos de Texto (ST), e submetido ao método de Classificação Hierárquica Descendente (CHD) e ao teste do Qui-quadrado (χ^2) para obtenção das classes, que são formadas em função da similaridade do vocabulário presente nas evocações. Foi feita leitura aprofundada de cada classe por dois pesquisadores para interpretar as falas e identificar as representações sociais.

Ética

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Lauro Wanderley (HULW), protocolo nº 261/09 e CAAE: 0182.0.126.000-09. Os idosos foram abordados individualmente, nas salas de espera desses locais, e esclarecidos quanto à pesquisa e ao seu direito de se recusar a participar dela. Depois de preencher os critérios de inclusão e de assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (ou imprimirem suas digitais), os idosos foram entrevistados, individualmente e em sala reservada. Os discursos foram identificados por sujeito 1, sujeito 2, e assim por diante.

Resultados

Foram entrevistados 266 idosos, a maioria com idades entre 60 e 69 anos (46,2%), do sexo feminino (78,9%), com ensino fundamental (52,6%), casada (43,3%), renda familiar entre dois e três salários mínimos (52,6%) e aposentada (64,7%). Em relação à análise do corpus pelo IRaMuTeQ, foram retidos 1240 segmentos de texto (ST), o que corresponde a 94,44% do total de 1313 ST deste estudo. Por meio da CHD, as representações sociais sobre o atendimento nos serviços de saúde para a pessoa idosa foram apontadas em cinco classes semânticas, denominadas a partir de seu conteúdo. O programa procedeu, ainda, à intersecção e à descrição das classes (CHD) e apresentou o dendograma das classes do corpus, demonstrado na figura 1.

Figura 1. Dendograma das classes das representações sociais do atendimento nos serviços de saúde para a pessoa idosa

REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DO ATENDIMENTO NOS SERVIÇOS DE SAÚDE PARA A PESSOA IDOSA														
CLASSE 1 (23,8%) Atendimento recebido			CLASSE 2 (21,4%) Atendimento idealizado			CLASSE 3 (15,2%) Acolhimento nos serviços			CLASSE 4 (23,9%) Dificuldades relacionadas ao atendimento			CLASSE 5 (15,7%) Dimensões práticas do atendimento idealizadas		
Palavras	Freq	X ²	Palavras	Freq	X ²	Palavras	Freq	X ²	Palavras	Freq	X ²	Palavras	Freq	X ²
atender	498	26.06	médico	527	80.10	ir	518	7.46	médico	527	10.63	passar	164	55.69
idoso	330	387.81	bom	282	109.86	casa	113	18.76	exame	163	89.89	exame	163	3.87
dever	242	201.85	atendimento	224	74.34	enfermeiro	104	6.80	vir	144	48.88	casa	113	13.09
atenção	98	34.28	enfermeiro	104	24.15	pegar	67	4.09	esperar	130	12.06	problema	68	24.32
paciência	76	7.61	direito	99	50.21	perguntar	57	21.58	marcar	124	230.69	pegar	67	25.20
melhor	68	10.05	atenção	98	14.75	chamar	44	82.70	demorar	108	47.65	remédio	60	132.63
rápido	52	17.66	ótimo	96	70.37	sentar	43	38.92	consulta	92	88.63	melhorar	45	39.10
prioridade	51	87.59	paciência	76	39.16	levar	41	31.74	dia	78	52.39	levar	41	11.00
carinho	47	34.50	tempo	73	7.54	hora	41	6.46	pedir	55	37.28	pressão	35	53.69
amor	41	11.89	conversar	69	57.83	hospital	25	8.51	particular	46	84.11	pagar	33	18.42
respeito	38	85.96	vontade	63	146.99	pé	24	28.70	encaminhamento	45	37.79	saúde	30	27.49
criança	25	22.75	olhar	52	42.31	dentista	22	7.73	mandar	36	8.64	receita	26	49.78
velho	21	38.50	gosto	49	5.31	abrir	18	65.55	pagar	33	4.50	maravilhoso	21	8.16
fila	21	9.63	pergunta	47	46.97	ordem	18	55.29	difícil	31	5.71	coração	20	37.52
jovem	17	26.38	carinho	47	6.28	chegada	17	50.02	frente	30	26.35	medicamento	17	12.89
entender	15	15.40	explicar	44	12.78	sala	17	32.64	vaga	27	44.14	papel	16	9.70
dinheiro	15	15.40	amor	41	10.08	ano	16	10.20	conseguir	26	30.07	preciso	15	6.82
profissional	15	10.98	escutar	34	38.82	conhecer	16	6.22	reclamar	26	9.98			
educação	15	7.31	atencioso	32	38.04				voltar	24	20.10			
			dúvida	31	81.31				morrer	23	22.05			
			legal	31	34.99				horário	21	26.59			
			ouvir	28	42.46				mostrar	17	15.82			
			excelente	24	24.47				ficha	16	9.35			
			bacana	23	6.75									
			maravilhoso	21	8.68									
			cara	20	17.93									
			conhecer	16	7.84									
			calma	15	24.26									
			responder	15	18.42									

Como mostra a figura 1, o software dividiu as classes em dois grandes grupos: um grupo foi dividido em duas classes (1 e 2), e o outro, em uma (5), que foi dividida em duas outras classes (3 e 4). O primeiro grupo (classes 1 e 2) trata de aspectos afetivos associados ao atendimento e, individualmente, cada classe apresenta uma das maiores concentrações de ST do corpus. O segundo grupo, representado pela classe 5, trata de aspectos práticos referentes à percepção dos idosos sobre como deve ser o atendimento nos serviços. Foi dividido em duas outras classes, que apontam como esse atendimento se efetua na

realidade, incluindo as dificuldades existentes. A classe 4 também concentra uma das maiores proporções de ST, junto com as classes 1 e 2.

Para compor o dendograma, foram selecionadas as palavras com valor de qui-quadrado (Khi2) igual ou maior do que 3,84 ($p < 0,001$) e frequência nas classes igual ou maior a 14,45. Esse valor foi estabelecido pelo relatório completo do software IRaMuTeQ.

Discussão

Entre os idosos entrevistados, destaca-se a predominância de mulheres nos serviços de saúde, com baixa renda e escolaridade, corroborando com outros estudos.⁹⁻¹⁰ As classes foram discutidas com aporte da Teoria das Representações Sociais e da literatura vigente e serão apresentadas a seguir.

Classe 1 - Atendimento recebido

De uma forma geral, relatam serem bem atendidos e tratados, o que está vinculado a conversar, explicar, mostrar interesse pelo seu problema de saúde e sua vida pessoal, ser atencioso, escutar, ter educação, o que também foi apontado por outro estudo¹⁹: *[...]O médico é atencioso, faz pergunta, explica, tira dúvida[...]* (sujeito 11) *[...]Eu gosto muito do enfermeiro porque ele é atencioso, delicado, educado, trata com carinho[...]* (sujeito 150).

Verificou-se ainda que um bom atendimento resulta na imagem que os idosos constroem dos profissionais, como mãe, anjo, amigo, família, estabelecendo vínculo entre eles: *[...]O médico é um anjo[...]* (sujeito 43) *[...]É bom porque a gente se torna família daqui porque elas conhecem a gente há muito tempo, conhecem o nome da gente, já sabem tudo da gente, é bem familiar[...]* (sujeito 51) *[...]A ACS é minha amiga[...]* (sujeito 65) *[...]A fisioterapeuta é uma mãe[...]* (sujeito 144). O relacionamento profissional-usuário é benéfico na medida que desenvolve uma relação de vínculo e confiança, resultando em uma maior adesão às ações de prevenção e promoção à saúde.²⁰

Classe 2 - Atendimento idealizado

Quando questionados sobre como deveriam ser atendidos nos serviços de saúde, as respostas revelaram aspectos emocionais, o que também foi verificado em outro estudo⁹: *[...]Os idosos precisam de atenção, carinho. A pessoa tem que ter muita paciência. [...]* (sujeito 29) *[...]O idoso deveria ser atendido com respeito, paciência, prioridade, amor e compreensão.[...]* (sujeito 51). Com o avançar da idade, o pensamento de morte iminente, a falta de suporte social pela perda do companheiro, a saída dos filhos de casa ou mesmo a falta de atenção dos familiares, mesmo morando com eles, implica em uma maior fragilidade emocional na pessoa idosa.¹⁰

Outros aspectos apontados pelos idosos referem-se à obtenção de atendimento mais rápido e com prioridade: *[...]O idoso deveria ser atendido rápido e muito bem. O idoso não pode esperar.[...]* (sujeito 138) *[...]Deveria ser tratado primeiro. Idoso tem prioridade. Aqui não tem isso.[...]* (sujeito 32). O Estatuto do Idoso trouxe grande contribuição na defesa dos direitos da pessoa idosa. Um deles é o atendimento preferencial junto a órgãos públicos e privados¹¹, o que muitas vezes não é respeitado. No entanto, quando se trata de preferência no atendimento de saúde, deve-se considerar também a gravidade (e a necessidade) em que o usuário se encontra.¹²

O atendimento deve levar em conta as necessidades da pessoa idosa: [...] *Precisa procurar saber a necessidade, do que eles estão precisando. Se está precisando de remédio, de atenção. Muitos não dão atenção ao idoso.* [...] (sujeito 7). Muitas dessas necessidades estão associadas à imagem que os entrevistados apresentam em relação à pessoa idosa como um indivíduo frágil, doente, na iminência de morrer, como encontrado em outros estudos. Alguns comparam o idoso com a criança, devido ao estado de fragilidade e de dependência e por serem discriminados e ignorados pela sociedade.¹³⁻⁴ As necessidades da pessoa idosa identificadas pelos profissionais de saúde podem, ainda, diferir das apontadas pelos idosos, o que pode prejudicar a adesão à terapêutica instituída.¹⁵

Muitos entrevistados são portadores de doenças crônicas (hipertensão arterial, cardiopatias, diabetes, artrose), que trazem limitações funcionais que dificultam sua ida aos serviços e sua permanência em pé ou sentados por tempo prolongado.¹⁶ Alguns também são cuidadores de familiares, o que, além de dificultar a assiduidade às consultas de saúde, faz com que fiquem angustiados por causa da demora para serem atendidos.

A visita domiciliar, prevista no Programa de Saúde da Família (PSF)¹⁷, veio beneficiar, especialmente, idosos incapacitados de se dirigir às unidades de saúde e que ficariam excluídos de assistência. No entanto, os idosos se queixam da pouca frequência com que essas visitas ocorrem: [...] *poucas vezes ela vai em casa.* [...] (sujeito 22) [...] *quando o idoso for acamado, deveria ter mais visita* [...] (sujeito 43). Muitas dificuldades em relação às visitas são relatadas pelos profissionais de saúde, como o número insuficiente de profissionais, a falta de transporte e problemas para acessar as áreas mais longínquas, o que também foi detectado por um estudo realizado no Japão.¹⁸

Classe 3 - Acolhimento nos serviços

O acolhimento preconizado pelo MS envolve momentos de escuta, empatia, interesse, identificação de necessidades sociopsicobiológicas dos usuários, atentando-se ao princípio de equidade.²¹ No entanto, a percepção de acolhimento de muitos profissionais e funcionários dos serviços está relacionada a um procedimento burocrático: receber o usuário e encaminhá-lo para atendimento. São, muitas vezes, inflexíveis e não levam em consideração suas necessidades.²²

Nos PSF pesquisados, o acolhimento é feito pelos funcionários da recepção e pelos agentes comunitários de saúde (ACS), que acabam decidindo quem tem prioridade no atendimento. Geralmente, os idosos são priorizados, mas casos mais urgentes podem ser negligenciados e orientados a comparecer outro dia ou procurar outros serviços por causa da falta de avaliação de um profissional de saúde mais qualificado. O MS sugere que o acolhimento seja realizado pelo enfermeiro que, depois de escutar as demandas do usuário, pode realizar intervenções da sua competência ou encaminhá-lo para os demais profissionais de saúde.²³

No CAISI, as consultas com o médico, com o dentista e com o fisioterapeuta são marcadas antecipadamente na USF. Quando chegam a esse local, aguardam a vez para serem atendidos: [...] *É por ordem de chegada. Tem que chegar primeiro, vai dando o nome. Tem nome para médico, para dentista, para a glicemia, para o grupo* [...] (sujeito 46) [...] *A gente chega, fica sentado nas cadeiras, pede aos atendentes a ficha e vai chamando* [...] (sujeito 123). Os usuários costumam chegar de madrugada aos serviços, para que possam ser um dos primeiros a serem atendidos ou podem ficar sem atendimento, no caso da USF. Essa realidade também foi relatada em uma pesquisa no Rio de Janeiro.²⁴ Uma das queixas dos idosos diz respeito à falta de pontualidade da equipe de saúde: [...] *Eu*

fiquei esperando 5 horas para ser atendido. A médica marca um horário, mas ela chega em outro. A gente perde um dia aqui[...] (sujeito 226).

Classe 4 - Dificuldades relacionadas ao atendimento

O número de atendimentos médicos, nos serviços pesquisados, é limitado. Caso o médico solicite consulta com especialista ou exames diagnósticos, a peregrinação por atendimento continua. Devido ao número limitado de vagas para marcar esses procedimentos, muitos usuários aguardam meses ou anos para serem atendidos, situação também encontrada em outros estudos.²⁵⁻⁶

Alguns idosos recorrem a serviços particulares, sacrificam suas aposentadorias, solicitam ajuda de familiares e amigos, vendem bens ou solicitam empréstimos em instituições financeiras para custear consultas e exames, para não precisar esperar por atendimento pelo sistema público de saúde: *[...]Eu prefiro pagar uma consulta do que ir para o PSF. Às vezes o médico não está. Quando vem, às vezes a gente não consegue. Coloca o nome, passam dois, três meses para vir o encaminhamento[...] (sujeito 166).* Outros apontaram a ineficiência do sistema de marcação de exames e consultas e o descaso. Em casos como esse, os próprios funcionários orientam os idosos a procurarem serviços privados: *[...]Eu fui marcar o transvaginal no PSF. Eles falaram que não tinha vaga, que era para eu fazer particular[...] (sujeito 220).*

Não é o objetivo deste trabalho discutir sobre a real necessidade da solicitação desses exames, no entanto, há estudos que alertam sobre a prática indiscriminada de prescrição de exames e medicamentos, que atende o complexo médico-industrial, e encaminhamentos a especialistas de indivíduos com problemas de saúde que poderiam ser acompanhados na atenção básica. Isso dificulta o acesso de usuários que realmente necessitam dessas tecnologias e onera os custos para o sistema de saúde.²⁷⁻³¹ Além disso, a marcação dos encaminhamentos para os serviços mais complexos deve considerar as necessidades de saúde dos usuários, e não, a ordem de solicitação.³²⁻³

Outra questão a ser discutida é a programação do atendimento nas USF por dias temáticos. É necessário ter cautela para não transformar o acompanhamento de grupos prioritários de atendimento estabelecidos pelo MS (crianças, gestantes, hipertensos e diabéticos) em ações que limitem o acesso dos demais usuários ao atendimento. Os idosos reclamam da demora e da falta de atendimento nas USF pelo fato de não pertencerem à demanda programada, como foi verificado também em uma pesquisa no Ceará³⁴: *[...]Eles dizem que hoje é dia de gestante. Eles não atendem. Dia de gestante, só gestante[...] (sujeito 130).*

Alguns idosos confessam recorrer a familiares e a amigos ligados aos serviços ou à Secretaria de Saúde, na esperança de agilizar a obtenção de atendimento: *[...]Como meu menino trabalha aqui, eu sou atendida[...] (sujeito 215) [...]Eu só consegui marcar a densitometria óssea porque eu tenho uma amiga que trabalha no PSF[...] (sujeito 250) [...]Eu passei 6 meses para fazer um exame. Falei com o diretor. Ele disse que em janeiro eu ia ser a primeira a ser atendida[...] (sujeito 57).*

Além de todas essas dificuldades, os idosos, muitas vezes, são encaminhados a serviços distantes de sua residência, o que os obriga a utilizar transporte coletivo que, além de ocasionar gastos, pode sobrecarregá-los fisicamente. Muitos são encaminhados de um lugar para outro, o que se configura como falta de respeito e de solidariedade com o idoso: *[...] Você mora em um bairro e perto da sua casa tem laboratório que atende aquela área e eles botam você em outro lugar e você tem que pegar ônibus. Consulta eles botam distante[...] (sujeito 202) [...]Quando cheguei aqui, a dentista me botou pra Tambaú para*

fazer um implante no dente. Chegando lá, ela não estava. Outro dia, o aparelho estava quebrado, vem tal dia. Voltei outro dia, não tinha dentista. Não fui mais[...] (sujeito 3).

A escolha pelo serviço de referência deveria considerar as necessidades dos usuários³⁵, como limitações funcionais, cognitivas e financeiras, que dificultam o seu deslocamento, e verificar se esses indivíduos dispõem de meios para acessar esses locais, especialmente no caso da pessoa idosa. Isso poderia ser feito, por exemplo, através de busca por serviços mais próximos à sua moradia e investigação da rede social dos idosos, para verificar a existência de alguém que se responsabilize por acompanhá-los.

Apesar de a Estratégia de Saúde da Família ser um marco na reorganização da atenção básica, ao aproximar os serviços dos usuários e resolver e acompanhar seus problemas de saúde, levando em conta o contexto socioeconomicocultural⁴⁰, para alguns dos idosos entrevistados, a ida às UBS configura-se como um grande empecilho para conseguirem atendimento. Isso também foi verificado em um estudo, no estado de São Paulo⁴¹, ou em um mero procedimento burocrático para receber receitas de medicamentos e encaminhamentos para médicos especializados ou para registrar a realização do atendimento: [...] *Depois que entrou o PSF, você passa pelo clínico. O clínico marca. Você entrega para o marcador. Um mês, dois, três, um ano. Quem está com um caso grave vai morrer sem ser atendido. O problema está mais no PSF [...]* (sujeito 125) [...] *É a receita que a senhora quer? Qual é o medicamento e pronto. Eles não dão nem apreço, não estão nem aí. Eu só venho para pegar receita[...]* (sujeito 30) [...] *Na sexta-feira eu vou ao médico do PSF pedir encaminhamento para o cardiologista [...]* (sujeito 109).

Classe 5 - Dimensões práticas do atendimento idealizadas

Os entrevistados destacam características do atendimento que se configuram como representações ancoradas na cultura medicocêntrica, da medicalização e da compartimentalização da assistência de saúde em especialidades, como constatado em um estudo na Espanha³⁶: [...] *Atender bem é pedir os exames, passar medicação [...]* (sujeito 217) [...] *Eu gosto daqui porque a gente tem a especialidade. Tinha um médico que foi transferido que era bom, os remédios que ele passava para mim [...]* (sujeito 131). Isso se deve ao modelo biomédico de atenção à saúde a que a população vem sendo submetida e que se mantém no imaginário dos usuários e nas práticas de muitos profissionais de saúde, constituindo um grande desafio para sua desconstrução.³⁷ A ideia de que a resolução dos problemas de saúde da população se concentra somente no saber médico foi constatada também em outro estudo.³⁸

A valorização do atendimento por especialidade está presente em algumas falas: [...] *Para o clínico geral é muita coisa para saber. Você vai para o urologista, é para aquilo, para o oculista, médico de cabeça. Agora ele é para tudo [...]* (sujeito 3) [...] *Para melhorar o serviço precisa de especialista. Aqui tinha tudo, médico do coração, era bom demais. Tiraram tudo e colocaram esse outro [...]* (sujeito 131). Um estudo realizado em outros municípios do Brasil apontou o não reconhecimento dos profissionais da Atenção Primária, especialmente de médicos, pelos usuários. A qualificação desses trabalhadores deve ser uma das prioridades do governo, porque aumenta a credibilidade da população nesses serviços e a capacidade de resolver seus problemas de saúde.³⁹

Apesar de este estudo ter sido feito em serviços de saúde de um único município, os resultados encontrados refletem muitos dos problemas de atendimento vivenciados por usuários em outras regiões do território brasileiro e de outros países. É importante conhecer as representações sociais dos idosos a respeito do atendimento nos serviços de saúde. Quando suas necessidades não são consideradas e existem barreiras ao acesso ou à

utilização dos serviços, pode haver um distanciamento dessas pessoas desses locais e o não acompanhamento pela equipe de saúde das modificações globais associadas ao processo de envelhecimento, expondo-os a riscos de saúde (e outros), bem como a complicações de doenças crônicas já instaladas.⁴⁴ Espera-se que esses resultados ajudem a modificar a visão e a prática dos profissionais e dos gestores sobre o atendimento oferecido para que o idoso não se sinta abandonado, excluído da atenção à saúde e lançado à própria sorte dentro do sistema.

Referências

1. Ministério da Saúde (Brasil). Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde. O SUS de A a Z: garantindo saúde nos municípios. Brasília: Ministério da Saúde; 2005. Available from: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sus_az_garantindo_saude_municipios_3ed_p1.pdf [cited 2016 Apr 1]
2. Aguilera SLVU, França BHS, Moysés ST, Moysés SJ. [Articulation between levels of healthcare services in the Curitiba Metropolitan Area: challenges for managers]. Rev Adm Pública. 2013;47(4):1021-39. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-76122013000400010> [cited 2016 Apr 1]. Portuguese
3. World Health Organization (WHO). Summary. World report on ageing and health. 2015. Available from: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/186468/1/WHO_FWC_ALC_15.01_eng.pdf?ua=1 [cited 2016 Apr 1]
4. World Health Organization (WHO). Towards age-friendly primary health care. Geneva: World Health Organization; 2004. Available from: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/43030/1/9241592184.pdf> [cited 2016 Apr 1]
5. Moscovici S. Representações Sociais: investigações em Psicologia Social. 7ed. Rio de Janeiro: Vozes; 2010.
6. Camargo BV, Justo AM. Tutorial para uso do software de análise textual IRAMUTEQ. 2013. Available from: <http://www.iramuteq.org/documentation/fichiers/tutoriel-en-portugais> [cited 2016 Apr 1]
7. Denzin NK, Lincoln YS, editors. Handbook of qualitative research. Thousand 4th. Oaks: Sage Publications, 2011.
8. Biblioteca Virtual em Saúde [homepage na Internet]. BVS. APS. Atenção Primária à Saúde [acesso em 07 jul 2016]. Disponível em: <http://aps.bvs.br/apps/calculadoras/?page=11>
9. Pilger C, Menon MH, Mathias TAF. Socio-demographic and health characteristics of elderly individuals: support for health services. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2011;19(5):[09 telas]. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692011000500021> [cited 2016 Apr 1]
10. Clares JWB, Freitas MC, Almeida PC, Galiza FT, Queiroz TA. Profile of elderly registered at a family health unit of Fortaleza-CE. Rev Rene. 2011;12(n. esp.):988-94. Available from: <http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/view/325> [cited 2016 Apr 1]
11. Santos WJS, Giacomini KC, Firmo JOA. [Assessment of the technology of care relations in the health services: perception of the elderly included in the family health strategy in Bambuí, Brazil]. Ciênc Saúde Colet. 2014;19(8):3441-50. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v19n8/1413-8123-csc-19-08-03441.pdf> [cited 2016 Apr 1] Portuguese

12. Kerber NPC, Kirchhof ALC, Cezar-Vaz MR. [Bonding and home care satisfaction among elderly people]. *Texto Contexto Enferm*. 2008;17(2): 304-12. Available from: <http://www.index-f.com/textocontexto/2008pdf/17-304312.pdf> [cited 2016 Apr 1] Portuguese
13. PGJ Berkelmans, Annette J Berendsen, Peter FM Verhaak, Klaas van der Meer. Characteristics of general practice care: What do senior citizens value? A qualitative study. *BMC Geriatrics* 2010;10:80. doi: <http://dx.doi.org/10.1186/1471-2318-10-80> [cited 2016 Apr 1]
14. Prochet TC, Silva MJP, Ferreira DM, Evangelista VC. [Affection in elderly care from the nurses' perspective]. *Rev Esc Enferm USP*. 2012;46(1):96-102. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v46n1/v46n1a13> [cited 2016 Apr 1]. Portuguese
15. Brasil. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Lei n. 10.741, de 1º de outubro de 2003. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. Available from: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/l10.741.htm [cited 2016 Apr 1]
16. Ministério da Saúde (Brasil). Secretaria de atenção à saúde. Política nacional de humanização da atenção e Gestão do SUS. Acolhimento e classificação de risco nos serviços de urgência. Brasília: Ministério da Saúde; 2009. Available from: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento_classificacao_risco_servico_urgencia.pdf [cited 2016 Apr 1]
17. Daniel F, Antunes A, Amaral I. [Social Representations of ageing]. *Análise Psicológica*. 2015;3(XXXIII):291-301. doi: <http://dx.doi.org/10.14417/ap.972> [cited 2016 Apr 1]. Portuguese
18. Santos VB, Tura LFR, Arruda AMS. [Social representations of "old person" built by elderly]. *Saúde Soc*. 2013;22(1):138-47. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902013000100013> [cited 2016 Apr 1]. Portuguese
19. Voigt I, Wrede J, Diederichs-Egidi H, Dierks M, Junius-Walker U. Priority Setting in General Practice: Health Priorities of Older Patients Differ from Treatment Priorities of Their Physicians. *Croat Med J*. 2010;51:483-92. doi: <http://dx.doi.org/10.3325/cmj.2010.51.483> [cited 2016 Apr 1]
20. Alves LC, Leite IC, Machado CJ. Factors associated with functional disability of elderly in Brazil: a multilevel analysis. *Rev Saúde Pública* 2010;44(3):468-78. Available from: http://www.scielo.br/pdf/rsp/v44n3/en_AO988.pdf [cited 2016 Apr 1]
21. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Envelhecimento e saúde da pessoa idosa. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.
22. Nagaya Y, Dawson A. Community-Based Care of the Elderly in Rural Japan: A Review of Nurse-Led Interventions and Experiences. *J Community Health*. 2014;39:1020–8. doi: <http://dx.doi.org/10.1007/s10900-014-9847-5> [cited 2016 Apr 1]
23. Tesser CD, Poli Neto P, Campos GWS. [User embracement and social (de)medicalization: a challenge for the family health teams]. *Cien Saúde Colet*. 2010;15(Suppl. 3):3615-24. Available from: <http://www.scielosp.org/pdf/csc/v15s3/v15s3a36.pdf> [cited 2016 Apr 1]. Portuguese
24. Brehmer LCF, Verdi M. [User embracement in Basic Care: ethical implications on the Health Care of the users]. *Cien Saúde Colet*. 2010;15(Suppl. 3):3569-78. Available from: https://www.researchgate.net/profile/Marta_Verdi/publication/48169040_Acolhimento_na_Atencao_Basica_reflexoes_eticas_sobre_a_Atencao_a_Saude_dos_usuarios/links/55d557a608ae43dd17de53f1.pdf [cited 2016 Apr 1]. Portuguese
25. Ministério da Saúde (Brasil). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Acolhimento à demanda espontânea. Brasília: Ministério da Saúde; 2011.

Available from: http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/miolo_CAP_28.pdf [cited 2016 Apr 1]

26. Macedo CA, Teixeira ER, Daher DV. [Users' perception of possibilities and limits of embracement]. *Rev enferm UERJ*. 2011;19(3):457-62. Available from: <http://www.facenf.uerj.br/v19n3/v19n3a20.pdf> [cited 2016 Apr 1]. Portuguese
27. Azevedo ALM, Costa AM. The narrow entrance door of Brazil's National Health System (SUS): an evaluation of accessibility in the Family Health Strategy. *Interface*. 2010;14(35):797-810. Available from: http://www.scielo.org/pdf/icse/v14n35/en_3010.pdf [cited 2016 Apr 1]
28. Schwartz TD, Ferreira JTB, Maciel ELN, Lima RCD. [Family Health Strategy: evaluating the access to SUS from the perception of the users of the health unit Resistência, in the region of São Pedro, Vitória, Espírito Santo State]. *Cien Saúde Colet*. 2010;15(4):2145-54. Available from: <http://www.scielo.org/pdf/csc/v15n4/a28v15n4.pdf> [cited 2016 Apr 1]. Portuguese
29. Bahiense-Oliveira M, Duarte D, Meira GGC, Codes JJ, Ribeiro MZ. Referral to the nephrology outpatient clinic: inadequate demand for the specialist. *J Bras Nefrol* 2010;32(2):145-8. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0101-28002010000200002> [cited 2016 Apr 1]
30. Guimarães VG, Brito GC, Barbosa LM, Aguiar PM, Balisa-Rocha BJ, Lyra Júnior DP. Perfil Farmacoterapêutico de um Grupo de Idosos assistidos por um programa de Atenção Farmacêutica na Farmácia Popular do Brasil no município de Aracaju – SE. *Rev Ciênc Farm Básica Apl*. 2012;33(2):307-12. Available from: http://serv-bib.fcfar.unesp.br/seer/index.php/Cien_Farm/article/view/2040/1248 [cited 2016 Apr 1]. Portuguese
31. Oliveira NSC, Xavier RMF, Araújo PS. Análise do perfil de utilização de medicamentos em uma unidade de saúde da família, Salvador, Bahia. *Rev Ciênc Farm Básica Apl*. 2012;33(2):283-9. Available from: http://serv-bib.fcfar.unesp.br/seer/index.php/Cien_Farm/article/view/2051/1245 [cited 2016 Apr 1]. Portuguese
32. World Health Organization (WHO). The world medicines situation 2011. Rational use of medicines. 3rd edition. 2011. Available from: <http://digicollection.org/hss/documents/s18064en/s18064en.pdf> [cited 2016 Apr 1]
33. Smellie WSA. Demand management and test request rationalization. *Ann Clin Biochem*. 2012;49(4):323-36. doi: <http://dx.doi.org/10.1258/acb.2011.011149> [cited 2016 Apr 1]
34. Lemões MAM, Thumé E, Tomasi E, Dilélio AS, Borges CLS, Facchini L. [Characterization of care coordination actions articulated to Primary Health Care in cities in South and Northeast Brazil: 2001-2004]. *Epidemiol Serv Saúde*. 2013;22(4):631-40. doi: <http://dx.doi.org/10.5123/S1679-49742013000400009> [cited 2016 Apr 1]
35. Protasio APL, Silva PB, Lima EC, Gomes LB, Machado LS, Valença AMG. [Evaluation of the reference and counter-reference system based on the responses of the Primary Care professionals in the first External Evaluation cycle of PMAQ-AB in the state of Paraíba]. *Saúde Debate*. 2014;38(especial):209-20. doi: <http://dx.doi.org/10.5935/0103-1104.2014S016> [cited 2016 Apr 1]. Portuguese
36. Gomes FM, Silva MGC. [Family health program as a strategy of primary attention: a reality at Juazeiro do Norte]. *Cien Saúde Colet*. 2011;16(Suppl. 1):893-902. Available from: <http://www.redalyc.org/pdf/630/63018473021.pdf> [cited 2016 Apr 1]. Portuguese
37. Sousa FOS, Medeiros KR, Gurgel Júnior GD, Albuquerque PC. [From normative aspects to the reality of the Unified Health System: revealing barriers that curtail access to

- the health care network]. *Cien Saude Colet*. 2014;19(4):1283-93. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232014194.01702013> [cited 2016 Apr 1]. Portuguese
38. Ministério da Saúde (Brasil). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde; 2012. Available from: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf> [cited 2016 Apr 1]
39. Marin MJS, Marchioli M, Moravick MYAD. Strengths and weaknesses of the care delivered in the traditional Primary Healthcare Units and Family Healthcare Strategy units in the perspective of users. *Texto Contexto Enferm*, 2013 Jul-Set; 22(3): 780-8. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072013000300026> [cited 2016 Apr 1]
40. Ramos-Morcillo AJ, Ruzafa-Martínez M, Fernández-Salazarb S, Del-Pino-Casado R. [Expectations and user experiences of older Roma women with health services in primary care]. *Aten Primaria*. 2015;47(4):213-9. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.aprim.2014.05.011> [cited 2016 Apr 1]. Spanish
41. Tesser CD. Medicalização social (I): o excessivo sucesso do epistemicídio moderno na saúde. *Interface*. 2006;10(19):61-76. Available from: <http://www.scielo.org/pdf/icse/v10n19/a05v1019.pdf> [cited 2016 Apr 1]. Portuguese
42. Medeiros FA, Araújo-Souza GC, Albuquerque-Barbosa AA, Clara-Costa IC. [Basic health unit embracement: focusing on user satisfaction]. 2010;12(3):402-13. Available from: <http://www.scielo.org/co/pdf/rsap/v12n3/v12n3a06.pdf> [cited 2016 Apr 1]. Portuguese
43. Almeida PF, Fausto MCR, Giovanella L. [Fortalecimento da atenção primária à saúde: estratégia para potencializar a coordenação dos cuidados]. *Rev Panam Salud Publica*. 2011;29(2):84–95. Available from: <http://www.scielo.org/pdf/rpsp/v29n2/a03v29n2.pdf> [cited 2016 Apr 1]. Portuguese
44. Boeckxstaens P, De Graaf P. Primary care and care for older persons: position paper of the European Forum for Primary Care. *Qual Prim Care*. 2011;19(6):369-89. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22340900> [cited 2016 Apr 1]

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados dos dados a partir dos estudos originados mostraram que a maioria dos idosos entrevistados tinha idades entre 60 e 69 anos, era do sexo feminino, com ensino fundamental, casadas, renda familiar de dois salários mínimos, aposentadas, moravam acompanhadas, consideraram sua saúde razoável e apresentaram alta prevalência de doenças crônicas. Nas Unidades de Saúde da Família, o acesso ao atendimento médico é mais fácil, e o tempo de espera para atendimento e de deslocamento até o serviço foi menor do que no Centro de Atenção Especializada. Em ambos os serviços, os idosos são sempre atendidos pelo mesmo médico, e nas USF, pelo mesmo enfermeiro. A maioria dos idosos considerou excelentes a organização, a pontualidade dos profissionais de saúde e dos funcionários, o conforto e a limpeza.

Quanto às representações sociais apreendidas, os idosos consideraram como um bom atendimento aquele em que são tratados com respeito, atenção e educação. Para eles, os profissionais de saúde devem conversar, explicar e mostrar interesse por seu problema de saúde e sua vida pessoal. Ao mesmo tempo, vincularam um bom atendimento à prescrição de medicamentos e exames, bem como a encaminhamentos a especialistas, o que reforça o modelo biomédico de atendimento de saúde.

Em relação às sugestões para melhorar os serviços, os idosos disseram que é preciso melhorar a informação dada pelos funcionários - os idosos, muitas vezes, precisam se deslocar de um ponto para outro dentro do serviço para obter informação sobre a sala para onde deve se dirigir, a quem deve procurar, quais são os procedimentos necessários para obter receitas, marcar consultas e afins, quando não são orientados incorretamente, fazendo com que necessitem retornar ao serviço de origem, o que implica utilizar transporte público ou depender de outras pessoas para realizar esses deslocamentos. A informação deve ser passada para o idoso em linguagem apropriada e audível. Devem-se identificar deficiência auditiva e baixo grau de instrução.

O usuário, muitas vezes, escolhe a especialidade para a qual acha que deve ser encaminhado, por apresentar problemas de saúde que poderiam ser acompanhados na atenção primária. Por fim, ele tem dificuldade de conseguir atendimento, e o sistema fica sobrecarregado com encaminhamentos desnecessários (e o usuário que realmente precisa de atendimento com médico especialista não consegue marcar consulta). Assim, perde-se a oportunidade de vincular esse idoso ao serviço de atenção básica, que acaba funcionando

apenas como uma porta de entrada burocrática do serviço de saúde, e não se resolvem suas demandas.

Muitos idosos afirmaram que conseguem marcar consultas devido às amizades que têm nos serviços, o que se configura como uma forma de corrupção dentro do sistema que privilegia quem conhece pessoas influentes e prejudica a saúde dos que não têm a quem recorrer e precisam aguardar a vez para ser atendidos. O atendimento à demanda espontânea não pode ser negado com a justificativa de aquele dia ser prioritário a um ou outro grupo, a menos que o profissional não esteja presente no serviço (o médico, por exemplo). Tampouco pode ser negado atendimento porque o usuário chegou “depois do acolhimento”, visto como um horário para a distribuição das fichas para atendimento.

Os idosos queixam-se do atraso para começar o atendimento em decorrência do atraso dos profissionais, principalmente dos médicos. A ordem de atendimento deve obedecer ao princípio de equidade, baseado não só na classificação de risco, mas também no atendimento de suas necessidades (muitos idosos disseram que são cuidadores, portanto não têm como ficar uma manhã inteira aguardando atendimento). A marcação de exames e de consultas também deve considerar a necessidade dos usuários, e não, a ordem de chegada dos pedidos. As informações por telefone poderiam ser mais utilizadas para evitar que os idosos se desloquem e a aglomeração de pessoas nos serviços.

No CAISI, sugerem-se o rebaixamento do guichê de marcação de consultas (além de ser alto para a estatura dos usuários, tem um painel de vidro que dificulta a comunicação com os funcionários) e a identificação dos consultórios e das salas.

Quanto às melhorias que dependem do sistema de saúde, segundo o relato dos idosos entrevistados, a proporção do MS referente aos profissionais de saúde e às famílias de usuários parece não atender às necessidades da população, como discutido por muitos autores, o que prejudica o atendimento presencial e as visitas domiciliares; o número de vagas para determinados exames e especialidades parece não condizer com as necessidades da população; e os exames solicitados pelos profissionais da atenção especializada precisam ser agendados pelas USF, fazendo com que os idosos tenham que se deslocar de um serviço para o outro somente para obedecer a um fluxo burocrático do sistema de saúde.

Discute-se, ainda, sobre a necessidade de modernizar o atendimento, utilizando mais as tecnologias. Muitos países desenvolvidos atendem aos usuários por telefone, não para substituir sua avaliação física, mas para dar orientações e esclarecer dúvidas. Assim

também o usuário não precisaria ir à unidade de saúde somente para saber se sua consulta foi marcada ou se há médico disponível para atendê-lo. Além do mais, o telefone poderia ser utilizado pelos funcionários para lembrar os idosos as datas e os horários de seus exames e consultas, o que poderia minimizar ausências e aproveitar bem mais as vagas dos desistentes.

Nos locais pesquisados, os idosos mostraram-se satisfeitos com o atendimento, no que se refere à relação afetiva com os funcionários, já que se sentem acolhidos e bem tratados. Ao mesmo tempo, queixam-se de muitos aspectos que precisam ser revistos e melhorados, alguns próprios da dinâmica dos locais investigados, e outros, relacionados ao funcionamento do sistema de saúde de uma forma geral. Independentemente de se esses problemas estão relacionados aos serviços ou ao sistema, sua resolução deve considerar a Política de Humanização do Sistema de Saúde do MS e de Protocolos Internacionais de Atendimento Amigável (*Towards Age-friendly Primary Health Care*) da OMS ao usuário, especialmente à pessoa idosa.

Uma limitação deste estudo foi de que alguns idosos podem ter tido receio de expressar sua real opinião sobre os serviços e ter seu atendimento prejudicado ou prejudicar algum funcionário, mesmo tendo sido orientados sobre o anonimato das entrevistas, que foram realizadas em local reservado. Outra limitação pode ser metodológica, pois, como a amostra foi selecionada por conveniência, os idosos não entrevistados com uma melhor ou pior avaliação do serviço podem ter sido omitidos. Apesar de o estudo ter sido realizado em serviços de saúde de um único município, os resultados encontrados refletem muitos dos problemas de atendimento vivenciados por usuários em outras regiões do território brasileiro e de outros países, consoantes à literatura sobre o tema.

Considerando o quanto é importante conhecer o atendimento nos serviços de saúde sob a ótica da pessoa idosa, com o propósito de melhorar a qualidade e atender às suas demandas e o fato de os estudos sobre esse tema se concentrarem na atenção primária, sugerem-se mais pesquisas sobre o atendimento ao idoso nos demais níveis de atenção. Observou-se uma lacuna na literatura referente à avaliação do idoso sobre o atendimento nos serviços de saúde, o que justifica a realização deste estudo.

REFERÊNCIAS

1. World Health Organization (WHO) [Internet]. Health Topics. Ageing [cited 2016 Apr 24]. Available from: <http://www.who.int/topics/ageing/en/>
2. Brasil. Presidência da República. Secretaria de Direitos Humanos. Secretaria Nacional de Promoção Defesa dos Direitos Humanos. Dados sobre o envelhecimento no Brasil [cited 2016 Apr 24]. Available from: <http://www.sdh.gov.br/assuntos/pessoa-idosa/dados-estatisticos/DadosobreoenvelhecimentonoBrasil.pdf>
3. Brasil. Ministério da Saúde. DATASUS. [cited 2016 Apr 24]. Available from: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sih/cnv/niuf.def>
4. _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Atenção à saúde da pessoa idosa e envelhecimento. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. 44 p.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde. O SUS de A a Z: garantindo saúde nos municípios. Brasília: Ministério da Saúde, 2005. 344 p.
6. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Humaniza SUS: Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS. Brasília: Ministério da Saúde; 2004. 20 p.
7. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Envelhecimento e saúde da pessoa idosa. Brasília: Ministério da Saúde; 2007. 192 p.
8. Silvestre JA, Costa Neto MM. Abordagem do idoso em programas de saúde da família. Cad Saúde Pública [Internet]. 2003 [cited 2016 Apr 24];19(3):839-47. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/%0D/csp/v19n3/15887.pdf>
9. Contandriopoulos AP, Champagne F, Denis JL, Pineault R. L'évaluation dans le domaine de la santé – concepts et méthodes. Bulletin [Internet]. 1993 [cited 2016 Apr 24];33(1):12-7. Available from: http://www.perfeval.pol.ulaval.ca/sites/perfeval.pol.ulaval.ca/files/publication_202.pdf
10. Ferreira ABH. Novo Dicionário Aurélio da Língua Portuguesa. 3 ed. Curitiba: Positivo; 2010. 2222 p.
11. Moliner P. A two-dimensional model of social representations. Eur J Soc Psychol. 1995; 25(1):27–40.
12. Patton, MQ. Qualitative research and evaluation methods. Thousands Oaks-London-New Delhi: Sage; 1997.
13. Samico I, Felisberto E, Figueiró AC, Frias PG. Avaliação em saúde: bases conceituais e operacionais. Rio de Janeiro: Medbook; 2010. 196 p.
14. Hartz ZMA. Avaliação em Saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ; 1997. 132 p.
15. Hartz ZMA, Silva LMV. Avaliação em saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde. Salvador (BA): EDUFBA; Rio de Janeiro: Fiocruz; 2005. 275 p.
16. Costa EA. Vigilância Sanitária: temas para debate. Salvador (BA): EDUFBA; 2009. 237 p.
17. Donabedian A. The quality of care – how can it be assessed? JAMA. 1988;260(12):1743-8.

18. Donabedian A. The seven pillars of quality. Arch Pathol Lab Med [Internet]. 1990 [cited 2016 Apr 24];114(11):1115-8. Available from: <http://europepmc.org/abstract/med/2241519>
19. Campbell SM, Roland MO, Buetow SO. Defining quality of care. Soc Sci Med [Internet]. 2000 [cited 2016 Apr 24];51:1611-25. Available from: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0277953697001287>
20. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas. Pnass: Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2015.
21. Brasil [Internet]. Portal da Saúde. Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica (PMAQ). [cited 2016 Apr 24]. Available from: http://dab.saude.gov.br/portaldab/cidadao_pmaq2.php?conteudo=entenda_pmaq
22. World Health Organization (WHO). Towards age-friendly primary health care. Geneva: World Health Organization; 2004. 40p.
23. Ministério da Saúde (Brasil). Portaria nº 2.528 de 19 de outubro de 2006. Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa [portaria na Internet]. Diário Oficial da União 20 out 2006 [acesso em 07 jul 2016]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/prt2528_19102006.pdf
24. Jodelet D. Représentacion Sociale: phénomènes, concept e théorie. In: Moscovici S. Psychologie Sociale. 6 ed. PUF: Paris; 1996.
25. Moscovici S. Representações Sociais: investigações em Psicologia Social. 7 ed. Rio de Janeiro: Vozes; 2010. 404 p.
26. Campos PHF. A abordagem estrutural e o estudo das relações entre práticas e representações sociais. In: Campos PHF, Loureiro MCS. Representações Sociais e práticas educativas. Goiânia; Editora da UCG, 2003.
27. Wachelke JFR, Camargo BV. Representações Sociais, Representações Individuais e Comportamento. Rev Interam Psicol. 2007;41(3):379-90.
28. Abric JC. A abordagem estrutural das representações sociais. In: Moreira ASP, Oliveira DC. Estudos interdisciplinares de representação social. 2 ed. Goiânia: AB; 2000.
29. Silva AO et al. Utilização da Teoria das Representações Sociais no campo da saúde – UFPB – João Pessoa: tendências e perspectivas. In: Coutinho MPL, Lima AS, Oliveira FB, Fortunato ML. Representações Sociais. Abordagem Interdisciplinar. João Pessoa: Universitária UFPB; 2003.
30. Oliveira AMC, Dallari SG. Representações sociais dos conselheiros municipais de saúde sobre a vigilância sanitária. Cien Saúde Colet. 2015;20(8): 2559-68.
31. Degli Esposti CD, Oliveira AE, dos Santos Neto ET, Travassos C. Representações sociais sobre o acesso e o cuidado pré-natal no Sistema Único de Saúde da Região Metropolitana da Grande Vitória, Espírito Santo. Saúde Soc. 2015;24(3):765-79.
32. Mendes CFM, dos Santos ALS. O cuidado na doença de Alzheimer: as representações sociais dos cuidadores familiares. Saúde Soc. 2016;25(1):121-32.
33. Moreira RM et al. Representações Sociais de adolescentes sobre qualidade de vida: um estudo de base estrutural. Cien Saúde Colet. 2015;20(1):49-56.
34. Souza, LGS; Menandro MCS, Menandro PRM. O alcoolismo, suas causas e tratamento nas representações sociais de profissionais de Saúde da Família. Physis. 2015;25(4):1335-60.
35. da Silva, SED, Vasconcelos EV, de Santana ME, Araújo JS. O câncer na perspectiva de cuidadores familiares e suas representações sociais. J Health Biol Sci. 2015;3(3):159-64.

36. Costa TLD, Oliveira DCD, Formozo GA. Qualidade de vida e AIDS sob a ótica de pessoas vivendo com o agravo: contribuição preliminar da abordagem estrutural das representações sociais. *Cad Saude Publica*. 2015;31(2):365-76.
37. de Azevedo ELM, de Souza HNF, de Fátima MIF. Doenças crônicas não transmissíveis, risco e promoção da saúde: construções sociais de participantes do Vigitel. *Cien Saúde Colet*. 2015;20(3):679-88.
38. Furtado FMSF, Santos JAG, Loredanna S, Araújo E, Saldanha AAW, Silva J. 30 anos depois: Representações Sociais acerca da Aids e práticas sexuais de residentes de cidades rurais. *Rev Esc Enferm USP*. 2016;50(Spec):74-80.
39. Gomes A, Nunes C. Representação social do sexo nos jovens adultos portugueses. *Psychol*. 2015;28(1):177-85.
40. Brito TDQ, de Oliveira AR, Eulálio, MC. Deficiência física e envelhecimento: estudo das representações sociais de idosos sob reabilitação fisioterápica. *Av Psicol Latinoam*. 2015;33(1):121-33.
41. Torres TL, Camargo BV, Bouldfield AB, Silva AO. Representações sociais e crenças normativas sobre envelhecimento. *Cien Saúde Colet*. 2015;20(12):3621-30.
42. Sá, CP. A construção do objeto de pesquisa em representações sociais. Rio de Janeiro: EdUERJ, 1998)
43. Araújo LF, Coutinho MPL, Santos MFS. O idoso nas instituições gerontológicas: um estudo na perspectiva das representações sociais. *Psicol Soc*. 2006;18(2):89-98.
44. Santos VB, Tura LFR, Arruda AMS. As Representações Sociais de “pessoa velha” construídas por Idosos. *Saúde Soc*. 2013;22(1):138-47.
45. Fonseca RP, Trentini CM, Valli F, Silva RAN. Representações do envelhecimento em agentes comunitários da saúde e profissionais da enfermagem comunitária: aspectos psicológicos do processo saúde-doença. *Cien Saúde Colet*. 2008;13(4):1275-84.
46. Magnabosco-Martins CR; Vizeu-Camargo B; Biasus F. Representações sociais do idoso e da velhice de diferentes faixas etárias. *Universitas Psychologica*. 2009;8(3).
47. Santos VB, Tura LFR, Arruda AMS. As Representações Sociais de pessoa velha construídas por adolescentes. *Rev Bras Geriatr Gerontol*. 2011;14(3):497-509.
48. Pereira RF, de Freitas MC, Ferreira, MA. Velhice para os adolescentes: abordagem das representações sociais. *Rev Bras Enferm*. 2014;67(4), 601-9.
49. Mendes CKTT, Alves MSCF, Silva AO, Moreira MASP, Rodrigues TP. Representações sociais de trabalhadores da atenção básica de saúde sobre envelhecimento. *Rev Gaúcha Enferm [Internet]*. 2012 [cited 2016 Apr 24];33(3):148-155. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472012000300020
50. Wachelke J, Contarello A. Representacoes sociais de estudantes italianos sobre o envelhecimento: um estudo exploratorio de um sistema representacional. *Psicol: Reflex Crit*. 2011;24(3):551-61.
51. Araújo L, Sá ECN, Amaral EB. Corpo e velhice: um estudo das representações sociais entre homens idosos. *Psicol: Cien Prof*. 2011;31(3):468-81.
52. Silva LAD, Gomes AMT, Oliveira DCD, Souza MDGGD. Representações sociais do processo de envelhecimento de pacientes psiquiátricos institucionalizados. *Esc Anna Nery*. 2011;15(1):124-31.
53. de Albuquerque Saraiva ER, de Lima Coutinho MDP. A difusão da violência contra idosos: um olhar psicossocial. *Rev Psicol Soc*. 2012;24(1):112-21.
54. Oliveira DCD, Simoneau AS. Os programas universitários para pessoas idosas (UnATIs): um estudo de representação social. *Estudos Pesq Psicol*. 2012;12(2):446-61.
55. Vilela ABA, Carvalho PAL, Araújo RT. Envelhecimento bem-sucedido: representação de idosos. *Rev Saúde Com*. 2016;2(2):101-14.

56. Comerlato EMB, Guimarães I, Alves ED. Tempo de plantar e tempo de colher: as representações sociais de profissionais de saúde e idosos sobre o processo de envelhecimento. *Revista Eletrônica de Enfermagem* [Internet]. 2007 [cited 2016 Apr 24];9(3):736-47. Available from: <http://www.fen.ufg.br/revista/v9/n3/v9n3a13.htm>
57. Oliveira JCA, Tavares DMS. Atenção ao idoso na estratégia de saúde da família: atuação do enfermeiro. *Rev Esc Enferm USP*. 2010; 44(3):774-81
58. Martins JJ, Schier J, Erdmann AL, Albuquerque GL. Políticas públicas de atenção à saúde do idoso: reflexão acerca da capacitação dos profissionais da saúde para o cuidado com o idoso. *Rev Bras Geriatr Gerontol*. 2007;10(3):371-82
59. Rodrigues RAP, Andrade OG, Marques S. Representaciones Sociales del cuidado del anciano en trabajadores de salud en un ancianato. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2001;9(1):7-12.
60. Leite MT, Cappellari VT, Soneto J. Mudou, mudou tudo na minha vida: experiências de idosos em grupos de convivência no município de Ijuí/RS. *Rev Eletr Enferm* [Internet]. 2002 [cited 2016 Apr 24];4(1):18-25. Available from: <http://revistas.ufg.emnuvens.com.br/fen/article/view/746>
61. Benedetti TRB, Mazo GZ, Borges LJ. Condições de saúde e nível de atividade física em idosos participantes e não participantes de grupos de convivência de Florianópolis. *Cien Saúde Colet*. 2012;17(8):2087-93.
62. Costa MFBNA, Ciosak SI. Comprehensive health care of the elderly in the Family Health Program: vision of health professional. *Rev Esc Enferm USP*. 2010; 44(2):433-40
63. Silva SPC, Menandro MCS. As representações sociais da saúde e de seus cuidados para homens e mulheres idosos. *Saúde Soc*. 2014;23(2):626-40.
64. Tura LFR, Burszty I, Carvalho DM, Arruda A, Silva AO. Representações Sociais de saúde construídas por idosos do oeste paraense. *Rev Bras Geriatr Gerontol*. 2011;14(4):743-52
65. Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Atenção Primária e Promoção da Saúde. Brasília: CONASS; 2011. 197 p.
66. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Articulação Interfederativa. Principais marcos normativos da gestão interfederativa do SUS. Brasília: Ministério da Saúde; 2014. 202 p.
67. Starfield B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO Ministério da Saúde; 2002. 726 p.
68. Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Assistência de Média e Alta Complexidade no SUS. Brasília: CONASS; 2011. 223 p.
69. Brasil. Cadernos de Atenção Básica. Programa Saúde da Família. A implantação da Unidade de Saúde da Família. Brasília: Ministério da Saúde; 2000. 44 p.
70. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde; 2012. 110 p.
71. Trafimow, D. Considering Quantitative and Qualitative Issues Together. *Qual Res Psychol*. 2014;11(1):15-24.
72. Biblioteca Virtual em Saúde [homepage na Internet]. BVS. APS. Atenção Primária à Saúde [acesso em 07 jul 2016]. Disponível em: <http://aps.bvs.br/apps/calculadoras/?page=11>
73. Camargo BV, Justo AM. Tutorial para uso do software de análise textual IRAMUTEQ. 2013. Available from: <http://www.Iramuteq.org/documentation/fichiers/tutoriel-en-portugais> [cited 2016 Apr 1]
74. Moreira ASP, Camargo BV. Contribuições para a teoria e o método de estudo das representações sociais. João Pessoa: Universitária UFPB; 2007.

75. Brasil. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Brasília, DF, 12 dez.

Apêndice A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

O/a senhor/a está sendo convidado/a, como voluntário/a, a participar da pesquisa “Avaliação do acolhimento do idoso em serviços de saúde”. Trata-se de um estudo cujo objetivo é de conhecer as representações sociais sobre o atendimento do idoso em serviços públicos de saúde por usuários idosos. O motivo para estudar esse assunto se justifica por atender às necessidades da população idosa nos serviços, objetivando uma assistência mais humanizada.

Para participar do estudo, o/a senhor/a não terá nenhum custo, nem receberá qualquer vantagem financeira, será esclarecido/a sobre o estudo, em qualquer aspecto que desejar, e estará livre para participar ou recusar-se a fazê-lo. Poderá retirar seu consentimento ou interromper a participação a qualquer momento. Sua participação é voluntária, e a recusa em participar não acarretará qualquer penalidade ou modificação na forma como é atendido pela pesquisadora.

A pesquisa apresentará um risco mínimo, no tocante à saúde psicológica dos participantes, por causa do constrangimento que o tema abordado poderá trazer, no entanto, terá como benefício conhecer como o idoso é acolhido pelos serviços de saúde, identificar as áreas que necessitam de melhorias e contribuir para que o atendimento seja mais humanizado e atenda às necessidades de saúde dessa população. Apesar disso, o/a senhor/a tem assegurado o direito a ressarcimento ou indenização se houver quaisquer danos eventualmente causados pela pesquisa.

A pesquisadora irá tratar sua identidade com padrões profissionais de sigilo, portanto, seu nome não será revelado em nenhuma publicação que possa resultar deste estudo. Os resultados da pesquisa estarão à sua disposição quando finalizada.

Este termo de consentimento encontra-se impresso em duas vias, sendo que uma cópia será arquivada pela pesquisadora responsável, e a outra será dada ao/a senhor/a.

Eu, ..., fui informado/a dos objetivos, da justificativa, do risco e dos benefícios do estudo, de maneira clara e detalhada, e minhas dúvidas foram esclarecidas. Sei que, a qualquer momento, poderei solicitar novas informações e modificar minha decisão de participar se assim o desejar. Declaro que concordo em participar do estudo. Recebi uma cópia deste termo de consentimento livre e esclarecido e me foi dada a oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

João Pessoa, ____ de _____ de 2015 .

Assinatura do(a) participante

Assinatura do doutorando responsável

Polegar

Apêndice B – Dados quantitativos

1. Qual foi o principal motivo da sua última visita ao serviço de saúde?
☐ Consulta médica
☐ Outro _____
2. Quantos dias se passaram entre o dia em que marcou a consulta e o dia da consulta?
☐ _____ dias
☐ Fui consultado no mesmo dia.
3. A consulta foi marcada para um horário conveniente para o(a) senhor(a)?
☐ Sim
☐ A consulta foi marcada, mas o horário não foi conveniente para mim.
☐ A consulta não foi marcada.
4. Como marcou a consulta?
☐ Fui à Unidade Básica de Saúde marcar
☐ Outro _____
5. O(a) senhor(a) tem facilidade de marcar uma consulta? ☐ Sim ☐ Não
6. Recebeu a informação de que poderia alterar a data ou hora da consulta caso necessitasse? ☐ Sim ☐ Não
7. Houve atraso para ser atendido?
☐ Não.
☐ Sim. Fiquei esperando por _____ horas e _____ minutos.
8. Caso a consulta tenha sofrido atraso, foi-lhe dada alguma explicação?
☐ Sim, explicaram o motivo.
☐ Não, não me explicaram o motivo, mas eu gostaria de ter sido informado.
☐ Não, não me deram explicação, mas eu entendi os motivos.
☐ Não, não tive que esperar muito.
9. Você foi atendido pelo mesmo médico que lhe atendeu em consultas anteriores?
☐ Sim ☐ Não
10. Você foi atendido pelo mesmo enfermeiro que lhe atendeu em consultas anteriores?
☐ Sim ☐ Não ☐ Não se aplica.
11. Qual o meio de transporte que utilizou quando se deslocou para o serviço de saúde?

Como avalia a qualidade do serviço de saúde em relação às seguintes áreas?		Excelente	Muito boa	Boa	Razoável	Má	N/A
12.	Organização geral dos serviços	 1	 2	 3	 4	 5	 6
13.	Pontualidade dos profissionais	 1	 2	 3	 4	 5	 6
14.	Conforto geral do centro (comodidade, temperatura, ambiente, ruído, iluminação, instalações)	 1	 2	 3	 4	 5	 6
15.	Limpeza do serviço de saúde	 1	 2	 3	 4	 5	 6

Informação individual

16. Idade

☐ 60 – 69 anos ☐ 70 – 79 anos ☐ > ou igual a 80 anos

17. Sexo ☐ Masculino ☐ Feminino

18. Qual o maior grau de escolaridade que cursou?

☐ Não sabe ler nem escrever ☐ Sabe ler e escrever ☐ Ensino fundamental ☐ Ensino médio ☐ Ensino superior

19. Conjugalidade

☐ Casado com registro ☐ Casado sem registro ☐ Solteiro ☐ Viúvo ☐ Divorciado ☐ Separado

20. Qual a renda familiar?

☐ < salário mínimo ☐ um salário mínimo ☐ dois salários mínimos ☐ três salários mínimos ☐ > três salários mínimos

21. Qual sua ocupação?

☐ Aposentado ☐ Dona de casa ☐ Outra

22. Mora com quem?

☐ Sozinho ☐ esposo (a) ☐ Filhos

☐ Outro

23. Quantas vezes foi ao serviço de saúde ou recebeu visita dos seus profissionais?

☐ Uma vez ☐ Duas vezes ☐ Mais de duas vezes

24. Em geral, diria que sua saúde está...

☐ ótima ☐ muito boa ☐ boa ☐ razoável ☐ má

25. Tem alguma dessas doenças?

☐ Diabetes ☐ Asma ou outras doenças respiratórias crônicas ☐ Doenças do coração ☐ AVC ☐ Hipertensão arterial ☐ Problemas digestivos crônicos (p.e.: úlcera péptica) ☐ Doenças osteoarticulares crônicas (p.e.: ossos, articulações, etc.) ☐ Enxaquecas ou outras dores de cabeça crônicas e fortes.

☐ Doença psiquiátrica (p.e.: depressão) ☐ Câncer ☐ Outra doença crônica _____

Apêndice C – Roteiro da entrevista

Sobre o serviço de saúde que frequenta:

1. Como o(a) senhor(a) avalia o atendimento pelos funcionários?
2. Como o(a) senhor(a) avalia o atendimento pelo médico?
3. Como o(a) senhor(a) avalia o atendimento pelo enfermeiro?
4. Como o(a) senhor(a) avalia o atendimento pelo agente comunitário de saúde? (no caso das USF)?
5. Com qual profissional da unidade o(a) senhor(a) fica mais à vontade para conversar? Por quê?
6. Quais os pontos positivos do atendimento nesse serviço?
7. O que poderia ser melhorado em relação ao atendimento nesse serviço?

Anexo A – Certidão de aprovação pelo CEP



UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAIBA - UFPB
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO LAURO WANDERLEY - HULW
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA COM SERES HUMANOS - CEP

CERTIDÃO

Com base na Resolução nº 196/96 do CNS/MS que regulamenta a ética da pesquisa em seres humanos, o Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Lauro Wanderley, da Universidade Federal da Paraíba, em sua sessão realizada no dia 29/09/2009, após análise do parecer do relator, resolveu considerar **APROVADO** o projeto de pesquisa intitulado **CONDIÇÕES DE SAÚDE, QUALIDADE DE VIDA E REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE IDOSOS NAS UNIDADES DE SAÚDE DA FAMÍLIA.** Protocolo CEP/HULW nº 261/09, FR: 294027, da pesquisadora responsável profª Drª **ANTONIA OLIVEIRA SILVA.**

Solicitamos enviar ao CEP/HULW um resumo sucinto dos resultados, em CD, no final da pesquisa.

João Pessoa, 27 de abril de 2009.

Comitê de Ética em Pesquisa
Hospital Universitário Lauro Wanderley
Universidade Federal da Paraíba


Iaponira Cortez Costa de Oliveira
Coordenadora do Comitê de Ética
em Pesquisa - CEP/HULW

Iaponira Cortez Costa de Oliveira
Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa-HULW

Endereço: Hospital Universitário Lauro Wanderley-HULW - 4º andar. Campus I - Cidade Universitária.
Bairro: Castelo Branco - João Pessoa - PB. CEP: 58051-900 CNPJ: 24098477/007-05
Fone: (83) 32167302 — Fone/fax: (083)32167522 E-mail - cephulw@hotmail.com

Anexo B – Encaminhamento para realização da pesquisa nas USF E CAISI



PREFEITURA DE
**JOÃO
PESSOA**

Secretaria Municipal de Saúde
Diretoria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde
Gerência de Educação na Saúde – GES



João Pessoa, 13 de outubro de 2014

Processo nº **17.831/2014**

Da: **GERÊNCIA DE EDUCAÇÃO NA SAÚDE**

Para: DS I, DS II, DS III, DS IV, DS V

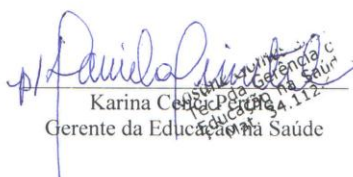
ENCAMINHAMENTO PARA REALIZAÇÃO DE PESQUISA

A **Gerência da Educação na Saúde** encaminha a pesquisadora **JULIANA A. MARQUES LUBENOW** para a realização da coleta de dados do projeto de pesquisa intitulado **“CONDIÇÕES DE SAÚDE, QUALIDADE DE VIDA E REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE IDOSOS NAS UNIDADES DE SAÚDE DA FAMÍLIA”** a ser realizada nesta rede de serviço, conforme o processo nº **17.831/2014**.

Informamos ainda que a pesquisadora deverá estar ciente de suas responsabilidades como pesquisadora do presente projeto, e de seu compromisso no resguardo da segurança e bem estar dos sujeitos de pesquisa nela recrutados, dispondo de infra-estrutura necessária para a garantia de tal segurança e bem estar.

Sem mais, e visando o bom andamento das pesquisas na **Rede SUS de João Pessoa**, subscrevo-me.

Atenciosamente,


Karina Cordeiro
Gerente da Educação na Saúde


Joyce Lark Braz Virgolino da Silva
Diretora Geral
DISTRITO SANITÁRIO V
Mat: 80708-7



Secretaria Municipal de Saúde
Diretoria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde
Gerência de Educação na Saúde – GES



João Pessoa, 13 de outubro de 2014

Processo nº 17.831/2014

Da: GERÊNCIA DE EDUCAÇÃO NA SAÚDE

Para: CAISI

ENCAMINHAMENTO PARA REALIZAÇÃO DE PESQUISA

A Gerência da Educação na Saúde encaminha a pesquisadora **JULIANA A. MARQUES LUBENOW** para a realização da coleta de dados do projeto de pesquisa intitulado **“CONDIÇÕES DE SAÚDE, QUALIDADE DE VIDA E REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE IDOSOS NAS UNIDADES DE SAÚDE DA FAMÍLIA”** a ser realizada nesta rede de serviço, conforme o processo nº 17.831/2014.

Informamos ainda que a pesquisadora deverá estar ciente de suas responsabilidades como pesquisadora do presente projeto, e de seu compromisso no resguardo da segurança e bem estar dos sujeitos de pesquisa nela recrutados, dispondo de infra-estrutura necessária para a garantia de tal segurança e bem estar.

Sem mais, e visando o bom andamento das pesquisas na **Rede SUS** de **João Pessoa**, subscrevo-me.

Atenciosamente,


Karina Góes Pertile
Gerente da Educação na Saúde