



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE  
REDE NORDESTE DE FORMAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA- RENASF  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA NO NORDESTE  
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA**

**PRYSCYLLA FIDELES DE MIRANDA**

**PERCEPÇÃO DOS IDOSOS QUANTO AO ACESSO AOS SERVIÇOS DE  
ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA NO MUNICÍPIO DE NATAL/RN**

**NATAL/RN  
2019**

PRYSCYLLA FIDELES DE MIRANDA

**PERCEPÇÃO DOS IDOSOS QUANTO AO ACESSO AOS SERVIÇOS DE  
ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA NO MUNICÍPIO DE NATAL/RN**

Trabalho de Conclusão de Mestrado  
apresentado à banca de defesa do Mestrado  
Profissional em Saúde da Família, da Rede  
Nordeste de Formação em Saúde da Família -  
RENASF/ Universidade Federal do Rio  
Grande do Norte – UFRN.

**Orientadora:** Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Janete Lima de  
Castro

**Área de Concentração:** Saúde da Família

**Linha de Pesquisa:** Promoção da Saúde

**NATAL/RN  
2019**

Universidade Federal do Rio Grande do Norte - UFRN  
Sistema de Bibliotecas - SISBI  
Catalogação de Publicação na Fonte. UFRN - Biblioteca Setorial do Centro Ciências da Saúde - CCS

Miranda, Pryscylla Fideles de.

Percepção dos idosos quanto ao acesso aos serviços de  
Estratégia de Saúde da Família no município de Natal/RN /  
Pryscylla Fideles de Miranda. - 2019.  
62f.: il.

Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde da Família) -  
Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família no Nordeste, Centro  
de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Rio Grande do  
Norte. Natal, RN, 2019.

Orientadora: Janete Lima de Castro.

1. Sistema Único de Saúde - Dissertação. 2. Acesso -  
Dissertação. 3. Idosos - Dissertação. 4. Estratégia de Saúde da  
Família - Dissertação. I. Castro, Janete Lima de. II. Título.

RN/UF/BS-CCS

CDU 614

PRYSCYLLA FIDELES DE MIRANDA

**PERCEPÇÃO DOS IDOSOS QUANTO AO ACESSO AOS SERVIÇOS DE  
ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA NO MUNICÍPIO DE NATAL/RN**

Dissertação apresentada ao Programa Saúde da Família do Nordeste da Universidade Federal do Rio Grande do Norte, como requisito parcial para obtenção de título de Mestrado em Saúde da Família.

BANCA EXAMINADORA

---

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Janete Lima de Castro – UFRN

(Orientadora)

---

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Ana Tânia Sampaio – UFRN

(Membro Interno)

---

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Flávia Christiane de Azevedo Machado – UFRN

(Membro Externo ao Programa)

---

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Tânia Cristina França da Silva – UERJ

(Membro Externo à UFRN)

Natal, 12 de Agosto de 2019

## AGRADECIMENTOS

Muitas mudanças profissionais e pessoais aconteceram durante esse tempo de mestrado, mas todas elas fizeram com que eu buscasse evoluir e chegar até aqui.

Muitos são aqueles que diante dessa jornada seguraram a nossa mão nos ajudando nesta caminhada e quando em alguns momentos foi necessário, chegaram até a nos carregar em seus colos protetores.

Agradeço aos meus colegas de mestrado pelo companheirismo e leveza que foi a nossa convivência nas disciplinas e, principalmente, pela oportunidade de trocar experiências com profissionais tão fantásticos que fazem do SUS um lugar melhor e de qualidade.

Agradeço a todos os amigos sejam eles os mais distantes fisicamente ou os mais próximos que sempre emanaram todo apoio nessa trajetória.

Agradeço à minha orientadora JANETE LIMA DE CASTRO pela condução do processo de orientação, no qual se apresentou sempre muito sincera e positiva. A todo o momento acreditou no meu potencial, conseguindo estimular o melhor de mim como pesquisadora.

Em nome da Professora e coordenadora da Pós-Graduação em Saúde da Família, MAÍSA PAULINO RODRIGUES, agradeço a todo corpo docente do mestrado profissional em Saúde da Família pela excelente condução dos módulos que contribuíram para meu crescimento como profissional do SUS.

Agradeço à minha família como um todo pelo apoio. Vocês são a minha fortaleza e nunca duvidaram do meu potencial. Obrigada a POLLYANNA FIDELES, minha irmã; VICTOR CORTEZ, meu cunhado e irmão de coração; BRUNA AGRA, minha cunhada e irmã de coração, e a FABÍOLA AGRA; minha sogra e a quem considero como segunda mãe.

A três pessoas da minha família farei um agradecimento especial. A primeira, minha Mãe, MARIA ALZENIR FIDELES, você nunca duvidou que eu fosse capaz de alcançar este sonho ou qualquer outro que eu venha a ter. Você não só me deu a vida, mas é a minha melhor amiga e parceira que amo muito. Obrigada por ser essa mulher de luz e fé para todos nós.

Ao meu esposo, JOÃO AGRA NETO, meu companheiro que sempre me apoiou incondicionalmente. A você que sempre esteve disponível para contribuir com o que fosse

necessário na minha vida e na minha pesquisa, mesmo não sendo a sua área de atuação, pois para você o que sempre importou foi contribuir com o que eu precisasse. A você todo meu carinho e admiração pelo homem e profissional que é.

E o meu último agradecimento familiar, mas não menos importante, vai inteiramente ao meu filho, MIGUEL FIDELES AGRA, o qual estou gerando dentro do meu ventre há 8 meses. Mesmo você não estando ainda nos meus braços, minha força veio de você, meu amor e minha luz. Obrigada por me acompanhar nas madrugadas de escrita da dissertação, nas quais você com seus chutinhos fazia sentir que era necessário seguir em frente mesmo diante de todo cansaço. Obrigada por tudo meu filho, a Mamãe te ama incondicionalmente.

Agradeço a DEUS todo poderoso por ter me permitido chegar até aqui. Tenho fé que com sua benção e minha dedicação chegarei mais longe. A ele confio não só a minha carreira como a minha vida.

*O sucesso nasce do querer, da determinação e persistência em se chegar a um objetivo.  
Mesmo não atingindo o alvo, quem busca e vence obstáculos, no mínimo fará coisas  
admiráveis.*

*(José de Alencar)*

## RESUMO

O envelhecimento mundial e as recomendações para a estruturação de equipamentos sociais que proporcionem um envelhecimento ativo traz inquietações sobre como tem acontecido o acesso aos serviços de saúde na atenção básica. Preocupando-se com esta questão este estudo tem por objetivo compreender como a população idosa avalia o seu acesso ao serviço da Estratégia de Saúde da Família de uma capital brasileira. Nesta perspectiva/ foi realizada a técnica do grupo focal com a participação de 18 idosos. Guiada por um roteiro flexível à pesquisadora buscou compreender a fala dos idosos nas dimensões econômica-social, organizacional, técnica e política. O material foi gravado com autorização dos participantes, transcrito e analisado segundo a análise de conteúdo preconizada por Minayo. Os resultados mostram que os idosos avaliam positivamente a localização geográfica da unidade, o vínculo entre profissionais e usuários, o acolhimento e as práticas humanizadas realizados na unidade. Questões que apresentaram maiores insatisfações estão ligadas a ambiência, a precária estrutura da unidade, a inexistência de espaços de participação social e a precariedade do sistema de regulação que se mostra insuficiente para dar continuidade ao tratamento dos mesmos. Quanto à avaliação da qualidade do serviço, as opiniões foram bastante heterogêneas, parte dos participantes avalia de forma positiva e outra parte avalia negativamente, evidenciando a complexidade de se avaliar os serviços de saúde.

**Palavras Chaves:** Sistema Único de Saúde; Acesso; Idosos.

## **ABSTRACT**

Worldwide aging and recommendations for the structure of social equipment that provide an active aging, brings concerns about how to access to health services in primary care has been happening. Concerning about this issue, this study aims to understand how the elderly population evaluates their access to the Family Health Strategy service of a Brazilian capital. In this perception, the focus group technique was performed with the participation of 18 elderly. Guided by a flexible script, the researcher sought to understand the speech of the elderly in economic-social, organizational, technical and political dimensions. The material was recorded with the permission of participants, transcribed and analyzed according to content analysis, recommended by Minayo. The results have shown that the elderly positively evaluate the geographical location of the unit, the bond between professionals and users, the welcoming and the humanized practices performed in the unit. Issues which represented dissatisfaction are linked to the ambience, the precarious structure of the unit, the lack of spaces for social participation, and the precariousness of the regulatory system that is insufficient to continue their treatment. About the evaluation service quality, the opinions were quite heterogeneous, part of the participants evaluates positively and another part negatively showing the complexity of evaluating health services.

**Keywords:** Unified Health System; Access; Seniors.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

<b>Figura 01 - Pirâmide Etária de Felipe Camarão.....</b>	<b>23</b>
<b>Figura 02 - Etapas de Análise de Dados da Pesquisa.....</b>	<b>25</b>

## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

ESF – Estratégia Saúde da Família

HUOL – Hospital Universitário Onofre Lopes

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IPEA – Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada

RN – Rio Grande do Norte

SIPS – Sistema de Indicadores de Percepção Social

SUS – Sistema Único de Saúde

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UFRN – Universidade Federal do Rio Grande do Norte

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO .....</b>	<b>12</b>
<b>2 REFERENCIAL TEÓRICO .....</b>	<b>15</b>
2.1 ENVELHECIMENTO POPULACIONAL .....	15
2.2 AS MÚLTIPLAS DIMENSÕES DO ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE.....	16
<b>2.2.1 Aspectos Econômico-sociais.....</b>	<b>17</b>
<b>2.2.2 Aspectos Organizacionais.....</b>	<b>18</b>
<b>2.2.3 Aspectos Técnicos.....</b>	<b>19</b>
<b>2.2.4 Aspectos Políticos.....</b>	<b>19</b>
<b>3 OBJETIVOS .....</b>	<b>21</b>
3.1 OBJETIVO GERAL.....	21
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS .....	21
<b>4 CAMINHOS METODOLÓGICOS .....</b>	<b>22</b>
4.1 CARACTERÍSTICAS DO ESTUDO .....	22
4.2 SUJEITO E CENÁRIO DA PESQUISA .....	22
4.3 COLETA DE DADOS .....	23
4.4 ANÁLISE DOS DADOS .....	25
4.5 ASPECTOS ÉTICOS .....	25
<b>5 RESULTADOS E DISCUSSÃO .....</b>	<b>27</b>
ARTIGO - AVALIAÇÃO DOS IDOSOS QUANTO AO ACESSO AOS SERVIÇOS DE ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA .....	27
<b>6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>46</b>
<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>47</b>
<b>APÊNDICES .....</b>	<b>51</b>
<b>ANEXOS .....</b>	<b>59</b>

## 1 INTRODUÇÃO

A Organização Mundial de Saúde (OMS) alerta sobre o crescimento acelerado do envelhecimento da população em todo o mundo. Entre os anos de 1970 a 2025, ocorrerá um crescimento de 223% no número de pessoas com idade mais avançada (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2002).

Esse envelhecimento resultará no aumento das necessidades econômicas e sociais em todo mundo e as organizações internacionais, governos e sociedade civil só estarão preparados se implantarem políticas e programas de “envelhecimento ativo” que melhorem saúde, segurança e participação dos cidadãos mais velhos (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2005):

O foco do envelhecimento ativo é aumentar a expectativa de vida saudável com qualidade para as pessoas que estão envelhecendo. A expressão “ativo” faz referência à participação sucessiva nos assuntos civis, econômicos, culturais e sociais e não exclusivamente à aptidão de estar fisicamente ativo.

Nesse contexto, no Brasil, marcos políticos foram estabelecidos, por exemplo, a Portaria nº399/GM/2006 que divulga e aprova as Diretrizes Operacionais do Pacto pela Saúde. Nesse documento, a saúde do idoso é uma das seis prioridades pactuadas nas três esferas de governo. Nesse mesmo ano, a Portaria nº 2.528, de 19 de outubro de 2006, aprovou a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. Essa política busca restaurar, conservar e promover a autonomia e a independência dos sujeitos idosos, apontando medidas individuais e coletivas de saúde em conformidade com as diretrizes e princípios do sistema único de saúde.

De acordo com Lima (2017), em 2017, 70% das pessoas idosas longevas ( $\geq 80$  anos) já dependiam totalmente do sistema público de saúde brasileiro. Como consequência desse acelerado processo de envelhecimento populacional, evidencia-se o crescimento de morbidades, incapacidades funcionais, redução da independência e da autonomia.

Em 2016, o município de Natal/RN, seguindo estimativas do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), apresentava população estimada de 869.954 habitantes, sendo 93.955 pessoas acima de 60 anos de idade.

Preocupando-se com o envelhecimento acelerado, o Plano Municipal de Saúde – quadriênio 2018/2021 –, da Secretaria Municipal de Saúde (NATAL, 2017), tem como um dos seus objetivos a promoção da melhoria das condições de saúde da pessoa idosa mediante

a qualificação da gestão e da organização da linha de cuidado a saúde da pessoa idosa (NATAL, 2017).

Destaca-se que a atenção básica é a porta de entrada preferencial para os usuários no SUS por ser um espaço privilegiado de gestão do cuidado. Mendes (2010) defende que nesse nível de atenção é possível resolver em torno de 85% dos problemas de saúde dos usuários.

Em 2017, a cobertura da rede de atenção primária à saúde em Natal/RN estava em torno de 43,47%, o que alerta para um significativo contingente populacional sem cobertura assistencial do serviço de atenção básica (NATAL, 2017).

O Plano Municipal de Saúde da SMS-Natal apresenta como meta o aumento da cobertura do serviço de Estratégia Saúde da Família (ESF). A previsão é que até 2020, seja alcançado 80% de cobertura assistencial na ESF (NATAL, 2017).

Tendo em vista a baixa cobertura assistencial da ESF e o quanto isso implica no acesso, essa temática ganha relevância e apresenta-se de forma mais complexa quando, apesar da garantia por lei, ainda há acessos com restrições e seletivos no SUS (ASSIS; JESUS, 2012).

Uma pesquisa domiciliar junto a famílias brasileiras, realizada pelo Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA), em 2011, verificou como a população avaliou os serviços de utilidade pública e o grau de importância que eles teriam para a sociedade. Assim, constatou que 80,7% dos entrevistados avaliaram a Estratégia de Saúde da Família (ESF) como boa ou muito boa. Entretanto, o item destacado como negativo foi a agilidade no acesso ao atendimento, medicamentos, consultas e exames. Os resultados apontam que a população em estudo almeja um acesso mais facilitado, ágil e oportuno aos serviços.

Os usuários dos serviços de saúde costumam se referir a dificuldades em relação ao acesso aos serviços de saúde. Dificuldades essas que podem ser identificadas como barreiras geográficas, socioeconômicas, culturais e outras. Todas elas devem ser levadas em consideração no momento de construir normas e técnicas adequadas aos hábitos da população (UNGLERT, 1990).

Nesse sentido, compreende-se que as dificuldades relacionadas ao acesso envolvem múltiplas dimensões. Giovanella e Fleury (1995) adotam como abordagem teórica quatro dimensões: política, econômica, técnica e simbólica - para categorizar o acesso e analisar suas condições. A dimensão organizacional também é forma de análise do acesso, visto que agrega fatores bem distintos da mera acessibilidade organizacional aos serviços (ASSIS; JESUS, 2012).

Considerando a preocupação com o envelhecimento da população e as questões das dificuldades de acesso aos serviços de saúde que foram apresentadas, a pesquisa foi norteadada pelo seguinte questionamento: Como os idosos avaliam o serviço da unidade de Estratégia de Saúde da Família a qual estão vinculados? O que os idosos têm a dizer sobre o acesso ao serviço de saúde levando em consideração as múltiplas dimensões que interferem no acesso?

Dito isso, ressalta-se que este trabalho tem por objetivo compreender como a população idosa avalia o acesso ao serviço de Estratégia de Saúde da Família ao qual está vinculada, tendo como análise as dimensões econômico-social, organizacional, técnica e política.

## 2 REFERENCIAL TEÓRICO

Atento às questões de acesso, bem como com o processo mundial de envelhecimento, o presente estudo é direcionado à temática dos idosos e sua percepção quanto ao acesso aos serviços de Estratégia de Saúde da Família ao qual estão vinculados, identificando as múltiplas dimensões que interferem nesse acesso. Nossa leitura teve com foco dois temas que sustentam nossa tese, o envelhecimento populacional e o acesso da pessoa idosa aos serviços de saúde. Dessa forma, este item está estruturado em dois subitens: Envelhecimento Populacional e As Múltiplas Dimensões do Acesso aos Serviços de Saúde

### 2.1 ENVELHECIMENTO POPULACIONAL

O fenômeno do aumento da população idosa vem acontecendo em todo o mundo. No Brasil, o número de idosos passou de 3 milhões em 1960 para 7 milhões em 1975, já em 2008, esse aumento passou a ser 20 milhões, ou seja, em menos de 50 anos, aconteceu um aumento de 700%. O que se aponta é que a cada ano, 650 mil novos idosos são incorporados à população brasileira (VERAS, 2009). De acordo com as projeções mais conservadoras, em 2020, o Brasil será o sexto país do mundo em número de idosos, com um contingente superior a 30 milhões (CARVALHO, 2013).

A velocidade da transição demográfica e epidemiológica que vem acontecendo nas últimas décadas, e as repercussões que irão ocasionar para a sociedade, diante do contexto de pobreza, desigualdade social e fragilidade das instituições sociais que devem dar suporte a essas questões têm causado preocupações nos gestores do Sistema Único de Saúde (SUS) e tem sido objeto de investigação dos pesquisadores (VERAS, 2009).

Com o envelhecimento da população, é possível identificar o uso com maior frequência dos serviços públicos de saúde dessa faixa etária, bem como internações hospitalares com maior tempo de ocupação de leitos. As doenças crônicas e as incapacidades funcionais não são resultados inevitáveis do envelhecimento, segundo estudos recentes, mesmo que mais tardiamente, ainda é possível que sejam desenvolvidas estratégias de prevenção e tratamento que amenizem essas consequências (PARAHYBA, 2005).

A população idosa brasileira, muitas vezes, convive com o receio da violência, a dificuldade de assistência à saúde, insuficiência de atividades de lazer, além de todas as aflições que giram em torno da dificuldade das aposentadorias e pensões. Existe o desrespeito

à terceira idade somado à precariedade de investimentos públicos para atendimento às necessidades específicas da população idosa (VERAS, 2007).

A SMS-Natal, preocupada com essas questões, desenvolveu um instrumento norteador que foi lançado em 2016: o guia da saúde do idoso, destinado aos profissionais da Secretaria Municipal de Saúde de Natal, especialmente aos da atenção básica. O citado documento tem como objetivo auxiliar nas condutas e ações geriátricas e gerontológicas, diante das peculiaridades das mudanças fisiológicas e patológicas de pessoas idosas (COSTA *et al*, 2016).

A assistência no Sistema Único de Saúde para a população idosa deve ser organizada de maneira integral com serviços qualificados, com profissionais bem formados e com instrumentos que orientem as suas atividades tendo em vista melhorar a assistência à pessoa na terceira idade.

Também vale ressaltar que um dos principais desafios do Brasil para melhoria da qualidade de vida dos idosos é a formação dos profissionais de saúde. Autores como Kuchemann (2012) reforçam que essas formações devem conter conhecimentos que considerem as particularidades do envelhecimento, como mudanças psíquicas, físicas e sociais, bem como preocupar-se com a qualidade da atenção primária oferecida. Nessa perspectiva, o estudo de Lima (2018) reforça a necessidade de associar o processo de ensino às práticas cotidianas dos serviços de saúde, principalmente da atenção primária. O citado autor destaca ainda a importância que a formação dos profissionais de saúde considere o envelhecimento como foco para que o exercício profissional seja cada vez mais alinhado com as necessidades da população idosa.

Infelizmente, mesmo diante de todas as metas já existentes por leis e políticas voltadas à pessoa idosa, ainda existe um longo caminho a percorrer, no qual se constata a carência de recursos humanos, tecnológicos, materiais, entre outros que atrapalham o desenvolvimento de uma melhor assistência à população (BODSTEIN, 2014).

## 2.2 AS MÚLTIPLAS DIMENSÕES DO ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE

Considerando a complexidade do conceito acesso, percebe-se que em muitas ocasiões ele é agregado de forma imprecisa e pouco clara na sua relação com o uso de serviços de saúde. Seu conceito varia entre autores e muda de acordo com o contexto.

O conceito de acesso está ligado à acessibilidade, referindo-se à facilidade com que os indivíduos alcançam a assistência a saúde. A acessibilidade estaria ligada à dependência de

implicações sócio-organizacionais e geográficas. São considerados importantes para a acessibilidade os fatores sociais e culturais, bem como as precedências étnicas e religiosas, embora seja necessário destacar fatores geográficos e organizacionais (DONABEDIAN, 2003).

Pode-se destacar várias características que fazem parte do conceito de acesso: disponibilidade (volume e tipo) de serviços em relação às necessidades; acessibilidade, dimensão do acesso, apontado pelo ajuste entre a distribuição geográfica dos serviços e dos pacientes; acolhimento, apresentando a relação entre a forma como os serviços se comportam para receber os pacientes e a capacidade dos pacientes para se adaptar a essa organização; capacidade de compra, apontada pela relação entre alternativas de financiamento dos serviços e a possibilidade dos indivíduos de pagarem por esses serviços; e aceitabilidade, que representa as atitudes das pessoas e dos profissionais de saúde em relação às características e práticas de cada um (TRAVASSOS, 2004).

Situações de vulnerabilidade da população, dependência do capital humano, físico, financeiro e social podem ser determinantes quando se trata de acesso aos serviços de saúde (OBRIST, 2007).

Giovanella e Fleury (1995) e Jesus e Assis (2010) discutem elementos que interferem no acesso aos serviços de saúde, procurando compreendê-los num contexto de múltiplas dimensões. O presente trabalho adotou a visão desses autores como bússola em que serão aprofundados os conteúdos da dimensão econômico-social, organizacional, técnica, e política.

### **2.2.1 Aspectos Econômico-sociais**

Considerando que as condições sociais e econômicas influenciam de forma decisiva na saúde da população, Giovanella e Fleury (1995) se referem a essa dimensão como sendo a relação entre oferta e demanda de distintos grupos populacionais em que é moldada na organização da assistência médica. Para elas, os usuários consideram que a oferta dos serviços públicos de saúde depende da capacidade de intervenção do Estado na organização da rede de atendimento (ASSIS, 2003).

Giovanella e Fleury (1995) definem com base nos modelos teóricos a dimensão econômica como “modelo economicista” que estaria relacionado ao mapeamento de distintos padrões dos indivíduos que influenciam na relação entre a oferta e demanda de serviços.

Segundo Nunes (2014), a relação da população com os serviços de saúde continuam desigual e requer monitoramento. Uma importante estratégia para avaliar o desempenho do

SUS é a mensuração das desigualdades econômicas e sociais no acesso e na qualidade da atenção.

Olhando as questões econômico-sociais na perspectiva do público com idade mais avançada, segundo a World Health Organization (2005), os idosos que apresentam maior vulnerabilidade são aqueles que não possuem bens, pouca ou nenhuma poupança, nenhuma pensão ou pagamento de seguro social. Nos casos dos idosos que não possuem filhos ou parentes, eles frequentemente enfrentam futuro incerto e correm o maior risco de falta de moradia, abandono e pobreza.

O que se pretende alertar nessa dimensão é que se faz necessário conhecer as condições de vida dos indivíduos, sejam elas pela situação de moradia, nutrição, educação ou do poder aquisitivo, pois como apontam os autores, esses fatores interferem diretamente nas condições de acessibilidade dos usuários ao serviço.

### **2.2.2 Aspectos Organizacionais**

Para Jesus e Assis (2010), a organização da rede de serviço relaciona-se com a capacidade dos serviços de saúde em responder de forma objetiva aos problemas que são demandados pelos usuários. Apontam que a atenção básica deve ser fortalecida como “porta de entrada”, organizando seus fluxos de atendimento de atendimentos a partir das demandas sanitárias, epidemiológicas, sociais, bem como organizando os fluxos de atendimentos.

Um dos aspectos fundamentais da dimensão organizacional é o acolhimento, o qual se destaca como norteador da Política Nacional de Humanização (2004), que propõe que o acolhimento esteja presente em todos os momentos existentes na atenção ofertada ao usuário. Baraldi e Souto (2011) estabelecem que o acolhimento seja capaz de permitir ao usuário o cuidado ampliado e integral, estratégia essa que objetiva apoiar e qualificar o sistema de saúde, reconhecendo o acesso como um direito humano fundamental.

Proposto pelo SUS como diretriz operacional fundamental do modelo assistencial de saúde, o acolhimento garante não somente a acessibilidade universal, mas propõe qualificação das relações com a escuta e a atenção frente à necessidade do usuário a fim de ofertar respostas resolutivas às suas demandas (BREHMER; VERDI, 2010).

Um das preocupações com a organização do serviço decorre da necessidade da continuidade do tratamento do usuário para outro nível de complexidade do sistema. Esse processo deve acontecer em tempo hábil de forma segura, garantindo o seu retorno para continuidade do tratamento na rede de atenção básica ou, quando necessário, aconteça de

forma a compartilhar o cuidado entre os diversos níveis. É preciso facilitar o acesso dentro dos limites geográficos dos territórios de atuação da Estratégia de Saúde da Família, atuando com integração entre os níveis de complexidade de serviço por meio da referência e contrarreferência (JESUS; ASSIS, 2010).

### **2.2.3 Aspectos Técnicos**

Com base nos modelos teóricos, segundo Giovanella e Fleury (1995), a dimensão técnica seria o “modelo sanitaria-planetador” caracterizado pela percepção do acesso como possibilidade de consumo, que garante a distribuição planejada de recursos na rede de serviços hierarquizado com um sistema organizado (JESUS; ASSIS, 2010).

Uma das características fundamentais aos aspectos técnicos é a integralidade da atenção. Segundo Figueiredo (2005), o atendimento de forma integral diz respeito a atender as necessidades dos usuários de forma ampliada, apresentando-se como um eixo importante na construção do Sistema Único de Saúde, tornando-se também um desafio na caminhada de constituição do sistema.

No começo do século XX, além dos cuidados voltados para a parte biológica, o envelhecimento passou a ser visto por meio de fatores que enxergam o ser humano como um todo, como um ser integral dentro de um olhar biopsicossocial (COSTA, 2016).

Considerado o caminho que transforma pessoas possibilitando a construção de algo melhor, a integralidade busca assistência transformadora, ampliada e principalmente centrada no usuário. Não aceita a diminuição do indivíduo nem dos aspectos biológicos nem da doença. Tudo isso envolvido por um atendimento integral valorizando acolhimento e cuidado (FONTOURA; MAYER, 2006).

É necessário direcionar os cuidados na perspectiva da construção de relações de vínculo que produzem ambientes saudáveis de confiança. As noções de vínculo são essenciais para que se possa assegurar qualidade sob o cuidado ofertado, bem como da responsabilidade do cuidado integral à saúde individual e coletiva por parte da equipe de saúde (CAMELO, 2000).

### **2.2.4 Aspectos Políticos**

Na dimensão política, Giovanella e Fleury (1995) destacam uma visão referente ao desenvolvimento da consciência sanitária e da organização popular. Para as autoras, o

“modelo sanitarista-politicista” é um direito coletivo e individual constitucionalmente adquirido, apontando a construção do sistema e a conformação das práticas de maneira participativa, com envolvimento da cidadania e agindo por meio de um controle social na gestão (JESUS; ASSIS, 2010).

Na Lei nº. 8.142/1990 dispõe sobre a participação social no SUS e define que a participação social estará contida em todas as esferas de gestão do SUS. Os espaços de participação social no cotidiano dos serviços de saúde têm por objetivo garantir o envolvimento da comunidade no processo de planejamento de ações e atividades, discussão de estratégias para enfrentamento dos problemas e avaliação e monitoramentos de ações (BRASIL, 2006).

A crescente participação da comunidade e da sociedade nos processos das políticas contribui para assegurar deliberações justas a respeito dos temas da igualdade na saúde. É indispensável tornar a saúde e a igualdade na saúde um valor compartilhado entre diferentes setores constituindo uma estratégia politicamente desafiante, porém indispensável (CARVALHO, 2013).

Destaca-se a existência de espaços legais destinados à participação social já constituído como os conselhos e conferências. Essas instâncias possuem resultados concretos de gestão participativa em que foi possível alcançar conquistas que trouxeram grandes avanços e servem como exemplo do exercício democrático de gestão participativa no SUS (COELHO, 2012).

### 3 OBJETIVOS

#### 3.1 OBJETIVO GERAL

- ✓ Compreender como os idosos avaliam o seu acesso aos serviços da Estratégia de Saúde da Família, considerando as dimensões econômico-social, organizacional, técnica e política.

#### 3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- ✓ Identificar as barreiras econômico-sociais e físicas que os idosos consideram interferir no seu cuidado em saúde;
- ✓ Descrever como os idosos avaliam os fluxos de atendimento do serviço da unidade, regulação e referência;
- ✓ Descrever, segundo os idosos, o nível de satisfação da relação com serviço e como acontece o processo do vínculo entre equipe/usuário;
- ✓ Identificar como os idosos avaliam a disponibilidade de espaços de participação social nas instâncias de tomada de decisão e como eles são envolvidos nos processos de tomada de decisão da unidade;
- ✓ Identificar como os idosos avaliam a qualidade da atenção recebida pela unidade da Estratégia de Saúde da Família.

## 4 CAMINHOS METODOLÓGICOS

### 4.1 CARACTERÍSTICAS DO ESTUDO

Estudo de natureza qualitativa com enfoque exploratório e crítico-descritivo do tipo estudo de caso. A abordagem qualitativa tende a se concentrar no caráter subjetivo do objeto analisado, estudando experiências individuais do público em estudo.

A pesquisa qualitativa foi escolhida por responder a questões muito particulares e se preocupar com o universo de significados de crenças, valores e atitudes. A pesquisa qualitativa procura obstinadamente compreender e interpretar da forma mais fiel possível a lógica interna dos sujeitos que se estudam e dar conhecimento de sua “verdade” (MINAYO, 2013).

A forma descritiva se concentra nas propriedades e características ou relação do fenômeno investigado. Concentra-se na busca por informações a respeito de ponto de vista, atitudes e preferências que os indivíduos possuem sobre determinada temática.

O estudo de caso é um método de pesquisa estruturado, que pode ser utilizado em diferentes situações para contribuir com a informação dos fenômenos grupais ou individuais. Busca a investigação de um caso específico, bem delimitado, contextualizado em tempo e lugar de maneira direta identificando detalhes dele (GIL, 2008).

### 4.2 SUJEITO E CENÁRIO DA PESQUISA

O estudo foi realizado em maio do ano de 2019, com 18 idosos vinculados a uma unidade de Estratégia de Saúde da Família (ESF) selecionada. Como critério de inclusão foi estabelecido que os participantes estivessem frequentando a unidade há no mínimo seis meses para garantir que esses estejam devidamente cadastrados e sendo acompanhados pela equipe de estratégia.

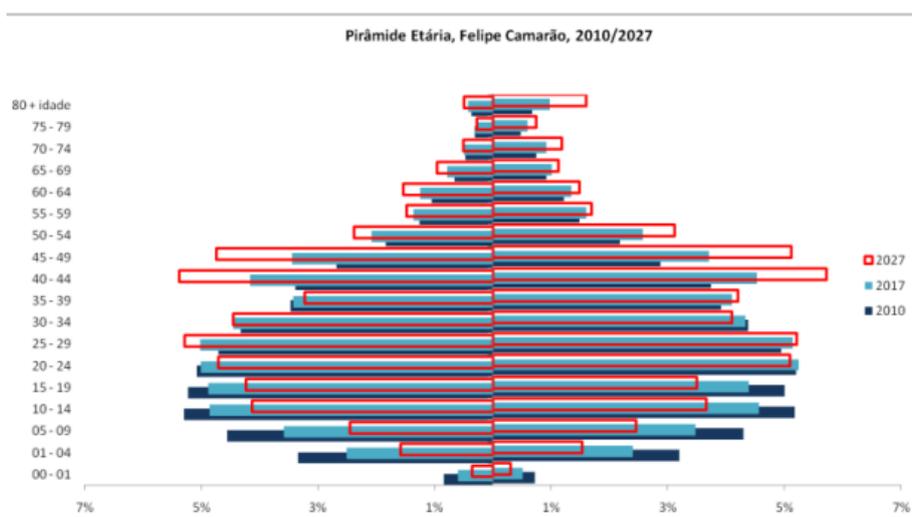
Também foi considerado critério de inclusão a frequência da utilização dos serviços da unidade de estratégia de saúde da família por parte dos usuários. Essa frequência se caracteriza com a utilização do serviço pelo menos duas vezes no último semestre antes da realização da pesquisa. O usuário poderia ou não ser participante de algum grupo de acompanhamento desenvolvido pela unidade.

A pesquisa aconteceu na unidade de estratégia mista de Felipe Camarão, localizada no Distrito Sanitário Oeste, que faz parte da Secretaria Municipal de Saúde do Natal/RN.

A escolha do local deve-se ao fato de a Unidade de Saúde estar localizada em um território que se destacou por ser pioneiro no desenvolvimento dos serviços de ESF da capital, além de ser um dos mais antigos e um dos mais populosos da região sanitária, conforme estimativa encontrada no Plano Diretor de Natal de 2017 (NUNES *et al*, 2017).

O referido território apresenta grande crescimento de idosos no território conforme figura abaixo:

**Figura 01 - Pirâmide Etária de Felipe Camarão**



**Fonte:** Retirado do documento do Plano Diretor de Natal/2017 - SEMURB- DIPE com base em dados do IBGE (Censo 2000 e 2010).

\*Conforme Estimativa da População do Rio Grande do Norte (IBGE, 2017).

#### 4.3 COLETA DOS DADOS

A coleta de dados se deu por meio da técnica de grupo focal. O grupo focal fundamenta-se na interação entre as pessoas para alcançar dados válidos à pesquisa. A técnica segue critérios antecipadamente determinados pelo pesquisador, seguindo os objetivos de investigação. Seguindo as orientações de Minayo (2000), foi criado um ambiente favorável à conversa com os idosos na perspectiva que fosse possível a manifestação de seus pontos de vista e percepções.

Da mesma forma, foram seguidas as orientações de Gatti (2005) sobre o grupo focal. Segundo a autora, o grupo focal reúne um grupo de pessoas selecionadas anteriormente, a partir de características semelhantes que estejam qualificadas para a discussão, em que, quando reunidas, têm o intuito de explicar sobre um determinado tema (GATTI, 2005).

Tendo em vista a caracterização do perfil dos participantes, foi aplicado como instrumento de coleta de dados um questionário estruturado pouco antes do início das discussões do grupo focal.

O convite aos participantes do grupo foi pautado em alguns critérios predeterminados citados anteriormente como critérios de inclusão. A adesão à participação na pesquisa foi voluntária, deixando claro para os participantes que eles poderiam desistir da sua participação a qualquer momento.

Foram realizados dois grupos focais com a participação de 10 idosos no primeiro grupo e 8 no segundo, cada um com duração de uma hora e trinta minutos cada. Chiesa e Ciamponi (1999) apontam como ideal um total oscilando entre seis e no máximo doze pessoas por grupo.

O grupo focal foi desenvolvido tendo como base um roteiro previamente estruturado com vistas a alcançar os objetivos estabelecidos para a pesquisa. O citado roteiro levou em consideração os aspectos definidos nas dimensões estabelecidas por Giovannella e Fleury (1995), tais como:

1. Dimensão econômica-social, cujos aspectos considerados foram: as barreiras socioeconômicas e físicas que os idosos consideram interferir no seu cuidado em saúde;
2. Dimensão organizacional, que tem como aspectos destacados os fluxos de atendimento do serviço da unidade e as questões referentes à regulação e referência;
3. Dimensão técnica, os aspectos destacados foram o processo de vínculo entre equipe/usuário e o nível de satisfação do serviço relatado pelos idosos;
4. Dimensão política identifica os aspectos relacionados à disponibilidade de espaços de participação social nas instâncias de tomada de decisão nos serviços de saúde, bem como o acompanhamento dos processos de controle social.

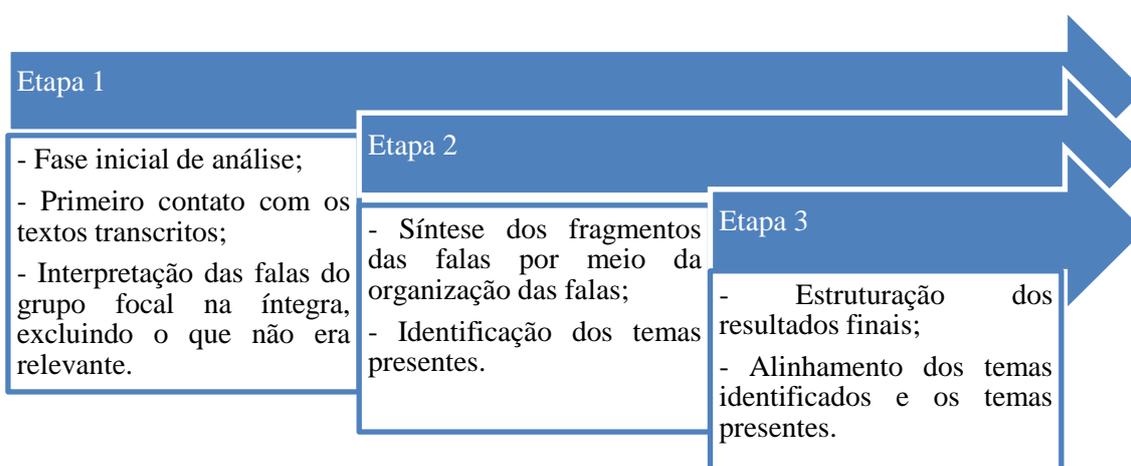
O grupo foi conduzido pela pesquisadora que mediou a discussão conforme roteiro apresentado. Para registro do grupo focal, foi utilizada gravação de áudio mediante autorização dos participantes, sendo observada a qualidade do som produzido, possibilitando adequada análise das informações. Também contou com registro das anotações por relatoras convidadas.

O local escolhido foi o auditório do serviço de ESF, por ser um ambiente conhecido e cômodo aos participantes. A ambiência favoreceu a interação onde contou com as cadeiras dispostas em círculo, possibilitando a interlocução face a face.

#### 4.4 ANÁLISE DOS DADOS

A análise dos dados coletados foi realizada com base no método de análise de conteúdo desenvolvido por Minayo (1998), na modalidade temática, contemplando as fases de pré-análise, exploração do material e interpretação dos dados.

**Figura 02 – Etapas de Análise de Dados da Pesquisa**



**Fonte:** Elaborado pela autora.

Os temas encontrados a partir dos discursos do grupo focal foram classificados nas unidades temáticas à medida que apresentaram um corpo de significados comuns e essenciais à investigação do objetivo da pesquisa. O tema é o elemento significativo identificado na leitura de conteúdo textual determinado, apresentando os valores de referência e os modelos de comportamento presentes no discurso que colaboraram para a formulação das unidades temáticas (MINAYO, 2013).

É importante ressaltar que foram atribuídos códigos aos sujeitos para preservação de suas identidades em atendimento às Resoluções nº. 466/2012 e nº. 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde.

#### 4.5 ASPECTOS ÉTICOS

O projeto foi submetido e aprovado no Comitê de Ética em Pesquisa no Hospital Universitário Onofre Lopes (HUOL)/Universidade Federal do Rio Grande do Norte - UFRN (Parecer n.º 3.232.748.).

Aos participantes da pesquisa foram esclarecidos os objetivos da pesquisa e as formas da coleta dos dados. Todos assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e o Termo de Autorização para gravação de voz foi assinado pelos que foram incluídos no grupo focal.

## **5 RESULTADOS E DISCUSSÃO**

Os resultados e discussão estão apresentados na forma de um artigo científico, intitulado Avaliação Dos Idosos Quanto ao Acesso aos Serviços de Estratégia de Saúde da Família que foi enviado para revista "Interface: Comunicação, Saúde e Educação", em que seu formato obedece às normas exigidas pela revista.

### **ARTIGO:**

**Avaliação dos idosos quanto ao acesso aos serviços da Estratégia de Saúde da Família.**

**Evaluation of the elderly regarding access to Family Health Strategy services**

**Evaluación de los adultos mayores sobre el acceso a los servicios de la Estrategia de salud familiar**

#### **Priscylla Fideles de Miranda**

Sanitarista. Pós-Graduada em Saúde da Família. Mestranda em Saúde da Família do Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva (NEP) da UFRN. Correspondência: Rua Ministro Macedo Soares, CEP 59076660, Natal, RN, Brasil. E-mail:

[pry\\_miranda@hotmail.com](mailto:pry_miranda@hotmail.com)

#### **Janete Lima de Castro**

Doutora em Educação. Professora Dr.<sup>a</sup> do Departamento de Saúde Coletiva da Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Coordenadora do grupo de pesquisa Gestão, Educação, Trabalho e Saúde. Correspondência: Av. Sen. Salgado Filho, 300. Campus Universitário, CEP 59078-970, Natal, RN, Brasil. E-mail:

[janetecastro.ufrn@gmail.com](mailto:janetecastro.ufrn@gmail.com)

### **RESUMO**

O envelhecimento mundial e as recomendações para estruturação de equipamentos sociais que proporcionem um envelhecimento ativo, traz inquietações sobre o acesso a serviços de saúde na atenção básica. Este artigo objetiva compreender como os idosos avaliam o acesso ao serviço de Estratégia de Saúde da Família em uma capital brasileira por meio das dimensões econômica-social, organizacional,

técnica e política. A abordagem é qualitativa utilizando a técnica do grupo focal, com a participação de 18 idosos. Na análise dos dados foi utilizado o método de análise de conteúdo, preconizado por Minayo. O grupo estudado avaliou positivamente a localização geográfica da unidade, vínculo entre profissionais e usuários, acolhimento e humanização. As insatisfações foram a ambiência, estrutura da unidade, participação social e regulação. Em relação a avaliação da qualidade do serviço, as opiniões foram diversas, com parte do grupo satisfeita e outra insatisfeita.

**Palavras-chave:** Sistema Único de Saúde; Percepção; Idosos.

### **ABSTRACT:**

The Worldwide aging and recommendations about social structure facilities which provide an active aging, brings concerns about access to health services in primary care. This article aims to understand how the elderly evaluate the access to family health strategy service in a Brazilian capital through the economic, social, organizational and political dimensions. The approach is qualitative, using the focus group technique with the participation of 18 elderly. In data investigation we used content analysis method recommended by Minayo. The studied group considered positively the units geographical location, bond between professionals and users, reception and humanization. The dissatisfaction was about ambience, unit structure, participation and regulation. Regarding the evaluation of service quality, the opinions were diverse, with part of the group satisfied and another dissatisfied.

**Keywords:** United Health System; Perception; Seniors.

### **RESUMEN:**

La senectud a nivel mundial y las recomendaciones para estructurar instalaciones sociales que brinden un envejecimiento activo, genera inquietudes sobre el acceso a los servicios de salud en atención primaria. Este artículo tiene como objetivo comprender como los ancianos evalúan el acceso al servicio de estrategia de salud familiar en una capital brasileña a través de las dimensiones económico-social, organizativa, técnica e política. El enfoque es cualitativo utilizando la técnica del grupo focal con la participación de 18 personas mayores. En el análisis de datos utilizamos el método de análisis de contenido, recomendado por Minayo. El grupo estudiado evaluó positivamente la ubicación geográfica de la unidad, el vínculo entre profesionales y usuarios la recepción y la humanización. Las insatisfacciones fueron el ambiente, la unidad, la participación social y la regulación. Cuanto a la evaluación de la calidad del servicio, las opiniones fueron diversas, con una parte del grupo satisfecha y otra insatisfecha.

**Palabras-clave:** Sistema único de Salud; Percepción; Personas mayores.

## **Introdução**

A Organização Mundial de Saúde (OMS) alerta sobre o crescimento acelerado do envelhecimento da população em todo o mundo. Entre os anos de 1970 a 2025, ocorrerá um crescimento de 223% no número de pessoas com idade mais avançada<sup>1</sup>.

Esse envelhecimento resultará no aumento das necessidades econômicas e sociais em todo mundo e as organizações internacionais, governos e sociedade civil só estarão preparados se implementarem políticas e programas de “envelhecimento ativo” que melhorem saúde, segurança e participação dos cidadãos mais velhos<sup>2</sup>.

O foco do envelhecimento ativo é aumentar a expectativa de vida saudável com qualidade para as pessoas que estão envelhecendo. A expressão “ativo” faz referência à participação sucessiva nos assuntos civis, econômicos, culturais e sociais e não exclusivamente à aptidão de estar fisicamente ativo.

Nesse contexto, no Brasil, marcos políticos foram estabelecidos. Em 2006, por meio da Portaria nº 399/GM, no documento de Diretrizes do Pacto pela Saúde no Pacto pela Vida, a saúde do idoso é explicitada como uma das seis prioridades pactuadas nas três esferas de governo, expressada no documento da Política Nacional da Saúde da Pessoa Idosa.

A política citada busca restaurar, conservar e promover a autonomia e a independência dos sujeitos idosos, apontando medidas individuais e coletivas de saúde em conformidade com as diretrizes e princípios do Sistema Único de Saúde.

Em 2017, 70% das pessoas idosas longevas ( $\geq 80$  anos) já dependiam totalmente do sistema público de saúde brasileiro. Como consequência desse acelerado processo de envelhecimento populacional, resulta no crescimento de morbidades, incapacidades funcionais, redução da independência e da autonomia<sup>3</sup>.

A assistência no Sistema Único de Saúde para a população idosa deve ser organizada de maneira integral com serviços e profissionais qualificados, haja vista que a população idosa possui características e necessidades específicas que são adquiridas ao longo da vida<sup>3</sup>.

Faz-se necessário associar o processo de ensino às práticas cotidianas dos serviços de saúde, principalmente da atenção primária, para que o exercício profissional esteja cada vez mais alinhado com as necessidades da população idosa. É necessária a integração entre o ensino e o serviço na formação em saúde que tenham o envelhecimento como foco<sup>4</sup>.

Apesar da garantia por lei, ainda há acessos com restrições e seletivos no SUS<sup>5</sup>. São diversas as barreiras que dificultam o acesso aos serviços de saúde, sendo algumas delas geográficas, socioeconômicas e culturais.

É importante verificar que mesmo diante de todas diretrizes já existentes por leis e políticas voltadas à pessoa idosa, ainda existe um longo caminho a percorrer, em que se constata a carência de recursos humanos, tecnológicos, materiais, entre outros, os quais atrapalham o desenvolvimento de uma melhor assistência à população<sup>6</sup>.

Nesse sentido, compreende-se que as dificuldades relacionadas ao acesso envolvem múltiplas dimensões. Giovanella e Fleury<sup>7</sup> adotam como abordagem teórica quatro dimensões explicativas - política, econômica, técnica e simbólica - para categorizar o acesso e analisar suas condições.

As dimensões pontadas por Giovanella e Fleury<sup>7</sup> foram definidas com base nos modelos teóricos: dimensão econômica – modelo economicista; dimensão técnica – modelo sanitarista planejador; dimensão política – modelo sanitarista-politicista; dimensão simbólica – modelo das representações sociais acerca da atenção e do sistema de saúde.

A O “modelo economista” estaria relacionado ao mapeamento dos diferentes padrões de consumo dos indivíduos que influenciariam na relação entre a oferta de serviços e demanda pelos mesmos. (...) O “modelo sanitarista-planificador” se caracteriza pela concepção de acesso enquanto possibilidade de consumo, garantida pela distribuição planejada de recursos na rede de serviços hierarquizada, através de um sistema de organização baseado nos princípios da referência e contra-referência. (...) O acesso, na perspectiva do “modelo sanitarista- politicista”, é um direito individual e coletivo adquirido constitucionalmente, num conceito ampliado, de base marxista, explicitando a construção do sistema e a conformação das práticas de maneira participativa, com cidadania, intervindo na gestão através do controle social. (...) o “modelo das representações sociais” (...) é uma constituição eminentemente intersubjetiva e simbólica do processo saúde-doença, em que os sujeitos coletivos e históricos são seus artífices, suportes e mediadores<sup>8</sup>.

Portanto, reconhecendo que existem múltiplas questões que interferem no acesso das pessoas idosas aos serviços de saúde, este trabalho tem por objetivo

compreender como os usuários idosos avaliam o seu acesso ao serviço de Estratégia de Saúde da Família de uma capital brasileira por meio das dimensões econômica, social, organizacional, técnica e política.

### **Metodologia**

Trata-se de um estudo de natureza qualitativa com enfoque exploratório e crítico-descritivo do tipo estudo de caso. O estudo foi realizado em maio do ano de 2019, com 18 idosos vinculados a uma unidade de Estratégia de Saúde da Família (ESF). A escolha do local deve-se ao fato de a referida estar localizada em um território que se destacou por ser pioneiro no desenvolvimento dos serviços de ESF da capital, além de ser um dos mais antigos e um dos mais populosos da região sanitária conforme estimativa do IBGE 2017.

A escolha dos participantes foi baseada em critérios de inclusão os quais tinham como exigências que os participantes tivessem idade igual ou superior a 60 anos, frequentando a unidade há no mínimo seis meses e que estivessem devidamente cadastrados e acompanhados pela equipe de estratégia. A frequência da utilização do serviço também foi verificada, devendo ser de menos duas vezes no último semestre antes da realização da pesquisa.

A coleta de dados se deu por meio da técnica de grupo focal, que foi realizada em duas seções, com a participação de 10 idosos no primeiro grupo e 8 no segundo. Tendo em vista a caracterização do perfil dos participantes, foi aplicado como instrumento de coleta de dados um questionário estruturado pouco antes do início das discussões.

O grupo foi conduzido pela pesquisadora que mediou a discussão baseado em um roteiro flexível, previamente elaborado. O roteiro teve a finalidade de direcionar para a discussão do grupo auxiliando para alcançar os objetivos estabelecidos.

O roteiro foi elaborado tendo como base as seguintes dimensões:

5. Econômico-social (identifica as barreiras socioeconômicas e físicas que os idosos consideram interferir no seu cuidado em saúde);
6. Organizacional (identifica o que os idosos acham dos fluxos de atendimento do serviço da unidade, identificando também questões referentes à regulação e referência);
7. Técnica (identifica como acontece o processo de vínculo entre equipe/usuário e nível de satisfação do serviço relatado pelos idosos) e

8. Política (identifica como os idosos avaliam a disponibilidade de espaços de participação social nas instâncias de tomada de decisão no serviço de saúde, bem como o acompanhamento dos processos de controle social).

As discussões do grupo focal foram gravadas em áudio mediante autorização dos participantes.

As falas dos participantes foram transcritas na íntegra e a seguir foi feita uma leitura flutuante dos textos, excluindo o que não era relevante para a pesquisa. Uma nova leitura foi realizada para construir uma síntese dos fragmentos das falas, originando em temas compondo um corpo de significados comuns e essenciais para a investigação do objeto de pesquisa. Assim, as dimensões citadas tornaram-se unidades temáticas em que a partir delas surgiram os temas presentes identificados a partir dos discursos dos participantes.

A análise dos dados coletados foi realizada com base no método de análise de conteúdo desenvolvido por Minayo<sup>9</sup>, na modalidade temática, contemplando as fases de pré-análise, exploração do material e interpretação dos dados.

De acordo com Minayo<sup>9</sup>, o tema é o elemento significativo identificado na leitura de conteúdo textual determinado, apresentando os valores de referência e os modelos de comportamento presentes no discurso que irão colaborar para a formulação das unidades temáticas.

Foram atribuídos códigos aos sujeitos da pesquisa tendo em vista a preservação de suas identidades em atendimento às Resoluções nº. 466/2012 e nº. 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde.

## **Resultado e Discussão**

Este item apresenta e discute os resultados da pesquisa, está estruturado em duas etapas. A etapa 1 apresenta os resultados do perfil dos idosos participantes do grupo focal e a etapa 2 apresenta os achados distribuídos nas unidades temáticas que surgiram no momento da análise dos dados.

### **Etapa 1 – Caracterização da população**

O estudo contou com a participação de 18 idosos, em que 66,67% eram mulheres, 50% deles estavam entre 60 e 65 anos, 61,11% estão aposentados, em 83,33% os familiares residem com dos idosos e 55,56% do grupo em estudo

praticam atividades físicas. Os dados referentes à caracterização completa do perfil dos participantes do estudo são apresentados na tabela 1 a seguir:

**Tabela 1** – Caracterização do perfil dos participantes da pesquisa.

<b>Caracterização</b>	<b>Nº</b>	<b>%</b>
<b>Sexo</b>		
Feminino	12	66,67%
Masculino	6	33,33%
<b>Faixa etária</b>		
60 a 65	9	50,00%
66 a 70	4	22,22%
71 a 75	4	22,22%
81 a 95	1	5,56%
<b>Situação Atual de Trabalho</b>		
Aposentado	11	61,11%
Trabalha	3	16,67%
Não Trabalha	4	22,22%
<b>Família morando com você</b>		
SIM	15	83,33%
NÃO	3	16,67%
<b>Prática de Atividade Física</b>		
SIM	10	55,56%
NÃO	8	44,44%

**Fonte:** Os autores.

Quanto ao indicador referente à análise do tempo de moradia no bairro onde a unidade fica localizada, 55,56% afirmaram morar há mais de 30 anos, como exibido na tabela 2 abaixo:

**Tabela 2** – Tempo de Moradia no bairro onde a unidade está localizada.

<b>Anos/Tempo de Moradia</b>	<b>Nº</b>	<b>%</b>
Entre 2 e 5 Anos	2	11,11%
Entre 16 e 20 Anos	1	5,56%
Entre 21 e 25 Anos	2	11,11%
Entre 26 e 30 Anos	3	16,67%
Mais de 30 Anos	10	55,56%

**Fonte:** Os autores.

O tempo longo de moradia no bairro por parte da maioria dos participantes faz com que eles tenham acompanhado o desenvolvimento do bairro e da unidade que estão vinculados.

Na perspectiva do indicador referente ao tempo de acompanhamento pela estratégia, 72,22% dos participantes são acompanhados pela unidade desde sua fundação que aconteceu no ano de 2001, fazendo assim em torno de 18 anos, como pode ser observado na tabela 3 posteriormente:

**Tabela 3** – Tempo de Acompanhamento pela Unidade.

<b>Anos/Tempo de Moradia</b>	<b>Nº</b>	<b>%</b>
Menos de 1 Ano	1	5,56%
Entre 2 e 5 Anos	1	5,56%
Entre 6 e 10 Anos	0	0,00%
Entre 11 e 15 Anos	3	16,67%
Entre 16 e 18 Anos	13	72,22%

**Fonte:** Os autores.

A fim de compreender um pouco da subjetividade do que se entende por saúde e doença, sabendo que esses conceitos podem interferir na maneira como os mesmos avaliam o acesso, foi questionado aos participantes quais são os significados de saúde e de doença.

Começando pelo significado de saúde, foi possível registrar a seguinte fala: “Saúde é encontrar o que precisamos no posto de saúde.”. Esse trecho reflete a preocupação desse idoso e de outros, que concordavam com a fala, com o acesso ao serviço de saúde. Foi possível escutar dos participantes situações que refletiram tentativas sem sucesso na busca de atendimentos ou serviços.

Questionados sobre significado de doença, ocorreram as falas: “O que não presta”; “Não estar bem”; “Doenças da alma e Tristeza”. A Organização Mundial de Saúde<sup>10</sup>, em suas últimas estimativas, aponta que mais de 300 milhões de pessoas vivem com depressão, um aumento de mais de 18% entre 2005 e 2015. Em relação à população idosa, estudos realizados em uma comunidade da Bahia, no Brasil, apontaram correlação positiva entre a idade e a prevalência da presença de sintomas depressivos<sup>11</sup>.

Outros estudos também apontam a prevalência de sintomatologia da depressão em idosos com baixo poder aquisitivo. Para os autores Veras & Murphy<sup>12</sup>, esse resultado se deve à escassez de serviços de auxílio destinados à população de idosos, comparada a dos países desenvolvidos: transporte adequado, serviços de assistência de enfermagem domésticos, serviços voluntários dedicados ao bem-estar, entre outros.

O serviço deve estar alerta a prevalências da depressão e de outras doenças na população idosa. É necessário moldar os serviços de Estratégia de Saúde da Família baseados no perfil da população localizada no território existente.

## Etapa 2 – Grupo focal e dimensões

O quadro 1 a seguir apresenta as unidades temáticas que surgiram mediante a análise dos dados realizada com base no método de análise de conteúdo desenvolvido por Minayo<sup>8</sup>. Os temas presentes são resultado dos elementos encontrados na leitura dos conteúdos presentes nos discursos do grupo focal.

**Quadro 1:** Descrição das Unidades temáticas e temas presentes:

<b>Unidades temáticas:</b>	<b>Temas presentes:</b>
Unidade temática I: Econômico-social	Barreiras socioeconômicas
	Barreiras físicas
Unidade temática II: Organizacional	Acolhimento
	Regulação
Unidade temática III: Técnica	Satisfação dos usuários
	Vínculo
Unidade temática IV: Política	Participação Social
Unidade temática V: Avaliação da qualidade	Avaliação da qualidade

**Fonte:** Elaboração dos autores.

### • **Unidade temática I: Econômica-social**

O baixo poder aquisitivo e as dificuldades financeiras foram situações presentes nas falas dos participantes da pesquisa. Com a situação laboral apresentada na etapa de resultados 1, foi possível identificar que 61% dos participantes informaram estar aposentados e 83% com familiares que moram em suas dependências. Eles relataram que são poucos os componentes da casa que ajudam na contribuição da

renda familiar. Ficando assim por muitas vezes a cargo do idoso o sustento da casa como aponta o trecho a seguir:

Sou aposentada e não tenho mais condições de trabalhar e ainda meus três netos moram comigo, com essa situação já viu, o dinheiro não dá pra nada. (Participante 07).

As condições socioeconômicas de uma população pode ser um dos fatores que influenciam no seu modo de cuidar da saúde. Pode também interferir na maneira como se conduz a continuidade aos seus tratamentos a partir de necessidades que possam surgir quando não se tem acesso a algum serviço junto à unidade de saúde, como é o caso das medicações que são prescritas para os usuários e devem ser dispensadas no serviço.

Foram identificadas barreiras no acesso às medicações prescritas para os usuários na unidade. Segundo os participantes do grupo focal, sempre ocorre falta de medicações na farmácia local, prejudicando assim o prosseguimento de alguns tratamentos. Já as medicações consideradas de maiores rotinas, como é o caso das que tratam hipertensão e diabetes, são retiradas com mais facilidade.

O doutor passa o remédio e quando eu vou pegar na farmácia está faltando. Assim fica difícil porque é caro comprar por fora. (Participante 03).

Meus remédios para o coração sempre têm quando vou retirar. Esse nunca falta. (Participante 17).

A Assistência Farmacêutica desempenha uma importante função na Estratégia de Saúde da Família, pois na medida em que busca garantir o acesso a medicações, também colabora para a promoção do uso racional de medicamentos. A disponibilidade dos medicamentos na atenção básica deve seguir as necessidades epidemiológicas, com suficiência, regularidade e qualidade adequada<sup>13</sup>.

As barreiras geográficas também foram objeto de reflexão dos idosos em relação ao acesso e à acessibilidade aos serviços de saúde. A maioria considera a localização geográfica da unidade de fácil acesso. Porém, quando questionados sobre a estrutura física, muitos relatos negativos surgiram:

Estrutura muito ruim e não traz conforto para nós usuários da unidade. (Participante 6).

Na unidade só tapam buraco, nunca fez uma reforma boa. (Participante 15).

A avaliação que os idosos fazem da unidade vai de encontro com o que preconiza a Política Nacional de Atenção Básica em relação à valorização dos aspectos estruturais das unidades básicas de saúde. De acordo com a citada política, a ambiência e o espaço físico das unidades básicas de saúde devem proporcionar uma atenção acolhedora e humana tanto para os trabalhadores de saúde quanto para os usuários<sup>14</sup>.

Destaca-se que a estrutura física, na qual está localizado o serviço de estratégia de saúde da família em estudo, possui 18 anos desde sua fundação e nunca passou por uma reforma completa, segundo os relatos do grupo focal. Essa estrutura sedia seis equipes de saúde, o que provoca intensa circulação de pessoas pela unidade. Esses aspectos contribuem para a insatisfação dos idosos em relação à estrutura física da unidade de saúde.

- **Unidade temática II: Organizacional**

Quando estimulados a discutirem sobre aspectos referentes à organização do trabalho da Unidade de Saúde em estudo, os idosos destacaram:

Fui atendida na triagem, minha consulta não ficou para o mesmo dia, mas agendada para o dia seguinte. Muito bom dessa forma, pois não se vê mais tumulto nos corredores da unidade atrás de agendamento de consultas. (Participante 2).

Ressalta-se que, segundo informações da direção da Unidade de Saúde, recentemente foi alterada a forma de fazer a triagem dos usuários para melhor atender as demandas relacionadas ao acolhimento. Uma avaliação é realizada na chegada do paciente e após essa avaliação, é vista a necessidade de uma consulta para o dia ou um possível agendamento para outra data. O novo formato agradou ao público.

As mudanças adotadas pela unidade têm por objetivo alcançar o formato do acesso avançado, em que na chegada do paciente, ocorre uma avaliação juntamente com a equipe de referência do usuário a fim de identificar a necessidade e o momento mais adequado para uma consulta. Não ocorrendo a consulta no mesmo dia, ela pode vir a acontecer por meio de um agendamento para até 48h.

São seis os passos para o acesso avançado: balancear oferta e demanda, reduzir acúmulo ou sobreposição, reduzir a variedade de tipos de agendamento,

desenvolver planos de contingência para circunstâncias não usuais, trabalhar para ajustar o perfil da demanda e aumentar a disponibilidade de recursos para os gargalos<sup>15</sup>.

Em relação aos aspectos que estão relacionados à regulação de consultas e exames, percebeu-se uma insatisfação unânime quanto ao tempo de retorno por esses agendamentos:

Tem gente que não tem condições de pagar por exame particular porque é muito caro, mas se for para esperar o exame público não tem data nunca. (Participante 1).

Eu passei um ano para conseguir chegar a um psiquiatra. E até hoje eu não consegui chegar a uma psicóloga. (Participante 2).

Não se consegue autorizar exames dentro do período correto, algumas requisições chegam até a vencer e para conseguir novas é mais difícil. É muito tempo esperando essa marcação que nunca acontece. (Participante 5).

A regulação dos pacientes para outro nível de complexidade do sistema acontece quando os profissionais necessitam de maiores subsídios para dar continuidade ao tratamento dos pacientes. O que se percebe é que a demanda é muito alta enquanto a oferta é baixa. O processo de regulação das unidades é muito complicado, haja vista que todos os dias é uma disputa entre os reguladores para conseguir esses agendamentos no sistema segundo a direção da unidade.

- **Unidade temática III: Técnica**

Nesta unidade temática, buscou-se identificar aspectos ligados à satisfação da relação entre usuários e profissionais:

Os enfermeiros nos recebem muito bem e são bacanas. Escutam a gente. (Participante 5).

Quando a gente vem a ser atendido, por mais que a pessoa não faça nada, mas nos atendem bem, saímos mais aliviados. (Participante 4).

Estamos satisfeitos com os novos profissionais incluídos nas equipes. Ficamos sabendo que agora esses vieram para ficar e são efetivos, agora o negócio ficou bom. Os outros logo saíram porque os contratos acabavam. (Participante 18).

Recentemente, o município realizou concurso público para quadro efetivo de profissionais. Anteriormente, a maioria do quadro de profissionais era composta de

contratos temporários. O fato de os usuários saberem que os profissionais que agora lhes assistem são efetivos do quadro traz mais tranquilidade para estreitar o vínculo com eles, pois antes havia uma alta rotatividade.

Nesse sentido, destaca-se outro relato:

Eu fui me consultar de uma coisa com essa Doutora nova que chegou, terminei contando outras bem diferentes que chorei [...] Eu pedi até desculpa a ela, mas ela disse que eu poderia sim desabafar. Eu saí daqui tranquila e com alívio. (Participante 14).

Essa situação revela uma postura profissional voltada para um atendimento humanizado, que se preocupa com o indivíduo além dos aspectos biológicos, o qual busca atendimento, mas procura ir além, superando a dicotomia técnica, valorizando a responsabilidade pela pessoa apresentando zelo e dedicação. A humanização leva a refletir que não há como solucionar um problema de forma integral sem valorizar um encontro, o que vai muito além de uma resolução técnica de programas que são reflexo de oferta organizada<sup>16</sup>.

#### • **Unidade temática IV: Política**

Esta unidade teve por objetivo compreender como os idosos avaliam a disponibilidade de espaços de participação social nas instâncias de tomada de decisão dentro do serviço de saúde:

Aqui eu nunca ouvir falar nisso. (Participante 1).

Não somos convidados para reuniões, mas somos convidados para as ações que a unidade realiza. (Participante 3).

As reuniões que acontecem na unidade, bem como momentos de participação social, não são do conhecimento da maioria dos participantes. Todavia, foi identificada uma idosa que afirmou já ter participado de uma reunião. Seu relato demonstra a importância da participação dos idosos nesses espaços, considerando que os espaços participativos têm por objetivo empoderar a população a fim de intervir nas deliberações que atingem suas vidas e sua saúde<sup>17</sup>.

Eu já participei de uma reunião, e disse muita coisa que deveria ser mudada e nunca foi. Serviu somente para ficar no caderno deles. (Participante 17).

Considerado um atributo da Atenção Primária à Saúde, a participação social tem a competência de estabelecer corresponsabilidades entre um fazer saúde e os contextos locais, bem como de suas exigências<sup>18</sup>.

A ausência de espaços participativos encontrados nos relatos dos usuários pode trazer consequências ruins, podendo fazer com que os usuários se afastem da unidade, haja vista que o sentimento existente é do não envolvimento deles nos processos importantes e decisivos da unidade, o que pode também interferir de maneira negativa no resultado positivo encontrado quanto ao vínculo entre profissionais e usuários.

- **Unidade temática V: Avaliação da qualidade**

Questionados sobre como avaliam a qualidade da atenção recebida, percebem-se opiniões divergentes entre o grupo:

Da minha parte eu acho de boa qualidade. (Participante 8).

Já eu acho que não é essa boa qualidade toda. (Participante 9).

Tem alguns atendimentos que são de boa qualidade, outros não, merecem zero. (Participante 17).

A preocupação com a atenção básica (AB) fez surgirem programas com indicadores definidos com o objetivo de avaliar e monitorar a qualidade da AB. O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ) busca estimular gestores e as equipes a melhorar a qualidade dos serviços de saúde oferecidos aos usuários no território.

No entanto, apesar dessa preocupação, as equipes de saúde têm dificuldade de fazer uso dos resultados gerados por essa grande avaliação do PMAQ, como foi informado pela direção da unidade.

Somado a isso, existem as dificuldades locais de realizar estudos com uma maior frequência, uma vez que o PMAQ acontece em intervalos a cada dois anos e o monitoramento das necessidades do território deve ser contínuo devido à sua dinamicidade. Esses estudos avaliativos, tendo o território como objetivo, tornam as ações das equipes mais efetivas.

No caso da unidade em estudo, foi verificado que há uma divisão de opiniões quanto à qualidade da atenção recebida. Há o reconhecimento, por parte dos

usuários, da existência de pontos positivos que são de grande relevância e que influenciam diretamente em uma avaliação da qualidade segundo os participantes. O acolhimento adequado às necessidades mais imediatas dos usuários, pois uma das grandes barreiras ainda existentes em muitos serviços é o agendamento de consultas com longas esperas. Outro ponto positivo é a questão do vínculo que contribui para o fortalecimento da relação entre usuário e profissional, adquirindo maior confiança, como apontaram os usuários.

Portanto, esses dois pontos mencionados anteriormente colaboram para alcançar bons resultados nos tratamentos desenvolvidos com os usuários e, conseqüentemente, sob uma avaliação positiva da qualidade da atenção ofertada.

Contudo, ainda é forte a percepção dos usuários quanto aos pontos negativos destacados nos resultados, o que resulta em uma divisão de opiniões em relação ao tema da avaliação da qualidade ofertada. Existe a prevalência em destacar problemas que em sua opinião já poderiam ser solucionados, como é o caso da regulação e o envolvimento dos usuários nas reuniões da unidade.

## **Conclusão**

De um modo geral, pode-se perceber que os usuários idosos possuem dificuldades evidentes no acesso aos serviços de estratégia de saúde da família aos quais são vinculados. Foi possível identificar por meio dos relatos dos participantes ao longo do estudo dificuldades evidentes do serviço, como é o caso da ambiência, da regulação e da participação social.

Quanto às necessidades de continuidade do tratamento em outro nível de complexidade do sistema do SUS, ainda há muito o que ser estruturado. As esperas são longas e é evidente o desequilíbrio entre oferta e demanda, fazendo assim com que os usuários, incluindo os não idosos, interrompam seus tratamentos em decorrência do tempo de espera das marcações de consultas e exames, algo que pode interferir diretamente nos tratamentos e resultados clínicos finais.

Faz-se necessário produzir um estudo mais detalhado dos motivos dessas esperas longas, do planejamento sobre o que é ofertado na regulação, bem como o que se espera de demanda para estruturar quantidade de vagas e especialidades ofertadas. O mesmo recomenda-se que aconteça com a oferta dos exames disponíveis.

Algo também que precisa ser revisto é o envolvimento nos espaços de gestão participativa. É necessário que a unidade crie momentos para escuta da população dando voz para que se transmita o que desejam e o que sentem. Esses espaços também oportunizam à unidade expor suas dificuldades e motivos proporcionando assim uma troca saudável e estreitando a relação entre usuários, profissionais e gestão.

Os espaços participativos proporcionam momentos de integração e estímulo para os idosos, que podem somar de maneira positiva nesse ciclo de vida fazendo parte de uma construção para um envelhecimento ativo, autônomo e propositivo à medida que eles exercem seu direito de cidadania junto a um equipamento social de saúde.

Muitos pontos positivos também foram apontados na pesquisa, como a localização geográfica da unidade, formato do acolhimento aos usuários, bem como a humanização no atendimento.

Observa-se que o resultado positivo apontado no acolhimento tem relação direta com o vínculo de trabalho estabelecido entre o profissional e a gestão. Fator esse muito importante, pois é preciso combater a precarização dos vínculos de trabalho que não contribuem em nada para a construção de resultados mais efetivos. Inclusive esse formato frágil não faz parte do formato desejado pela Estratégia de Saúde da Família.

O vínculo de caráter efetivo fez com que aqueles profissionais pudessem realmente se autovincular à equipe trazendo um efeito de pertencimento, assim podendo construir um trabalho mais sólido e de maior qualidade ao longo prazo com os usuários, algo que foi sentido e relatado pelos próprios usuários.

O formato de acolhimento adotado na unidade também caminha para uma satisfação maior e mais resolutiva. A adoção de uma agenda mais flexível permite uma maior resolutividade das queixas dos usuários que chegam sem agendamento à unidade. Lembrando que o território é dinâmico e vivo e assim também deve ser o formato da oferta de serviço à população.

Outra questão que podemos destacar é a humanização no atendimento. Algo que vem sendo discutido há bastante tempo nos serviços de saúde, mas na prática, ainda há dificuldades na efetivação do tratamento humanizado, o que apresentou ser algo bastante presente na relação entre profissionais e usuários da unidade pesquisada. Há o esforço mútuo quando se busca resolutividade em um atendimento.

Este estudo pôde proporcionar uma compreensão da opinião dos idosos acerca daquilo que lhes é ofertado nos serviços de saúde a que são vinculados. As análises dos depoimentos sugerem uma reflexão sobre a proposição de estratégias técnicas de trabalho que de alguma forma venham a minimizar os efeitos de um envelhecimento sem acesso à assistência básica à saúde, apoio e cuidados qualificados.

Estruturar o trabalho da equipe de saúde tendo como base os relatos aqui obtidos pode contribuir para mudanças positivas que gerem avanços e superem os desapontamentos encontrados nos relatos. Tendo em vista que a Estratégia de Saúde da Família tem a grande responsabilidade com o progresso da qualidade de vida dos idosos do seu território, incluindo ele socialmente e ainda contribuindo para a superação do estigma da velhice.

Espera-se que com os resultados desta pesquisa, consiga-se contribuir com os estudos e conhecimentos da área, bem como proporcionar maneiras de estruturar um trabalho com maior integração adotando medidas resolutivas visando à melhoria da qualidade do acesso aos serviços de saúde pelos idosos.

## Referências

1. World Health Organization. Active ageing: a policy framework. Madrid: WHO; 2002.
2. World Health Organization. Envelhecimento ativo: uma política de saúde. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2005.
3. Lima, RRT. A formação em saúde frente às necessidades das pessoas idosas. Natal. Dissertação [Mestrado em Ciências da Saúde] - Universidade Federal do Rio Grande do Norte; 2017.
4. Lima RRT, Vilar RLA, Castro JL, Lima, KC. A educação interprofissional e a temática sobre o envelhecimento: uma análise de projetos pedagógicos na área da Saúde. Interface (Botucatu). 2018; 22 (Supl 2): S1661-73.
5. Assis MMA, Jesus WLA. Acesso aos serviços de saúde: abordagens, conceitos, políticas e modelo de análise. Ciênc Saúde Coletiva. 2012; 17(11): 2865-75.
6. Bodstein A, Lima VVA, Barros AMA. A vulnerabilidade do idoso em situações de desastres: necessidade de uma política de resiliência eficaz. Ambient. soc. 2014; 17(2):157-174.

7. Giovanella FS, Fleury S. Universalidade da Atenção à Saúde: acesso como categoria de análise. In: Eibenschutz C, organizadora. Política de Saúde: o público e o privado. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1995. p. 177-98.
8. Jesus WLA, Assis MMA. Revisão sistemática sobre o conceito de acesso nos serviços de saúde: contribuições do planejamento. Ciênc. Saúde Coletiva 2010; 15(1):161-70.
9. Minayo, MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 13. ed. São Paulo: Hucitec; 2013.
10. Organização Pan-Americana da Saúde; Organização Mundial da Saúde [homepage na internet]. Com depressão no topo da lista de causas de problemas de saúde, OMS lança a campanha “Vamos conversar” [acesso em 4 jul 2019]. Disponível em: [https://www.paho.org/bra/index.php?option=com\\_content&view=article&id=5385:com-depressao-no-topo-da-lista-de-causas-de-problemas-de-saude-oms-lanca-a-campanha-vamos-conversar&Itemid=839](https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5385:com-depressao-no-topo-da-lista-de-causas-de-problemas-de-saude-oms-lanca-a-campanha-vamos-conversar&Itemid=839).
11. Oliveira D. Prevalência de depressão em idosos que frequentam centros de convivência. Rev. Saúde Pública. 2006; 40(4):734-6.
12. Veras RP, Murphy E. The mental health of older people in Rio de Janeiro. Int J Geriatr Psychiatry 1994; 9:285-95.
13. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. Cuidado Farmacêutico na atenção básica. Brasília: Ministério da Saúde; 2014. (Ministério da Saúde. Caderno 1: Serviços farmacêuticos na atenção básica à saúde).
14. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Manual de estrutura física das unidades básicas de saúde: saúde da família. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2008.
15. Wollmann A, Da Ros C, Lowen IMV, Moreira LR, Kami MT, Gomes MAG, et al. Cartilha do Acesso Avançado de Curitiba: Novas possibilidades de organizar o Acesso e a Agenda na Atenção Primária à Saúde [acesso em 3 jul 2019]. Curitiba: SUS, 2014. Disponível em: [http://arquivos.leonardof.med.br/SaudeCuritiba\\_CartilhaAcessoAvancado\\_2014-06-05.pdf](http://arquivos.leonardof.med.br/SaudeCuritiba_CartilhaAcessoAvancado_2014-06-05.pdf)
16. Puccini PT, Cecílio LC. O. A humanização dos serviços e o direito à saúde. Cadernos de Saúde Pública. 2004; 20(5):1342-53.
17. Pérez D, Lèfreve P, Romero MI, Sánchez L, Vos P, Stuyft P. Augmenting frameworks for appraising the practices of community-based health interventions. Health Policy and Planning, Oxford. 2009; 24:335-41.

18. Damasceno SS, Brito KKG, Monteiro CH. Fomentando o controle social em rodas de conversa com usuários de uma unidade de saúde da família. *Saúde em Debate*. 2010; 34(84):59-66.

## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao longo da pesquisa podemos enxergar a opinião dos idosos quanto a vários pontos acerca do acesso ao serviço de Estratégia de Saúde da Família da unidade de Felipe Camarão a qual são vinculados.

Com os resultados, observam-se pontos críticos com maiores dificuldades de efetivação que seriam ambiência, regulação e participação social. Mas também considerações positivas quanto à localização geográfica da unidade, acolhimento ofertado, humanização e vínculo.

Em relação à avaliação da qualidade do serviço, as opiniões foram divergentes, parte do grupo satisfeito avaliando a qualidade do serviço como muito boa e a outra parte insatisfeita, prevalecendo a opinião baseando-se nas dificuldades encontradas.

É possível que estudos como este possam fazer com que profissionais e gestão se aproximem mais dos usuários que utilizam o serviço de saúde, podendo trazer assim grande mudanças positivas que influenciem diretamente na opinião da satisfação daqueles que utilizam os serviços.

Aponta-se também que com o fortalecimento dos espaços participativos de cogestão, pode ser possível proporcionar momentos ricos de troca entre profissionais, gestores e usuários, não sendo ele somente para ouvir o que os usuários têm como falas e reivindicações, mas para uma oportunidade da gestão e profissionais exporem suas dificuldades e limitações. Juntos, pode-se buscar estratégias resolutivas para as dificuldades encontradas. O que traz um estreitamento de vínculo entre equipamento social de saúde e comunidade.

Tratando-se dos cidadãos mais velhos, foi possível ver que o envolvimento deles nos processos sociais participativos faz parte dos atributos essenciais do envelhecimento ativo. O equipamento de saúde tem responsabilidade com o progresso da qualidade de vida dos idosos do seu território, incluindo-o socialmente e ainda contribuindo para a superação de estigmas da velhice.

Acredita-se que os resultados encontrados nesta pesquisa venham a ampliar e contribuir para o conhecimento na área, bem como possam apontar maneiras para a estruturação do trabalho de equipes e gestores visando maior integração e com adoção de medidas resolutivas que visem à melhoria da qualidade do acesso aos serviços de saúde pela população idosa.

## REFERÊNCIAS

- ASSIS, M. M. A.; JESUS, W. L. A. Acesso aos serviços de saúde: abordagens, conceitos, políticas e modelo de análise. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 11, p. 2865-2875, nov. 2012. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232012001100002&script=sci\\_abstract&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232012001100002&script=sci_abstract&tlng=pt). Acesso em: 9 ago. 2019.
- ASSIS, M. M. A.; VILLA, T. C. S.; NASCIMENTO, M. A. A. Acesso aos serviços de saúde: uma possibilidade a ser construída na prática. **Ciência & Saúde Coletiva**, São Paulo, v. 8, n. 3, p. 815-823, 2003. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232003000300016](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232003000300016). Acesso em: 11 ago. 2019.
- BARALDI, D. C.; SOUTO, B. G. A. A demanda do acolhimento em uma unidade de saúde da família em São Carlos, São Paulo. **Arquivos Brasileiros de Ciências da Saúde**, Santo André, v. 36, n. 1, p. 10-17, jan./abr. 2011. Disponível em: <https://www.portalnepas.org.br/abcs/article/view/69>. Acesso em: 11 ago. 2019.
- BODSTEIN, A.; LIMA, V. V. A.; BARROS, A. M. A. A vulnerabilidade do idoso em situações de desastres: necessidade de uma política de resiliência eficaz. **Ambiente & Sociedade**, São Paulo, v. 17, n. 2, p. 157-174, abr./jun. 2014. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-753X2014000200011](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-753X2014000200011). Acesso em: 11 ago. 2019.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 399, de 22 fevereiro de 2006**. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. Brasília: Diário Oficial da União, 23 fev. 2006. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0399\\_22\\_02\\_2006.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0399_22_02_2006.html). Acesso em: 9 ago. 2019.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.528, de 19 de outubro de 2006**. Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. Brasília: Diário Oficial da União, 2006. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt2528\\_19\\_10\\_2006.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt2528_19_10_2006.html). Acesso em: 9 ago. 2019.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **A construção do SUS: histórias da Reforma Sanitária e do Processo Participativo**, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. (Série 1. História da Saúde no Brasil).
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS: Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS / Ministério da Saúde, Secretaria Executiva, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. (Série B. Textos Básicos de Saúde).
- BREHMER, L. C. F.; VERDI, M. Acolhimento na atenção básica: reflexões éticas sobre a atenção à saúde dos usuários. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, p. 3569-

3578, nov. 2010. Supl. 3. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232010000900032&script=sci\\_abstract&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232010000900032&script=sci_abstract&tlng=pt). Acesso em: 11 ago. 2019.

CAMELO, S. H. H; ANGERAMI, E. L. S.; SILVA, E. M.; MISHIMA, S. M. Acolhimento à Clientela: Estudo em Unidades Básicas de Saúde no Município de Ribeirão Preto. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 8, n. 4, p. 30-37, ago. 2000. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692000000400005&script=sci\\_abstract&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692000000400005&script=sci_abstract&tlng=pt). Acesso em: 11 ago. 2019.

CARVALHO, A. I. Determinantes sociais, econômicos e ambientais da saúde. *In*: FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. **A saúde no Brasil em 2030 – prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro**: população e perfil sanitário [online]. Rio de Janeiro: Fiocruz/Ipea/Ministério da Saúde/Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República, 2013. p. 19-38. v. 2.

CHIESA, A. M.; CIAMPONE, M. H. T. **Princípios gerais para a abordagem de variáveis qualitativas e o emprego da metodologia de grupos focais**. *In*: ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENFERMAGEM. A classificação internacional das práticas de enfermagem em saúde coletiva. Brasília: ABEN, 1999. p. 306-324.

COELHO, J. S. Construindo a Participação Social no SUS: um constante repensar em busca de equidade e transformação. **Saúde & Sociedade**, São Paulo, v. 21, p. 138-151, maio 2012. Supl. 1. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-12902012000500012&script=sci\\_abstract&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-12902012000500012&script=sci_abstract&tlng=pt). Acesso em: 11 ago. 2019.

COSTA, Rossana Mota *et al.* **Guia Básico de Atenção à Saúde do Idoso**. Natal: Prefeitura Municipal do Natal/Secretaria Municipal de Saúde/Departamento de Atenção Básica, 2016.

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

FIGUEIREDO, N. M. A. **Ensinando a Cuidar em Saúde Pública**. São Caetano do Sul, SP: Yendis, 2005.

FONTOURA, R. T.; MAYER, C. N. Uma breve reflexão sobre a integralidade. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 59, n. 4, p. 532-536, ago. 2006. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672006000400011&script=sci\\_abstract&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672006000400011&script=sci_abstract&tlng=pt). Acesso em: 11 ago. 2019.

GATTI, B. A. **Grupo focal na pesquisa em Ciências sociais e humanas**. Brasília: Líber Livro, 2005.

GIL, Antônio Carlos. **Métodos e Técnicas de Pesquisa Social**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2008.

GIOVANELLA, L.; FLEURY, S. Universalidade da Atenção à Saúde: acesso como categoria de análise. *In*: EIBENSCHUTZ, C. (Org.). **Política de Saúde**: o público e o privado. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1995. p. 177-198. (Parte III – Serviços de Saúde: acesso, processos, avaliação, aspectos econômicos, descrição de caso).

INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA. **Retrato das desigualdades de gênero e raça**. 4. ed. Brasília, DF: IPEA, 2011.

JESUS, W. L. A.; ASSIS, M. M. A. Revisão sistemática sobre o conceito de acesso nos serviços de saúde: contribuições do planejamento. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, p. 161-170, jan. 2010. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S1413-81232010000100022&lng=en&nrm=iso&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1413-81232010000100022&lng=en&nrm=iso&tlng=pt). Acesso em: 11 ago. 2019.

KUCHEMANN, B. A. Envelhecimento populacional, cuidado e cidadania: velhos dilemas e novos desafios. **Sociedade e Estado**, Brasília, v. 27, n. 1, p. 165-180, jan./abr. 2012. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-69922012000100010](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-69922012000100010). Acesso em: 11 ago. 2019.

LIMA, R. R. T. **A formação em saúde frente às necessidades das pessoas idosas**. 2018. 139 f. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde) – Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2017.

LIMA, R. R. T.; VILAR, R. L. A.; CASTRO, J. L.; LIMA, K. C. A. educação interprofissional e a temática sobre o envelhecimento: uma análise de projetos pedagógicos na área da Saúde. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 22, p. 1661-1673, 2018. Supl. 2. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S1414-32832018000601661&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1414-32832018000601661&lng=pt&nrm=iso). Acesso em: 11 ago. 2019.

MENDES, E. V. As redes de atenção à saúde. **Ciência & Saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, p. 2297-2305, ago. 2010. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232010000500005&lng=pt&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000500005&lng=pt&tlng=pt). Acesso em: 8 jul. 2019.

MINAYO, M. C. S. Análise qualitativa: teoria, passos e fidedignidade. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 3, p. 621-626, mar. 2012. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232012000300007](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232012000300007). Acesso em: 11 ago. 2019.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 5. ed. São Paulo: Hucitec, 1998.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 7. ed. São Paulo: Hucitec, 2000.

MINAYO, M.C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 13. ed. São Paulo: Hucitec, 2013.

NATAL. Secretaria Municipal de Saúde. **Plano Municipal de Saúde**. Natal: Secretaria Municipal de Saúde, 2017.

NUNES, Danielle Salviano S. N. (Coord.) *et al* (Orgs.). **Plano Diretor de Natal: Região Administrativa Oeste: Versão 01: Agosto/2017**. Natal: Prefeitura do Natal, 2017.

NUNES, B. P.; THUMÉ, E.; TOMASI, E.; DURO, S. M. S.; FACCHINI, L. A. Desigualdades socioeconômicas no acesso e qualidade da atenção nos serviços de saúde. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 48, n. 6, p. 968-976, dez. 2014. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-89102014000600968&script=sci\\_arttext&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-89102014000600968&script=sci_arttext&tlng=pt). Acesso em: 11 ago. 2019.

OBRIST, B. *et al.* Access to health care in contexts of livelihood insecurity: a framework for analysis and action. **PLOS Medicine**, Cambridge, v. 4, n. 10, p. 1584-1588, oct. 2007. Available in: <https://journals.plos.org/plosmedicine/article?id=10.1371/journal.pmed.0040308>. Access in: 11 aug. 2019.

PARAHYBA, M. I.; VERAS, R. P.; MELZER, D. Incapacidade funcional entre as mulheres idosas no Brasil. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 39, n. 3, p. 383-91, jun. 2005. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-89102005000300008](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102005000300008). Acesso em: 11 ago. 2019.

TRAVASSOS, C.; MARTINS, M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, p. 190-198, 2004. Supl. 2. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2004000800014](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2004000800014). Acesso em: 11 ago. 2019.

UNGLERT, C. V. S. O enfoque da acessibilidade no planejamento da localização e dimensão de serviços de saúde. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 24, n. 6, p. 445-452, dez. 1990. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-89101990000600002&script=sci\\_abstract&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-89101990000600002&script=sci_abstract&tlng=pt). Acesso em: 9 ago. 2019.

VERAS, R. P. Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 43, n. 3, p. 548-554, jun. 2009. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-89102009000300020&script=sci\\_abstract&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-89102009000300020&script=sci_abstract&tlng=pt). Acesso em: 9 ago. 2019.

VERAS, R. P. Fórum. Envelhecimento populacional e as informações de saúde do PNAD: demandas e desafios contemporâneos. Introdução. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 10, p. 2463-2466, out. 2007. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S0102-311X2007001000020&lng=en&nrm=iso&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0102-311X2007001000020&lng=en&nrm=iso&tlng=pt). Acesso em: 11 ago. 2019.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Active ageing**: a policy framework. Madrid: WHO, 2002.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Envelhecimento ativo**: uma política de saúde. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2005. Disponível em: [http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/envelhecimento\\_ativo.pdf](http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/envelhecimento_ativo.pdf). Acesso em: 11 ago. 2019.

## APÊNDICES

### APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - (TCLE)

#### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE

##### *Esclarecimentos*

Este é um convite para você participar da pesquisa: Avaliação dos Idosos Quanto ao Acesso aos Serviços de Estratégia de Saúde da Família no Município de Natal/RN, que tem como pesquisador responsável Pryscylla Fideles de Miranda.

Esta pesquisa pretende Compreender como se dá o acesso dos idosos aos serviços de estratégia de saúde da família no município de Natal/RN segundo avaliação dos mesmos.

O motivo que nos leva a fazer este estudo é que com o processo mundial de envelhecimento, é essencial analisar como este público tem utilizado o serviço de saúde diante das dificuldades já que em 2017, 70% das pessoas idosas longevas ( $\geq 80$  anos) já dependiam totalmente do sistema público de saúde brasileiro. Dessa maneira este estudo buscará compreender os aspectos de avaliação do acesso por parte dos usuários idosos das estratégias de saúde da família do município de Natal/RN sob cinco dimensões: política, econômica-social, organizacional, técnica e simbólica.

Caso você decida participar, você deverá compor o grupo focal onde será reunido um grupo de pessoas selecionadas anteriormente, que a partir de características semelhantes, irão explicar sobre a temática do acesso a unidade de Estratégia de Saúde da Família que estão inseridos. Neste encontro será realizada uma roda de conversa que terá duração de 1 hora e 30 minutos onde esta discussão será guiada através de um roteiro flexível e utilizado o gravado de áudio mediante consentimento dos participantes.

Durante a realização do Grupo Focal a previsão de riscos é mínima, ou seja, pode acontecer um desconforto no momento em que alguma temática relacionada ao acesso for citada e aconteça o receio do participante em responder o questionamento. No entanto, esses riscos serão minimizados mediante a explicação clara do objetivo do estudo por parte do pesquisador e será esclarecido sobre os benefícios que o estudo pode trazer para a melhoria qualidade do acesso ao serviço de estratégia que aqueles participantes estão vinculados.

Embora não haja previsão de dano financeiro ou material devido à sua participação na pesquisa, ressaltamos que você será ressarcido caso ocorra algum dano comprovadamente resultante de sua participação no estudo.

Durante todo o período da pesquisa você poderá tirar suas dúvidas ligando para Pryscylla Fideles de Miranda, Rua Ministro Macêdo Soares nº 35, bairro Lagoa Nova, pry\_miranda@hotmail.com (84) 99190-9191.

Você tem o direito de se recusar a participar ou retirar seu consentimento, em qualquer fase da pesquisa, sem nenhum prejuízo para você.

Os dados que você irá nos fornecer serão confidenciais e serão divulgados apenas em congressos ou publicações científicas, sempre de forma anônima, não havendo divulgação de nenhum dado que possa lhe identificar.

Esses dados serão guardados pelo pesquisador responsável por essa pesquisa em local seguro e por um período de 5 anos.

Se você ou o seu acompanhante tiverem alguns gastos pela sua participação nessa pesquisa, eles serão assumidos pelo pesquisador e reembolsado para vocês.

Se você sofrer qualquer dano decorrente desta pesquisa, sendo ele imediato ou tardio, previsto ou não, você será indenizado.

Qualquer dúvida sobre a ética dessa pesquisa você deverá ligar para o Comitê de Ética em Pesquisa – instituição que avalia a ética das pesquisas antes que elas comecem e fornece proteção aos participantes das mesmas – da Universidade Federal do Rio Grande do Norte, nos telefones (84) 3215-3135 / (84) 9.9193.6266, através do e-mail [cepufnr@reitoria.ufrn.br](mailto:cepufnr@reitoria.ufrn.br) ou pelo formulário de contato do site <[www.cep.propesq.ufrn.br](http://www.cep.propesq.ufrn.br)> . Você ainda pode ir pessoalmente à sede do CEP, de segunda a sexta, das 08:00h às 12:00h e das 14:00h às 18:00h, na Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Campus Central. Lagoa Nova. Natal/RN. CEP 59078-970

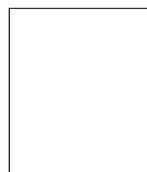
Este documento foi impresso em duas vias. Uma ficará com você e a outra com o pesquisador responsável Pryscylla Fideles de Miranda.

#### *Consentimento Livre e Esclarecido*

Após ter sido esclarecido sobre os objetivos, importância e o modo como os dados serão coletados nessa pesquisa, além de conhecer os riscos, desconfortos e benefícios que ela trará para mim e ter ficado ciente de todos os meus direitos, concordo em participar da pesquisa Percepção dos Idosos Quanto ao Acesso aos Serviços de Estratégia de Saúde da Família no Município de Natal/RN, e autorizo a divulgação das informações por mim fornecidas em congressos e/ou publicações científicas desde que nenhum dado possa me identificar.

Natal, \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_.

**Assinatura do participante da pesquisa**



Impressão  
datiloscópica do  
participante

#### *Declaração do pesquisador responsável*

Como pesquisador responsável pelo estudo Percepção dos Idosos Quanto ao Acesso aos Serviços de Estratégia de Saúde da Família no Município de Natal/RN, declaro que assumo a inteira responsabilidade de cumprir fielmente os procedimentos metodologicamente e direitos que foram

esclarecidos e assegurados ao participante desse estudo, assim como manter sigilo e confidencialidade sobre a identidade do mesmo.

Declaro ainda estar ciente que na inobservância do compromisso ora assumido estarei infringindo as normas e diretrizes propostas pela Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde – CNS, que regulamenta as pesquisas envolvendo o ser humano.

Natal, \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_.

**Assinatura do pesquisador responsável**

**APÊNDICE B - TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA GRAVAÇÃO DE VOZ****TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA GRAVAÇÃO DE VOZ**

Eu, \_\_\_\_\_ depois de entender os riscos e benefícios que a pesquisa intitulada: **Avaliação dos Idosos Quanto ao Acesso aos Serviços de Estratégia de Saúde da Família no Município de Natal/RN**, poderá trazer e, entender especialmente os métodos que serão usados para a coleta de dados, assim como, estar ciente da necessidade da gravação de minha entrevista, **AUTORIZO**, por meio deste termo, a pesquisadora Pryscylla Fideles realizar a gravação de minha entrevista sem custos financeiros a nenhuma parte.

Esta **AUTORIZAÇÃO** foi concedida mediante o compromisso dos pesquisadores acima citado sem garantir-me os seguintes direitos:

1. poderei ler a transcrição de minha gravação;
2. os dados coletados serão usados exclusivamente para gerar informações para a pesquisa aqui relatada e outras publicações dela decorrentes, quais sejam: revistas científicas, congressos e jornais;
3. minha identificação não será revelada em nenhuma das vias de publicação das informações geradas;
4. qualquer outra forma de utilização dessas informações somente poderá ser feita mediante minha autorização;
5. os dados coletados serão guardados por 5 anos, sob a responsabilidade do (a) pesquisador (a) coordenador (a) da pesquisa Pryscylla Fideles, e após esse período, serão destruídos e,
6. serei livre para interromper minha participação na pesquisa a qualquer momento e/ou solicitar a posse da gravação e transcrição de minha entrevista.

Natal-RN, \_\_/\_\_/\_\_

---

**Assinatura do participante da pesquisa**

---

**Assinatura do pesquisador responsável**

## APÊNDICE C – QUESTIONÁRIO – PERFIL DOS IDOSOS

### ❖ Questionário:

#### 1. Elementos Simbólicos:

1. Qual a sua idade?

60 a 65 ( ) 66 a 70 ( ) 71 a 75 ( ) 76 a 80 ( ) 81 a 95 ( ) Outros ( )

2. Trabalha ( ) Não trabalha ( ) Aposentado(a) ( )

3. Quanto tempo reside no bairro?

Há menos de 1 ano ( ) Entre 2 e 5 anos ( ) Entre 6 e 10 anos ( ) Entre 11 a 15 anos ( )  
Entre 16 a 20 anos ( ) Entre 21 a 25 anos ( ) Entre 26 a 30 anos ( ) A mais de 30 ( )

4. Mora com a família? SIM ( ) ou NÃO ( )

5. Há quanto tempo é acompanhado por esta unidade?

Há menos de 1 ano ( ) Entre 2 e 5 anos ( ) Entre 6 e 10 anos ( ) Entre 11 a 15 anos ( )  
Entre 16 a 20 anos ( ) Entre 21 a 25 anos ( ) Entre 26 a 30 anos ( ) A mais de 30 ( )

6. Prática atividade física: SIM ( ) ou NÃO ( )

OBS.: Se sim, Qual atividade física realiza?

Dança/Zumba/Ritmos ( ) Caminhada ( ) Musculação ( ) Hidroginástica/Natação ( )  
Esportes com bola ( ) Outros ( )

7. O que mais gosto de fazer em meus momentos de lazer é:

\_\_\_\_\_

8. Para mim SAÚDE é: \_\_\_\_\_

9. Para mim DOENÇA é: \_\_\_\_\_

## APÊNDICE D - ROTEIRO DO GRUPO FOCAL

### 1. Econômica-social:

#### 1.1 Barreiras econômicas dos usuários que interferem em seus cuidados em saúde:

1.1.1 Quando necessário os profissionais passarem medicamentos para auxiliar no tratamento da saúde de vocês, conseguem ter acesso a eles pela unidade de saúde? Ou tem que desembolsar de modo privado para ter acesso? Alguém tem alguma experiência pra contar?

1.1.2 Quando encaminhado para continuidade do tratamento de vocês em outros locais, conseguem ter acesso facilmente? Ou sentem alguma dificuldade? Quais?

#### 1.2 Barreiras Físicas que interferem no acesso dos usuários as unidades:

1.2.1 Como acontece o deslocamento de vocês até a unidade? Acreditam que a unidade é próxima de suas residências?

1.2.2 Sobre a estrutura da unidade, acham as instalações confortáveis? Acessíveis? Acentos, banheiros, salas e etc. ou sentem alguma dificuldade ao se deslocar dentro da unidade? Qual?

### 2. Organizacional:

#### 1.1 Acesso aos serviços e atendimentos da unidade.

2.1.1 Como vocês são recebidos (acolhimento) na unidade? Gostam da maneira como a unidade de organizou para atender a chegada de vocês ou acreditam que pode melhorar?

#### 1.2 Como se dá os fluxos dos atendimentos:

2.2.1 Quando procuram a unidade para algum atendimento conseguem ser atendidos no mesmo dia ou a sua demanda é agendada para outro dia?

2.2.2 O que vocês acham sobre o tempo de espera para os atendimentos que procuram na unidade? A prioridade para o idoso é respeitada?

#### 1.3 Regulação/Referencia e contra-referencia.

2.3.1 Quando necessário à continuidade ao tratamento de vocês em outras instancias, conseguem agendamento com dificuldade? Após o atendimento em outra instancia conseguem retornar para dar continuidade ao acompanhamento pela unidade ou encontram dificuldade? Alguém esta passando por esta situação e gostaria de relatar?

### 3. Técnica:

#### 1. Integralidade da atenção:

3.1.1 Quando vocês veem a unidade com alguma queixa especifica, os profissionais apenas olham para a sua queixa ou procuram ver se vocês possuem outras insatisfações? Vocês sentem que suas demandas são atendidas como um todo?

#### 2. Como se dá o vínculo entre equipe e usuários:

3.2.1 Vocês possuem uma boa relação com os profissionais de sua equipe? Se sentem confortáveis para conversar sobre qualquer assunto? Alguém tem alguma experiência pra relatar?

#### 3. Qualidade da atenção:

3.3.1 Gostam do tratamento que recebem quando procuram a unidade? Considera na opinião de vocês que a atenção/cuidado que é dado pela unidade/profissionais são de boa qualidade? Ou acreditam que algo poderia melhorar ou do jeito que esta pode permanecer?

**4. Política:**

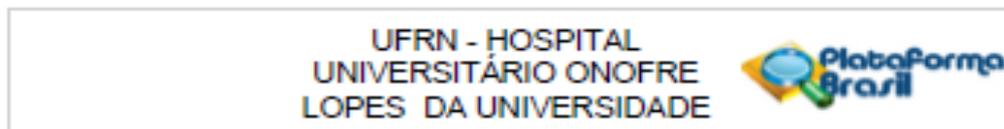
1. Participação Social:
  - 4.1.1 Vocês são convidados a participar de reuniões da unidade? Se sim, quando são convidados tem direito de fala? Acreditam que o que colocam como mudança a unidade se empenha em realizar?
2. Acompanhamento dos processos que ocorrem na unidade:
  - 4.2.1 Quando ocorrem mudanças na unidade, em relação à saída ou entrada profissionais da equipe ou até mesmo reformas/adequações a população idosa é chamada para ser informada?
3. Inclusão no processo de tomada de decisão:
  - 4.3.1 Vocês acreditam que as queixas dos idosos que são colocadas nas reuniões que existem tomadas de decisão são levadas em consideração?

**APÊNDICE E - FOTOS DO GRUPO FOCAL DESENVOLVIDOS COM OS IDOSOS DA UNIDADE DE FELIPE CAMARÃO MISTA**



## ANEXOS

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



## PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

## DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** PERCEPÇÃO DOS IDOSOS QUANTO AO ACESSO AOS SERVIÇOS DE ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA NO MUNICÍPIO DE NATAL/RN.

**Pesquisador:** Priscylla Fideles de Miranda

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 08895119.7.0000.5292

**Instituição Proponente:** NÚCLEO DE ESTUDO EM SAÚDE COLETIVA

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

## DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 3.232.748

**Apresentação do Projeto:**

Trata-se de um projeto de mestrado que visa compreender a percepção dos idosos acerca do acesso aos serviços da Estratégia de Saúde da Família.

**Objetivo da Pesquisa:****Objetivo Primário:**

Compreender a percepção dos idosos acerca do acesso aos serviços da Estratégia de Saúde da Família do município de Natal/RN.

**Objetivo Secundário:**

Compreender a percepção dos idosos acerca do acesso aos serviços da Estratégia de Saúde da Família através das dimensões: política, econômica-social, organizacional, técnica e simbólica.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:****Riscos:**

Pode ocorrer o desconforto do usuário ao querer responder alguma questão colocada no grupo focal, mas o mesmo tem o direito de não responder caso se sinta desta forma.

**Benefícios:**

O estudo pode contribuir com gestores e profissionais das equipes de estratégia de saúde da família na melhoria das questões relevante ao acesso aos serviços pelos usuários idosos.

Endereço: Avenida Nilo Peçanha, 620 - Prédio Administrativo - 1º Andar - Espaço João Machado  
 Bairro: Petrópolis CEP: 59.012-300  
 UF: RN Município: NATAL  
 Telefone: (84)3342-5003 Fax: (84)3203-3941 E-mail: cep\_huol@yahoo.com.br

UFRN - HOSPITAL  
UNIVERSITÁRIO ONOFRE  
LOPES DA UNIVERSIDADE



Continuação do Parecer: 3.232.748

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Pesquisa relevante para a saúde da população idosa e o a melhoria do atendimento no Sistema Único de Saúde.

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

Todos presentes.

**Recomendações:**

Sem recomendações.

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

A pesquisa não apresenta óbices ético.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

1. Apresentar relatório parcial da pesquisa, semestralmente, a contar do início da mesma.
2. Apresentar relatório final da pesquisa até 30 dias após o término da mesma.
3. O CEP HUOL deverá ser informado de todos os efeitos adversos ou fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo.
4. Quaisquer documentações encaminhadas ao CEP HUOL deverão conter junto uma Carta de Encaminhamento, em que conste o objetivo e justificativa do que esteja sendo apresentado.
5. Caso a pesquisa seja suspensa ou encerrada antes do previsto, o CEP HUOL deverá ser comunicado, estando os motivos expressos no relatório final a ser apresentado.
6. O TCLE deverá ser obtido em duas vias, uma ficará com o pesquisador e a outra com o sujeito de pesquisa.
7. Em conformidade com a Carta Circular nº. 003/2011/CONEP/CNS, faz-se obrigatório a rubrica em todas as páginas do TCLE pelo sujeito de pesquisa ou seu responsável e pelo pesquisador.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PE_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1292177.pdf	28/02/2019 15:29:09		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_detalhado.pdf	28/02/2019 15:18:01	Priscylla Fideles de Miranda	Aceito
Outros	Pesquisador_.pdf	28/02/2019	Priscylla Fideles de	Aceito

Endereço: Avenida Nilo Peçanha, 620 - Prédio Administrativo - 1º Andar - Espaço João Machado  
Bairro: Patrópolis CEP: 59.012-300  
UF: RN Município: NATAL  
Telefone: (84)3342-5003 Fax: (84)3302-3841 E-mail: cep\_huol@yahoo.com.br

UFRN - HOSPITAL  
UNIVERSITÁRIO ONOFRE  
LOPES DA UNIVERSIDADE



Continuação do Parecer: 3.232.740

Outros	Pesquisador_.pdf	15:00:49	Miranda	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	tcle.pdf	28/02/2019 14:12:40	Priscylla Fideles de Miranda	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Carta_De_Anuencia.pdf	28/02/2019 14:12:27	Priscylla Fideles de Miranda	Aceito
Folha de Rosto	folha_de_rosto.pdf	28/02/2019 14:04:49	Priscylla Fideles de Miranda	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

NATAL, 29 de Março de 2019

Assinado por:  
Jose dlniz Junior  
(Coordenador(a))

Endereço: Avenida Nilo Peçanha, 620 - Prédio Administrativo - 1º Andar - Espaço João Machado  
Bairro: Petrópolis CEP: 59.012-300  
UF: RN Município: NATAL  
Telefone: (84)3342-5003 Fax: (84)3202-3941 E-mail: cep\_hu@yaho.com.br