

UNIVERSIDADE FEDERAL DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DE PORTO ALEGRE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENSINO NA SAÚDE (PPGEnsau)

Vanessa Trintinaglia

ATENÇÃO À SAÚDE DA PESSOA IDOSA E O CUIDADO NA ATENÇÃO
PRIMÁRIA EM SAÚDE

Porto Alegre
2021

Vanessa Trintinaglia

**ATENÇÃO À SAÚDE DA PESSOA IDOSA E O CUIDADO NA ATENÇÃO
PRIMÁRIA EM SAÚDE**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ensino na Saúde da Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Ensino na Saúde. Área de concentração: Integração Ensino e Serviços de Saúde na Formação Profissional.

Linha de pesquisa: Integração Universidade, Serviço de Saúde e Comunidade.

Orientação: Prof. Dr. Marcelo Schenk de Azambuja

Co-orientação: Prof^a. Dr^a Andrea Wander Bonamigo

Porto Alegre

2021

Vanessa Trintinaglia

**ATENÇÃO À SAÚDE DA PESSOA IDOSA E O CUIDADO NA ATENÇÃO
PRIMÁRIA EM SAÚDE**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ensino na Saúde da Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Ensino na Saúde.

Orientador: Prof^o Dr. Marcelo Schenk de Azambuja
Co-orientadora: Profa. Dra. Andrea Wander Bonamigo

Aprovada em

BANCA EXAMINADORA

Prof.^a Dra. Maria Élide Machado
Escola de Saúde Pública SES/RS

Prof.^a Dra. Luzia Fernandes Millão
Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre

Prof. Dr. Rodrigo Plentz
Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre

Catálogo na Publicação

Trintinaglia, Vanessa

ATENÇÃO À SAÚDE DA PESSOA IDOSA E O CUIDADO NA ATENÇÃO
PRIMÁRIA EM SAÚDE / Vanessa Trintinaglia. -- 2021.

122 f. : il., tab. ; 30 cm.

Dissertação (mestrado) -- Universidade Federal de
Ciências da Saúde de Porto Alegre, Programa de
Pós-Graduação em Ensino na Saúde, 2021.

Orientador(a): Marcelo Schenk de Azambuja ;
coorientador(a): Andrea Wander Bonamigo.

1. Atenção Primária à Saúde. 2. Saúde da Pessoa Idosa.
3. Avaliação da qualidade da Atenção Primária. I. Título.

Sistema de Geração de Ficha Catalográfica da UFCSPA com os dados
fornecidos pelo(a) autor(a).

RESUMO

Este estudo objetiva avaliar e comparar as Equipes de Saúde da Família (ESF) e Equipes de Atenção Primária (EAP) e as ações de Educação em Saúde para a população idosa desenvolvidas em serviços de Atenção Primária à Saúde (APS). Trata-se de uma pesquisa qualitativa com 80 idosos de 08 municípios da Serra Gaúcha, sendo 04 deles com ESF e 04 com EAP. Foram aplicadas entrevistas semiestruturadas através do instrumento de avaliação da qualidade de serviços (SERVQUAL), adaptado para a APS, com inserção de questões em outra dimensão: Educação em Saúde. Após transcrição do material, este foi analisado à luz da abordagem Hermenêutica-dialética. Não se evidenciaram grandes diferenças entre as equipes de ESF e EAP, exceto pelos atendimentos domiciliares, mais frequentes nos locais com ESF. A valorização do atendimento médico e da medicalização, a importância do vínculo entre idoso e o profissional para a longitudinalidade do cuidado, episódios de acolhimento frágil relatados em ESF e APS, assim como a avaliação positiva dos aspectos tangíveis (estrutura física, ambiência) emergiram em ambas as equipes. Identificou-se, ainda, relevância secundária do Agente Comunitário de Saúde presente nas equipes de ESF, o qual foi referido pelos idosos com papel de informante do serviço de saúde.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde. Avaliação da Qualidade da Atenção. Envelhecimento. Idoso.

ABSTRACT

This study aims to evaluate and compare the Family Health Teams (FHT) and Primary Care Teams (PCT) and the Health Education actions for the elderly population developed in Primary Health Care (APS) services. This is a qualitative research with 80 elderly people from 08 cities in Serra Gaúcha, 04 of them with FHT and 04 with PCT. Semi-structured interviews were applied through the service quality assessment instrument (SERVQUAL), adapted for PHC, with insertion of questions in another dimension: Health Education. After transcription of the material, it was analyzed in the light of the hermeneutic-dialectic approach. There were no major differences between the FHT and PCT teams, except for home visits, which is more frequent in places with FHT. The enhancement of medical care and medicalization, the importance of the link between the elderly and the professional for the longitudinality of care, host episodes of fragile care reported in FHT and PCT, as well as the positive evaluation of the aspects tangible (physical structure, ambience) emerged in both teams. It was also identified secondary relevance of the Community Health Worker present in the FHT teams, which was reported by the elderly with the informant for the health service.

Keywords: Primary Health Care. Health Care Quality. Aging. Aged.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

APS – Atenção Primária em Saúde

ESF – Equipes de Saúde da Família

EAP – Equipes de Atenção Primária

MS - Ministério da Saúde

OPAS - Organização Pan-Americana de Saúde

SERVQUAL – Escala da Qualidade de Serviços

SUS - Sistema Único de Saúde

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

WHO – World Health Organization (Organização Mundial da Saúde)

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	9
1.1 Objetivos	11
1.1.1 Objetivo Geral	11
1.2.1 Objetivos Específicos	11
1.2 Justificativa	11
2. REVISÃO DA LITERATURA	13
2.1 Envelhecimento e suas implicações	13
2.2 Atenção Primária à Saúde	14
2.2.1 Atenção Primária à Saúde no Brasil e os tipos de equipes	15
2.3 Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa e o cuidado ao idoso	17
2.3.1 Política Estadual de Saúde da Pessoa Idosa	20
2.4 Qualidade nos serviços de saúde	21
2.4.1 Avaliação dos serviços da APS através da Escala SERVQUAL	24
2.5 Educação em Saúde	28
3. PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS	29
3.1 Delineamento do estudo	29
3.2 Cenário do estudo	31
3.3 Participantes da Pesquisa	31
3.4 Instrumento de pesquisa	33
3.5 Processo de coleta de dados	33
3.6 Análise dos dados coletados	34
4. APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	37
4.1 Caracterização dos participantes	37
4.2 Dimensões da Escala SERVQUAL Adaptada	37
4.3 Capacidade de Resposta	39
4.4 Confiabilidade	46
4.5 Empatia	54
4.6 Segurança	58
4.7 Tangibilidade	61
4.8 Educação em Saúde	63
4.9 ESF versus EAP: diferenças?	67

5. PRODUTO EDUCATIVO	68
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS	69
7. REFERÊNCIAS	73
APÊNDICE A: ARTIGO CIENTÍFICO	87
APÊNDICE B: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	113
APÊNDICE C: ESCALA SERVQUAL ADAPTADA	115
ANEXO A: PARECER CEP/CONEP	117
ANEXO B	121
ANEXO C	122

1. INTRODUÇÃO

Há algumas décadas vários países passaram a adotar a Atenção Primária à Saúde (APS) como estratégia de organização dos sistemas de saúde de cobertura universal, preconizada pela declaração de Alma-Ata (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1978) e reafirmada pela Declaração de Astana (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2018). A atenção primária à saúde prioriza a abordagem integral das pessoas, com ações de promoção da saúde e prevenção de doenças, curativas, reabilitadoras e de cuidados paliativos (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2018)

O cuidado primário tem o objetivo de ampliar o acesso (PEDRAZA et al., 2018) e evidenciou melhora nos indicadores de saúde da população desde sua implantação, como a redução da mortalidade infantil, diminuição das internações por condições sensíveis à APS e da mortalidade por doenças cardiovasculares, além de promover a prevenção de doenças e a promoção da saúde de forma mais eficaz em relação aos modelos antecedentes (HONE et al., 2017; TESSER; NORMAN; VIDAL, 2018; CARVALHO et al., 2019). Nesse sentido, Macinko; Mendonça (2018) enfatizam que a forma de organização dos serviços de saúde representa um determinante social de saúde e pode contribuir na melhoria dos indicadores de saúde da população, assim como na redução das desigualdades, especialmente quando são considerados os serviços de APS.

Entre os países que optaram por organizar sua rede de serviços a partir da APS, o Brasil iniciou, na década de 90, a transição dos antigos Centros de Saúde para equipes de Saúde da Família (ESF), adotadas como a forma prioritária de organização da APS, a partir de uma abordagem comunitária que visa promover a reorientação do sistema através da universalidade, regionalização e integralidade da atenção. A expansão da ESF ocorreu fortemente nos municípios de menor porte, que atingem uma ampla cobertura do território com poucas equipes. Entretanto, em capitais e cidades maiores, observaram-se fragilidades no processo de expansão e ampliação dessas equipes, com a persistência de menores coberturas de ESF na maioria dessas localidades, acarretando maiores dificuldades para a população acessar os serviços de saúde (TESSER; NORMAN; VIDAL, 2018).

Em 2019 o Ministério da Saúde, através de sua Secretaria de Atenção Primária, mudou a forma de financiamento da APS através do “Previne Brasil” que

implementou o financiamento às equipes de Atenção Primária (EAP), a fim de ampliar a cobertura da APS no país e facilitar o acesso à saúde da população. O modelo do novo financiamento, ainda assim, reafirma a ESF como estratégia prioritária de atenção, ao vedar a transformação destas equipes em EAP (HARZHEIM et al., 2020).

Neste contexto ampliado de possibilidades para a organização das equipes da APS, aliado à contínua transformação epidemiológica e social vivenciada no país, os idosos representam um dos grupos etários que mais utilizam o sistema de saúde brasileiro (PEDRAZA et al., 2018), especialmente pela maior ocorrência de doenças crônicas. Estudo com brasileiros acima de 50 anos, aponta que 70% da população apresentam duas ou mais condições crônicas (NUNES et al., 2018a). Na população idosa, essa prevalência varia entre 30% e 60%, embora outros estudos tenham sinalizado taxas mais elevadas, conforme citam Melo et al. (2019). Nos demais países, os estudos também divergem quanto a essa prevalência, indicando valores acima de 60% em alguns achados (ISLAS-GRANILLO et al., 2018).

Segundo estimativas do INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE), no ano de 2021, a população idosa representa em torno de 14,6% do total de brasileiros, com tendência a acréscimo nos próximos anos. Em algumas regiões do país, no entanto, esse índice ultrapassa 19%, situação do Rio Grande do Sul, um dos estados que apresentam taxas de envelhecimento mais elevadas em comparação às demais unidades federativas.

Diante do envelhecimento progressivo evidenciado na população e a tendência à alta prevalência de morbidades nessa faixa etária, emerge uma maior necessidade de assistência e conseqüente procura pelos serviços de saúde. Portanto, torna-se relevante analisar como as diferentes equipes da atenção primária (ESF e EAP) realizam o cuidado à saúde das pessoas idosas, a fim de garantir uma maior resolutividade a essa população, de forma a evitar agravamentos nas condições existentes e necessidade de serviços especializados. Desenha-se, pois, a questão a ser respondida nesta pesquisa: quais as diferenças existentes entre as equipes da APS - Saúde da Família (ESF) e Atenção Primária (EAP) - na atenção à saúde ao idoso e suas repercussões sobre as ações de Educação em Saúde realizadas por estas equipes? A fim de responder a esse questionamento foi avaliada a atenção à saúde ofertada à pessoa idosa em serviços com ESF e EAP.

1.1 Objetivos

1.1.1 Objetivo Geral

- Avaliar e comparar as equipes de ESF e EAP e as ações de Educação em Saúde para a população idosa desenvolvidas em serviços de Atenção Primária à Saúde.

1.1.2 Objetivos específicos:

- Relacionar as diferenças entre as equipes de ESF e EAP, segundo a percepção da população idosa da região;

- Verificar a existência e a forma de realização das ações de Educação em Saúde para a população idosa nas equipes de ESF e EAP;

- Desenvolver um produto educativo (guia em mídia digital), com orientações aos idosos e seus cuidadores sobre envelhecimento, controle e prevenção de doenças e demais informações que estimulem o autocuidado.

1.2 Justificativa

A coexistência de diferentes formas de organização da APS brasileira justifica a relevância dessa pesquisa. De acordo com autores como Tesser; Norman; Vidal (2018), as equipes de ESF desempenham melhor os princípios da integralidade, orientação familiar e comunitária, facilidade no acesso e formação de vínculo entre os profissionais de saúde e as pessoas, os quais são postulados desde a criação do SUS. Ademais, favorecem o autocuidado às condições crônicas e notabilizam maior satisfação dos usuários nos serviços com equipes de Saúde da Família. Além disto, referem que não estudos demonstrando superioridade na qualidade do atendimento das equipes de EAP (os antigos Centros de Saúde), em relação às equipes de ESF.

A longitudinalidade, um dos atributos essenciais da APS, desenvolve-se, predominantemente, nas equipes com ESF e, ratificando os autores supracitados, proporcionam o vínculo do profissional à comunidade, permitindo o conhecimento dos contextos familiares, hábitos e condições de saúde, a fim de realizar as

intervenções adequadamente (KESSLER et al, 2019). As pessoas idosas, por sua vez, podem se beneficiar com as ações integrais desenvolvidas pelas equipes de ESF, dado que, é comum a presença de condições de saúde múltiplas. Assim, os serviços de saúde precisam atender suas necessidades, de forma a possibilitar o controle e a prevenção de agravos destas condições, além de promover o envelhecimento ativo e saudável (SCHENKER; COSTA, 2019).

Já Silva et al., (2018), afirmam que as condições crônicas, mais comuns nos idosos, devem ser acompanhadas através de uma abordagem multidimensional, com o olhar voltado à integralidade da pessoa, para além da doença. No entanto, ainda se observa, nos serviços de saúde, a prática assistencial predominante nos episódios de agudização destas doenças, resultante de um cuidado fragmentado e reativo, situação mais comum em serviços sem equipes de ESF.

Segundo os dados do Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIHSUS), entre os meses de janeiro de 2019 a janeiro de 2020, a principal causa de internação hospitalar no Estado do Rio Grande do Sul foram as doenças do aparelho circulatório no grupo etário de 60-79 anos e, nos mais longevos, acima de 80 anos, as doenças do aparelho respiratório. Ambas as patologias integram o rol das condições possíveis de acompanhamento na APS (Portaria nº 221, BRASIL, 2008), ou seja, deveriam ser manejadas no nível primário de atenção, salvo em casos complexos. Esse contexto responsabiliza, sobremaneira, as equipes de APS, consideradas o acesso prioritário para a rede de serviços de saúde, visto que as doenças prevalentes na população idosa podem ser acompanhadas nesse nível de atenção. Assim sendo, é importante debruçar-se sobre as formas de cuidado ao idoso na APS (em ambas equipes), na perspectiva de aumento das demandas sobre esses serviços, decorrente do envelhecimento populacional, já mencionado.

O fundamento para a realização desta pesquisa, por conseguinte, origina-se da rápida transição epidemiológica de envelhecimento no Rio Grande do Sul, especialmente nos municípios menores, característica dos locais avaliados neste estudo. Ressalta-se, ainda, que os serviços de saúde primários são as portas de entrada ao sistema público e, por vezes, constituem o único ponto de acesso existente. Em acréscimo, na literatura científica aparecem muitos trabalhos que discorrem sobre a ESF e sua aparente superioridade a outras equipes da APS, mas são escassas pesquisas que comparam as equipes de ESF e EAP, especialmente no que tange à atenção à saúde das pessoas idosas.

A seguir, apresenta-se a revisão de literatura que embasa esta pesquisa.

2. REVISÃO DE LITERATURA

2.1 Envelhecimento e suas implicações

O envelhecimento é um fenômeno global (SIRIWARDHANA et al., 2018; JANSEN-KOSTERINK et al., 2019). Segundo dados da *United Nations*, no ano de 2018, a população mundial acima de 65 anos superou o número de crianças menores de cinco anos e projeta-se que, até 2050, o número de idosos supere também o de adolescentes e jovens entre 15 e 24 anos (UNITED NATIONS, 2019).

Estimativas da União Europeia apontam que o número de idosos irá dobrar nos próximos cinquenta anos naqueles países (JANSEN-KOSTERINK et al., 2019). É importante destacar, no entanto, que o ritmo de envelhecimento é mais rápido nos países em médio e baixo desenvolvimento em relação aos países altamente desenvolvidos. Isso gera uma sobrecarga nesses que estão desfavorecidos economicamente, visto que precisam lidar, além da assistência à saúde aos idosos em número crescente, com as questões sociais que envolvem esse grupo etário (SIRIWARDHANA et al., 2018).

Com o aumento da expectativa de vida, o surgimento de doenças crônicas torna-se comum nas pessoas com 60 anos ou mais. Islas-Granillo et al., (2018) definem multimorbidade como a associação entre uma condição crônica com outra doença (crônica ou aguda) ou um agravo de ordem mental. A prevalência de, ao menos, uma doença crônica decorrente do envelhecimento varia entre 60% e 80% nos idosos. Em consequência disso, observa-se risco maior de incapacidades, hospitalizações e institucionalizações. Por conseguinte, o impacto nos gastos com saúde representa um desafio para os sistemas públicos, que buscam formas de abordar o problema através de iniciativas de prevenção.

Além das multimorbidades, muitos idosos estão chegando nessa etapa da vida em condições de fragilidade (JANSEN-KOSTERINK et al, 2019). Ainda que a literatura científica não apresente consenso sobre o conceito de fragilidade, Fried et al., em 2001, definiram o fenótipo da fragilidade como uma síndrome decorrente do declínio fisiológico em vários sistemas, resultante da redução da energia e das

reservas funcionais. Caracteriza-se por sinais como diminuição da massa muscular, força, resistência, equilíbrio, mobilidade e desempenho na marcha.

Em metanálise realizada por Siriwardhana et al, (2018), os autores acharam prevalência de fragilidade em torno de 17% na população idosa dos países em desenvolvimento (alguns da América Latina como Argentina e Brasil) e 14% nos altamente desenvolvidos (América do Norte e Europa), valores que tendem a aumentar com o avanço da idade. No Brasil, Andrade et al. (2018) relatam uma prevalência de 9% na fragilidade da população acima de 50 anos e ratificam os primeiros autores, visto que sugerem superioridade de idosos frágeis entre os mais longevos, correspondente a 20,9% na faixa de 70 anos ou mais.

Idosos em condições mais frágeis têm sua qualidade de vida fortemente afetada. Silva et al., (2021a) trazem que o equilíbrio - habilidade relacionada a boa parte das atividades da vida diária - diminui com a idade e, quando associado a declínios em outros componentes, como a força, pode aumentar a exposição de um indivíduo a quedas, deficiência físico-funcional, deficiências cognitivas, depressão e o risco de mortalidade. A perda de força muscular, que favorece a quedas e, conseqüentemente, eleva o risco de fraturas, está relacionada à redução da mobilidade no idoso, interferindo em sua independência e funcionalidade.

2.2 Atenção Primária à Saúde

Em 2018, passados 40 anos da Declaração de Alma-Ata, a declaração de Astana reafirmou o compromisso da saúde como direito universal e a Atenção Primária à Saúde como modelo de saúde mais inclusivo, eficiente e eficaz para o cuidado em saúde, além de ser um sistema de saúde sustentável para garantir a cobertura universal de saúde (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2018).

A Atenção Primária à Saúde (BRASIL, 2010), é conceituada como um conjunto de princípios, valores e atributos que a constituem como modelo de cuidado em saúde voltado à integralidade, equidade, sustentabilidade, orientação família, comunitária e intersectorialidade. Em relação aos atributos, Harzheim et al., (2016) analisaram que os atributos essenciais e derivados integram sua definição: acesso de primeiro contato, longitudinalidade, integralidade e coordenação da saúde, considerados essenciais, enquanto que orientação familiar, comunitária e competência cultural como atributos derivados.

Os autores definem acesso de primeiro contato como a facilidade em acessar e utilizar o serviço da APS para o cuidado em saúde de um novo problema ou de alteração do problema pré-existente, a se desconsiderar situações de emergências médicas. A integralidade, por sua vez, considera-se as ações que os serviços de saúde devem ofertar para a integralidade do cuidado da pessoa em todas dimensões, desde a saúde biopsicossocial, ações de promoção, prevenção, recuperação e cura, bem como identificar a necessidade para encaminhamentos a outros níveis de atenção (HARZHEIM et al., 2016).

No que concerne à longitudinalidade, outro atributo essencial da APS, esta pressupõe o cuidado continuado às pessoas, que perdura ao longo do tempo, com interação e formação de vínculo entre profissionais e população do território (HARZHEIM et al., 2016; KESSLER et al., 2019). No entanto, Kessler et al. (2019) enfatizam que longitudinalidade e continuidade do cuidado não apresentam o mesmo significado, visto que a última pode indicar consultas ou visitas realizadas rotineiramente, mas não com o mesmo profissional de referência, de forma a manejar questões clínicas que não estão ligadas à atenção em saúde da pessoa.

Os atributos derivados, por fim, são complementares aos essenciais e qualificam as ações desenvolvidas nos serviços da APS. A orientação familiar e comunitária está associada ao olhar ampliado dos profissionais sobre questões que afetam a saúde e podem estar ligadas ao contexto familiar e comunitário. Isso implica, por vezes, a necessidade de uma abordagem familiar para a efetiva atenção à saúde, bem como, o conhecimento dos dados epidemiológicos e demais questões de saúde características da comunidade e que se relacionam à saúde dos indivíduos. Já a competência cultural relaciona-se a adaptação dos profissionais da APS às particularidades do território e da população, a fim de possibilitar uma boa interação entre eles (BRASIL, 2010).

2.2.1 Atenção Primária à Saúde no Brasil e os tipos de equipes

A APS, segundo a Política Nacional de Atenção Básica (BRASIL, 2017), é descrita pelo conjunto de ações de saúde de abordagem individual e coletiva que envolvem a promoção e prevenção da saúde, tratamento, reabilitação, cuidados paliativos e a vigilância em saúde, realizada por trabalhadores de diversas formações e voltada à população de um território definido, visando o cuidado

integral. É considerada a principal porta de entrada da rede de atenção à saúde, ordenadora das ações e coordenadora do cuidado.

Os serviços de saúde de APS brasileiros, até o início da década de 90, caracterizavam-se por uma prática individualista, com preferência a recursos tecnológicos de custo elevado, que não demonstravam resolutividade satisfatória (BRASIL, 1997). A implantação do Programa de Saúde da Família (PSF), em 1994, e Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS, iniciado anteriormente, em 1991), buscou a reorientação do modelo assistencial da APS a partir do PSF e, posteriormente, ESF (Portaria nº 648; BRASIL, 2006). A proposta do PSF visava uma nova dinâmica na atuação dos serviços da APS, de forma a eleger a família e o seu espaço social o campo prioritário da atenção à saúde, humanizando-a, e favorecendo a formação de vínculo entre profissionais da saúde e população. Além disso, preconizava a prevenção e a promoção da saúde, a formação de grupos comunitários para ações de Educação em Saúde individuais e coletivas.

De acordo com Tesser; Norman; Vidal (2018), a descentralização e municipalização da saúde conferiram aos gestores dos municípios autonomia sobre os serviços de saúde da APS, possibilitando ampla diversidade na estrutura organizacional. Os autores analisam que o surgimento do Programa de Saúde da Família (PSF) e, posteriormente, equipes de Saúde da Família, representaram uma estratégia exitosa de expansão e modelo de organização da APS. Ainda que essa ampliação tenha sido mais visível em cidades menores, em virtude das dificuldades demonstradas pelos grandes municípios estruturarem seus serviços, é inegável a importância assumida pela ESF, transformando-a no principal modelo de equipe da Atenção Primária brasileira.

A partir do PSF (BRASIL, 1997), a composição mínima das equipes desses serviços incluía um médico com formação em Saúde da Família ou generalista, enfermeiro, técnico e/ou auxiliar de enfermagem e agentes comunitários de saúde (ACS). Dessa forma, Oliveira; Ferrari; Parada (2019) argumentam que as equipes de Saúde da Família, compostas por médicos, enfermeiros, técnicos ou auxiliares de enfermagem e agentes comunitários de saúde, orientam sua prática para estabelecer vínculo entre os trabalhadores e a população do território, a fim de viabilizar a continuidade do cuidado. Já os demais serviços da APS, com equipes de EAP, tenderiam a direcionar-se ao modelo de cuidado biomédico e predominantemente curativo, de abordagem individual.

Tasca et al., (2020) reflete que a heterogeneidade na qualidade da atenção à saúde ofertada pelas equipes de APS interfere na capacidade de resposta aos problemas de saúde que compõem o perfil sanitário brasileiro, caracterizado pelo avanço das doenças crônico-degenerativas, persistência das doenças infecciosas, bem como de mortes por causas externas.

2.3 Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa e o cuidado ao idoso

A Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, Portaria nº 2.528 (BRASIL, 2006) tem por finalidade: “recuperar, manter e promover a autonomia e a independência dos indivíduos idosos, direcionando medidas coletivas e individuais de saúde para esse fim, em consonância com os princípios e diretrizes do SUS”. Está voltada para todas as pessoas com 60 anos ou mais e traz oito diretrizes no cuidado à saúde do idoso, das quais destacam-se: promoção do envelhecimento ativo e saudável; atenção integral e integrada à saúde da pessoa idosa; estímulo às ações intersetoriais, visando à integralidade da atenção; provimento de recursos capazes de assegurar qualidade da atenção à saúde da pessoa idosa; estímulo à participação e fortalecimento do controle social e formação e educação permanente dos profissionais de saúde do SUS na área de saúde da pessoa idosa.

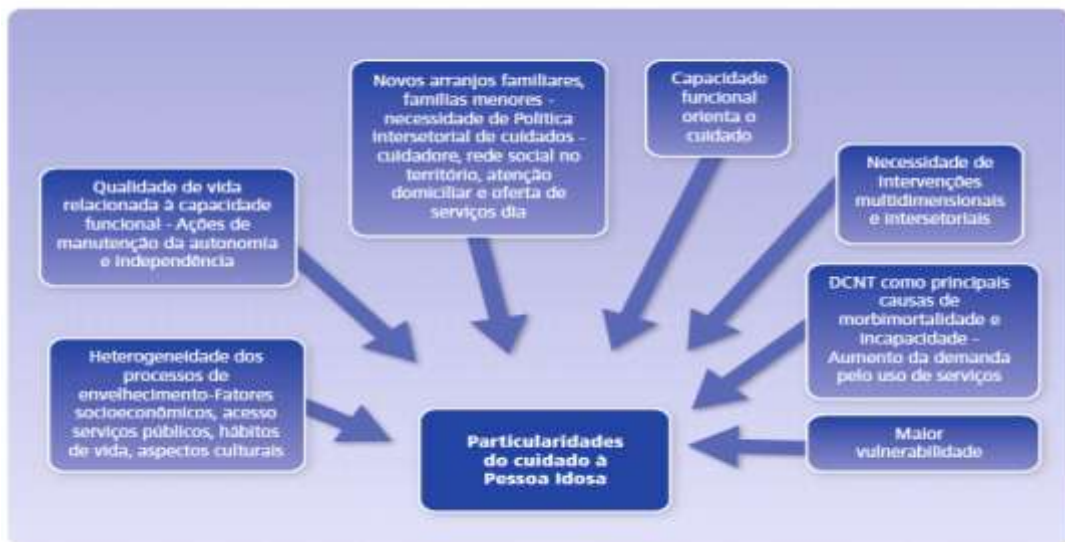
A normativa aborda algumas especificidades que se relacionam ao cuidado ofertado ao idoso e representam um desafio para as políticas públicas. Com o aumento do número de pessoas idosas, evidencia-se um acréscimo no número de condições crônicas e, conseqüentemente, maior utilização dos serviços de saúde. Além disso, a política cita uma “carência” de profissionais com formação adequada a ofertar o cuidado em saúde ao idoso, observado em todos os níveis de atenção. Por último, chama a atenção para um grupo crescente e com pouca visibilidade para as políticas públicas, que são os idosos com alto grau de dependência funcional (BRASIL, 2006).

Ao complementar tal preocupação do texto normativo, Giacomini et al., (2018) analisam que o envelhecimento populacional ocorre em meio a transformações no papel social feminino, incorporado à força de trabalho nas últimas décadas, sobrecarregando o papel da mulher na perspectiva do cuidado.

Já em relação à qualificação dos profissionais para a atenção à saúde do idoso, Veras (2009) aponta que os principais conceitos de promoção e prevenção

em saúde já foram assimilados pelos trabalhadores. Entretanto, a dificuldade maior observada é a operacionalização, especialmente quando envolve os idosos. Apesar do discurso preventivo, nota-se uma manutenção da lógica curativista nos serviços de saúde, em virtude do argumento da efetividade e impacto financeiro difíceis de mensurar.

Figura 1. Especificidades do cuidado à Saúde da Pessoa Idosa



Fonte: Coordenação da Saúde da Pessoa Idosa, MS (2014).

A Figura 1 traz à cena as especificidades envolvidas no cuidado à Pessoa Idosa: manutenção da capacidade funcional, intervenções multidimensionais e intersetoriais, manutenção da autonomia e independência, maior vulnerabilidade, heterogeneidades no processo de envelhecimento, doenças crônicas como principal causa de morbidade e aumento do uso dos serviços de saúde, necessidade de redes de apoio: cuidadores, atenção domiciliar e instituições de permanência parcial de idosos.

As orientações do parágrafo antecedente estão presentes nas Diretrizes para o Cuidado das Pessoas Idosas no SUS (BRASIL, 2014). Além destas, recomenda-se a utilização dos pontos da rede de atenção, através da articulação entre a APS e os serviços dos demais níveis, a fim de obter maior resolutividade nos cuidados prestados aos idosos e, em consequência, diminuir os encaminhamentos para especialistas e hospitais, assim como produzir serviços mais custo efetivos e, por último, ampliar e qualificar o acesso aos serviços de saúde do SUS.

A implementação desses arranjos, segundo a referida diretriz, deve ser realizada a partir da elaboração de Linhas de Cuidado que ordenem o processo de trabalho em saúde, a fim de equacionar os diferentes serviços para o atendimento aos idosos e suas necessidades satisfatoriamente. Assim, os profissionais atuantes na APS e nos demais pontos da rede de atenção precisam estar corresponsáveis no cuidado ao idoso, a fim de garantir a efetiva articulação entre os serviços e, por conseguinte, maior resolutividade.

Figura 2. Desenho da Rede de Atenção à Saúde da Pessoa Idosa



Fonte: Coordenação da Saúde da Pessoa Idosa, MS (2014).

A Figura 2 (BRASIL, 2014) estabelece um desenho da rede de serviços no cuidado ao idoso, onde a APS está no papel de ordenadora do cuidado e envolve a atenção ambulatorial especializada, a atenção hospitalar e as demais redes temáticas, como a das pessoas com deficiências, na qual vários idosos estão inseridos.

Ao reportar as diretrizes trazidas na política nacional, Damaceno; Chirelli, (2019) refletem sobre a clareza da normativa na busca de um cuidado integral ao idoso, com a interação de todos os atores relacionados: profissionais gestores e usuários do SUS.

Tais pesquisadores investigaram a visão de profissionais e gestores de um município paulista acerca da realização das ações na Saúde do idoso nesta localidade. Os achados mostraram que o tema envelhecimento é cada vez mais discutido e a política possibilitou reflexões aos profissionais acerca da prática

baseada na clínica ampliada, a fim de atingir a integralidade do cuidado. No entanto, ocorreram poucos avanços em relação à efetivação dessa política, consequência de um planejamento insuficiente, realizado sem a participação dos profissionais, que não foi direcionado às necessidades do território. Outro ponto elencado na pesquisa abordou a formação profissional, que precisa ser repensada e readequada para atender aos anseios da população idosa. Os pesquisadores acrescentaram, por fim, a importância da gestão compromissada, promovendo o desenvolvimento de uma rede integrada para a atenção à saúde do idoso (DAMACENO; CHIRELLI, 2019).

Romero et al.(2019) ressaltam que o monitoramento das políticas públicas depende da geração de informações atualizadas, que possibilitem a identificação de dificuldades no processo de sua efetivação, a fim de permitir as adequações necessárias. Identificou-se carência de informações e de indicadores específicos para os idosos, que limitam a geração de dados consistentes para o acompanhamento de tais políticas. Exemplo disto ocorre no tema relacionado à prevenção e manutenção da capacidade funcional, cujas ações são atribuídas à APS. A falta de indicadores representa uma barreira à identificação da vulnerabilidade desse grupo etário, impactando no planejamento e implementação de intervenções.

2.3.1 Política Estadual de Saúde da Pessoa Idosa

A Política Estadual de Saúde da Pessoa Idosa, Portaria nº 444/2021, foi publicada em 10 de junho de 2021. A normativa traz uma proposta consonante com a política nacional que visa à integralidade do cuidado à pessoa idosa, que atenda aos diversos perfis de funcionalidade deste grupo etário. Dessa forma, o objetivo principal da portaria é: “garantir a atenção integral à saúde das pessoas com 60 anos ou mais, promovendo a manutenção da capacidade funcional, da autonomia e independência, contribuindo para um envelhecimento ativo e saudável” (Portaria SES/RS nº 444, 2021).

Já em relação aos princípios e diretrizes, estes seguem os princípios do SUS, elencando como princípios: integralidade, universalidade, equidade, gratuidade, intersetorialidade e participação social. Quanto às diretrizes, cita: garantia da atenção integral à saúde da pessoa idosa; estímulo ao envelhecimento ativo e

saudável; fortalecimento das ações intersetoriais, com ênfase na promoção à saúde e prevenção de agravos; estímulo à participação e fortalecimento do controle social, além do fortalecimento às ações de educação permanente dos profissionais de saúde do SUS na área de saúde da pessoa idosa.

A normativa destaca, ainda, cinco eixos estruturantes da rede de serviços, a fim de obter o cumprimento dos objetivos propostos: fortalecimento da Atenção Básica como ponto central de cuidado ao idoso; implementação da linha de cuidado à pessoa idosa; modelo de atenção que privilegie as atividades preventivas e de promoção à saúde, assim como as atividades coletivas e o gerenciamento da farmacoterapêutica; articulação intersetorial, especialmente com a assistência social e, por último, fortalecimento das ações de educação permanente para os profissionais que atuam no cuidado à pessoa idosa.

2.4 Qualidade nos serviços de saúde

A origem do termo qualidade é polissêmica e evoluiu ao longo do tempo. Inicialmente, era considerada uma forma de inspeção, com a intenção de obter a uniformidade dos produtos. Posteriormente, esteve embasada em controles estatísticos e, mais recentemente, o foco concentra-se na garantia da qualidade do produto ou serviço (MACHADO, 2012).

A qualidade é considerada, de acordo com Gomes (2004), algo que afeta a vida das pessoas e organizações de forma positiva. Por isso, um produto de qualidade cumpre sua função conforme o esperado e, da mesma forma, o serviço de qualidade atende ou supera as expectativas do consumidor.

Campos (1992), por sua vez, define a qualidade de um produto ou serviço quando este atende de forma acessível, confiável, segura e no momento certo as necessidades do cliente ou consumidor.

Ainda segundo Gomes (2004), a qualidade de um produto ou serviço tem múltiplas faces e varia conforme as necessidades e preferências dos clientes. Complementar ao exposto, Machado (2012) afirma que o conceito de qualidade varia nos diferentes grupos, em função de suas necessidades, vivências e expectativas. Apesar dessa variabilidade, considera-se que a qualidade deve atender às necessidades e superar as expectativas do cliente ou usuário, de tal modo que este busque novamente o mesmo produto ou serviço. Características

como confiabilidade, precisão e segurança (na utilização de um produto ou serviço) são inerentes à garantia da qualidade.

Grönroos (1993); Parasuraman; Zeithaml; Berry (2006), afirmam que a qualidade de bens ou produtos difere da qualidade dos serviços, em função de três características básicas: intangibilidade, heterogeneidade e inseparabilidade. Segundo Parasuraman; Zeithaml; Berry (2006), a maioria dos serviços é intangível, visto que não são objetos, os quais permitem estabelecer uma uniformidade padrão para avaliar a qualidade. Os serviços são produzidos no momento da entrega, não apresentam uma medida de avaliação prévia e, por isso, nota-se a dificuldade em saber a percepção dos consumidores em relação à qualidade do serviço entregue.

Outra característica, a heterogeneidade, diz respeito às peculiaridades de cada serviço, que diferem entre si quanto à organização, os recursos humanos e ao volume de trabalho, o que inviabiliza estabelecer uma uniformidade de avaliação. Além disso, a percepção da empresa sobre o serviço prestado pode ser totalmente distinta à do consumidor do serviço.

A inseparabilidade, por sua vez, refere-se à produção do serviço no momento em que é consumido, ou seja, a produção e o consumo são inseparáveis. Os pesquisadores acrescentam que serviços com intensa participação do consumidor podem apresentar maior dificuldade de controle da qualidade no momento da entrega (produção), porque esse envolvimento afeta o seu desempenho. Exemplo disto são as consultas com profissionais de saúde, os quais dependem dos relatos dos pacientes (descrição de sintomas) para melhor definição da conduta e, conseqüentemente, da qualidade do resultado (PARASURAMAN; ZEITHAML; BERRY, 2006).

Na visão de Grönroos (1982, citado também por Parasuraman; Zeithaml; Berry, 2006; Alves, 2017), os consumidores comparam o serviço recebido com aquele que esperam receber. O autor cita, em estudo mais recente (GRÖNROOS, 1993), que a qualidade do serviço é influenciada por seus aspectos físicos e técnicos (ambiente, organização, equipamentos), pela interação pessoal no momento do serviço e pelo próprio consumidor (suas experiências prévias, expectativas e aceitação do momento – a exemplo dos serviços de saúde). Logo, a avaliação da qualidade de um serviço, assume uma característica de simultaneidade, posto que o momento da produção (nesta pesquisa o trabalho vivo da APS) ocorre no mesmo momento da entrega. Ademais, a avaliação, sob a ótica

do receptor do serviço, pode sofrer a interferência de fatores ligados ao consumidor (influências externas, aspectos culturais, entre outros, que se diferenciam em cada pessoa).

Ao trazer a qualidade para o campo da saúde, Donabedian (2003) idealizou os sete pilares considerados atributos da qualidade nos serviços de saúde: eficácia, efetividade, eficiência, otimização, aceitabilidade, legitimidade e equidade. A eficácia envolve a capacidade de aplicação dos conhecimentos e uso dos equipamentos disponíveis para possibilitar melhorias no cuidado em saúde em situações ideais. A efetividade, por sua vez, refere-se à melhoria do cuidado de fato alcançada, ou seja, a condição real (ganho real, diferente do ganho ideal ou esperado). Já a eficiência diz respeito à habilidade em manter a melhoria no cuidado atingida com redução de custos (redução de recursos com manutenção de resultados). No que diz respeito à otimização, esta envolve o balanço entre as melhorias na saúde obtidas e o custo para obtê-las, ou seja, o custo das melhorias é relativamente baixo em comparação com os benefícios obtidos. A aceitabilidade está relacionada aos anseios, desejos e expectativas dos pacientes e de suas famílias é dependente da acessibilidade, da relação médico-paciente, das amenidades do cuidado, das preferências quanto a efeitos, riscos e custos do cuidado (o que os pacientes consideram justo e equânime). A legitimidade é definida como a conformidade com as preferências dos pacientes relacionadas a princípios éticos, morais, leis, normas e regulação. Por fim, a equidade refere-se à relação entre os valores que definem o que é justo e equânime na oferta do cuidado e dos benefícios distribuídos à população.

Esses atributos integram as três dimensões que envolvem a avaliação do cuidado em saúde: a estrutura, o processo e o resultado. A estrutura refere-se às condições como o cuidado em saúde é ofertado e inclui recursos humanos, recursos materiais (equipamentos e ambiente) e características organizacionais (agenda dos profissionais, gestão/coordenação). O processo, por sua vez, refere-se às atividades inerentes ao cuidado, ou seja, diagnóstico, tratamento, reabilitação, promoção e prevenção, além da educação em saúde. Já o resultado se relaciona às mudanças (desejáveis e indesejáveis) observadas nos indivíduos e populações, que podem ser atribuídas ao cuidado recebido. Essas mudanças podem se evidenciar de várias formas, como: alterações na condição de saúde; orientações e conhecimentos adquiridos pelos pacientes e cuidadores que contribuirão com o autocuidado e conduzirão a alterações nos hábitos de vida e, por último, a satisfação do paciente e

cuidador/familiar com o cuidado recebido e as transformações evidenciadas. Essas dimensões não são consideradas atributos da qualidade do cuidado em saúde, porém, as três juntas podem inferir se a qualidade é boa ou não, visto que a estrutura influencia o processo e este, por consequência, induz o resultado (DONABEDIAN, 2003).

Ferreira et al. (2017), ratificando o acima exposto, argumenta que avaliar a partir de critérios que incluem estrutura, processo e resultado possibilitam obter um parâmetro do nível de qualidade atingido, além de indicar os problemas e falhas, de forma a mostrar a necessidade de correções nos pontos insatisfatórios. Intervenções e estratégias que visam a melhoria da qualidade da APS são ferramentas importantes para atingir ganhos relacionados às condições de saúde, gestão dos recursos e níveis de satisfação de trabalhadores e usuários do serviço de saúde.

Volpato; Martins (2017), ao retomar conceitos trazidos por autores mais antigos (Parasuraman; Zeithaml; Berry, 1988; Donabedian, 2003) argumentam que os serviços de saúde possuem peculiaridades que dificultam a avaliação da qualidade por se tratar de um serviço (como mencionado anteriormente) e, por isso, existem alguns determinantes de qualidade conforme cada tipo de serviço. Na saúde, são elencados: confiabilidade, rapidez, aspectos tangíveis, empatia, flexibilidade (capacidade de se adaptar conforme a necessidade do paciente), acesso e disponibilidade. A percepção da qualidade do serviço pode ser definida por critérios objetivos e subjetivos e conhecer a percepção dos usuários sobre o serviço de saúde possibilita aos gestores e profissionais planejar as ações de acordo com as necessidades dos sujeitos.

2.4.1 Avaliação da Qualidade dos Serviços de Saúde através da Escala SERVQUAL

A escala de avaliação da qualidade dos serviços *Quality Services Scale* (SERVQUAL) foi desenvolvida, originalmente, por Parasuraman; Zeithaml; Berry (1988), com o objetivo de avaliar a qualidade dos serviços a partir da percepção dos clientes. O modelo identifica lacunas (*gaps*) entre o serviço que é ofertado e a percepção do que foi recebido pelo consumidor, que resulta na avaliação da qualidade do serviço em boa ou má (MANULIK; ROSINCZUK; KARNIEJ, 2016).

Na visão de Papanikolaou; Zygiaris (2014), uma das formas de se avaliar a qualidade de um serviço é verificar a satisfação dos usuários. Para isso, as

expectativas das pessoas representam um item essencial. Uma possível definição de expectativa, segundo os autores, são os padrões com os quais experiências prévias são comparadas, resultando em avaliações de satisfação/qualidade. Assim sendo, as expectativas desempenham um papel importante na satisfação com a qualidade do serviço recebido, ou seja, esta pode ser definida como a diferença entre o serviço esperado e o que, de fato, foi entregue.

A partir de entrevistas com gestores e de grupos focais com consumidores de diferentes tipos de serviços: bancos, cartão de crédito, empresa de serviços de reparo e manutenção e uma companhia telefônica, Parasuraman; Zeithaml; Berry, (1988, 2006) verificaram que, apesar de algumas percepções dos clientes serem específicas acerca da qualidade de cada serviço, pontos em comum prevaleceram em todos aqueles avaliados. Esses achados levaram os autores a sugerir um modelo geral para avaliação da qualidade de qualquer serviço.

A análise dos dados emergiu algumas conclusões. A mais importante levantou a existência de várias lacunas (*gaps*) ou discrepâncias entre a percepção de qualidade do serviço prestado e as expectativas dos clientes. Essas lacunas influenciariam os consumidores na avaliação da qualidade do serviço recebido (PARASURAMAN; ZEITHAML; BERRY, 2006; PENA et al., 2013).

Os *gaps* propostos foram os seguintes:

Gap 1 - lacuna entre as expectativas do cliente e a percepção da empresa/serviço sobre essas expectativas; ou seja, a empresa/serviço não conhece, ou conhece de forma errônea, a expectativa do usuário do serviço.

Gap 2 - lacuna entre as percepções do serviço em relação às expectativas do cliente e as especificações de qualidade do serviço ofertado pela empresa interferem na avaliação da qualidade pelo cliente.

Gap 3 - lacuna entre as especificações de qualidade do serviço e a prestação efetiva do serviço, que afeta na avaliação da qualidade do serviço pelo cliente.

Gap 4 - lacuna entre a prestação efetiva do serviço e o que é anunciado (propaganda, comunicação externa) sobre o serviço (as informações sobre o serviço que chegam para o cliente).

Gap 5 – lacuna entre o serviço esperado e o serviço percebido, segundo a visão do cliente.

Os resultados dos grupos focais identificaram os determinantes da qualidade de um serviço (PARASURAMAN; ZEITHAML; BERRY, 2006), que formaram as

dimensões da escala SERVQUAL, definidas através do acrônimo RATER (*reliability, assurance, tangibles, empathy and responsiveness*), ou seja, confiabilidade, segurança, tangibilidade, empatia e capacidade de resposta (responsividade) do serviço (PAPANIKOLAOU; ZYGIARIS, 2014).

Andrade et al., (2019, p. 4) aplicaram o instrumento SERVQUAL em pesquisa com idosos que avaliou a qualidade de um serviço da APS e, para isso, realizaram algumas adaptações nos *gaps*, voltadas a essa população:

Gap 1 - lacuna entre as expectativas das pessoas idosas e as percepções da equipe de saúde sobre essas expectativas; ou seja, a equipe de saúde não percebe ou percebe, de forma imprecisa, as expectativas da qualidade da atenção, não compreendendo corretamente o que os usuários idosos desejam ou necessitam.

Gap 2 - lacuna entre as percepções da equipe de saúde, quanto às expectativas das pessoas idosas, e a transformação dessas expectativas na organização do serviço ofertado para que tenha qualidade. As expectativas dos idosos não são traduzidas em desempenho coerente com a qualidade no momento do atendimento (por normas inadequadas ou inexistentes);

Gap 3 – lacuna entre as especificações da qualidade da atenção à saúde do idoso e a atenção prestada pela equipe de saúde; ou seja, a qualidade não é atendida por alguma falha no desempenho da equipe.

Gap 4 – lacuna entre a atenção à saúde ao idoso (consulta/procedimento) e as informações prévias recebidas externamente sobre o desempenho da equipe de saúde (indicações de conhecidos, por exemplo). Este item não aparece citado pelos autores.

Gap 5 – lacuna entre a expectativa do usuário idoso e a sua percepção da qualidade da atenção na APS, o que é traduzido pela satisfação do idoso em relação ao serviço recebido.

Ao adaptar a escala para os serviços da APS, pode-se considerar as dimensões da escala conforme seguem: a tangibilidade, ou aspectos tangíveis, refere-se à estrutura, ou seja, instalações físicas do ambiente, equipamentos, materiais informativos, recursos humanos e demais condições tangíveis. A confiabilidade foca na capacidade das equipes de ofertarem o cuidado em saúde de forma segura e precisa, desenvolvendo a confiança do usuário. A capacidade de resposta, ou responsividade, relaciona-se à disposição da equipe em atender às demandas de forma satisfatória e oportuna (no momento e tempo adequados). A

segurança, ou garantia, diz respeito à capacidade de esclarecer dúvidas, à transmissão de confiança e à manutenção de sigilo sobre determinados assuntos. Por fim, a empatia corresponde ao interesse sobre a condição de saúde e à atenção individual dispensada aos usuários do serviço (SOUSA et al., 2017; ANDRADE et al., 2019).

Ainda segundo Andrade et al., (2019), as dimensões propostas na escala representam os pontos críticos na prestação dos serviços de saúde, visto que podem gerar as lacunas (*gaps*) entre as expectativas e as impressões sobre o desempenho da assistência recebida e, conseqüentemente, uma avaliação negativa por parte dos usuários.

Manulik; Rosinczuk; Karniej (2016), por sua vez, citam que a qualidade de um serviço prestado é percebida subjetivamente e tem desempenhado um papel importante como elemento avaliativo dos serviços de saúde. Nesse ponto, Sisson et al. (2021) acrescentam que a satisfação dos usuários com os serviços de saúde sofre influência de vários elementos, dentre os quais a intensidade das expectativas e exigências em relação ao atendimento, além de características individuais como idade, gênero, nível de escolaridade, estado psicológico. Isto posto, a satisfação do usuário passa por especificidades inerentes ao sujeito que avalia, influenciada pelo contexto de sua vida, ou seja, sua subjetividade.

Ao reportar as necessidades do usuário idoso, o qual apresenta um perfil de prevalência das doenças crônicas, o cuidado ofertado a essa população deve pautar-se na integralidade e longitudinalidade. Em vista disso, a atenção à saúde ofertada na APS, seja nas equipes de ESF, seja nas EAP, precisa atender ao idoso de forma resolutiva e satisfatória. A qualidade da assistência recebida, avaliada segundo a percepção do idoso, representa um fator determinante para a satisfação com o serviço de saúde (ANDRADE et al., 2019).

Não se conhece na literatura, até o momento, instrumento de avaliação da APS que seja direcionado ao idoso e, ao considerar suas especificidades, o modelo de avaliação da qualidade dos serviços adaptado à APS parece ser o mais adequado a ser utilizado nessa pesquisa. Dessa forma, neste trabalho opta-se por adaptar a escala SERVQUAL a partir das pesquisas de Sousa et al. (2017); Andrade et al. (2019), ambas realizadas em serviços de saúde da APS.

2.5 Educação em Saúde

Lima et al. (2016) definem a Educação em Saúde como ações de aprendizagem que facilitem mudanças comportamentais e repercutam positivamente na condição de saúde. Complementar a essa elucidação, Janini; Bessler; Vargas (2015) consideram a Educação em Saúde um dos principais dispositivos para a viabilização da promoção da saúde, na medida em que é utilizada como agente transformador de práticas e comportamentos, estimulando a autonomia das pessoas.

De acordo com Mendonça et al., (2017) a Educação em Saúde assume papel importante no rol de atribuições dos trabalhadores da APS, uma vez que o desenvolvimento de ações educativas que interferem sobre o processo saúde-doença é atribuição das equipes da APS, tanto de abrangência individual, quanto coletiva, de forma a melhorar a qualidade de vida da comunidade.

Em relação aos idosos, Malmann et al., (2015) argumentam que a Educação em Saúde é uma das principais ferramentas na promoção do envelhecimento ativo, que abrange a prevenção e controle de doenças, a manutenção da função cognitiva e a interação social. Além disso, estimula hábitos saudáveis, através da articulação de saberes técnicos e populares, mobilizando os profissionais na elaboração do trabalho coletivo.

Já Casemiro et al., (2018) explicam que a Educação em Saúde é permeada pelo diálogo, na construção de relações e espaços de troca de saberes de forma humanizada e que consideram o contexto de inserção das pessoas e todas suas implicações. Essas práticas educativas utilizam metodologias ativas de aprendizagem, que favorecem a conscientização para mudanças no estilo de vida. Neste estudo, os autores realizaram oficinas de Educação em Saúde para idosos com comprometimento cognitivo leve. Os resultados mostraram melhora na memória dos participantes, indicando que a ferramenta pode ser importante estratégia de intervenção cognitiva.

Alguns profissionais da saúde, no entanto, ainda adotam metodologias tradicionais nas práticas educativas. Barreto et al., (2019), em estudo que entrevistou profissionais atuantes em ESF acerca de suas percepções sobre a Educação em Saúde, concluíram que os participantes compreendiam-na como meio de transmissão de informações, na medida em que visavam à adoção de comportamentos saudáveis pelas pessoas. Apesar disso, essa prática também foi referida como meio educativo por alguns entrevistados. No tocante à

responsabilidade das equipes da APS com a Educação em Saúde, destaca-se que a construção deve ser coletiva, multidisciplinar e intersetorial, realizada de forma rotineira e contínua, com o envolvimento do maior número possível de profissionais. Por fim, reforça-se a importância das práticas educativas adotarem as metodologias ativas, que estimulem a participação e a problematização, a fim de facilitar o aprendizado.

Silva et al., (2021b) referem que a conscientização deve ser contínua, de forma que a população possa assimilar a importância de manter hábitos de vida saudáveis, principalmente os idosos, os quais apresentam, em sua maioria, condições crônicas que podem comprometer sua funcionalidade.

A Educação em Saúde tem sido desenvolvida também em outros países. Na pesquisa boliviana conduzida por Quintero-Cruz et al., (2017), encontraram-se resultados positivos através de um programa de educação em saúde voltado à qualidade de vida relacionada à saúde de idosos. Na China, um grupo de pesquisadores (QIAN et al., 2019) avaliaram a eficácia de materiais utilizados para educação em saúde na prevenção de doenças parasitárias, os quais eram, predominantemente, de cunho informativo e de frequência diária, além de tecnologias audiovisuais. Enfatizou-se a importância de adequar os materiais educativos à população-alvo, a partir de suas especificidades e utilizar vários tipos de estratégias, a fim de abarcar um número maior de pessoas.

3. PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

3.1 Delineamento do estudo

Minayo (1994, p.23), por um prisma filosófico, considera a pesquisa como “atividade básica das ciências na sua indagação e descoberta da realidade. É uma atitude e uma prática teórica de constante busca, que define um processo intrinsecamente inacabado e permanente”. Ou seja, a pesquisa aproxima-se sucessivamente da realidade e não se esgota, já que combina teoria e dados.

Demo (1996, p.34), por sua vez, cita a pesquisa como uma atitude, um “questionamento sistemático crítico e criativo, mais a intervenção competente na realidade, ou o diálogo crítico permanente com a realidade em sentido teórico e prático”.

Já para Gil (2008, p.42), a pesquisa tem um caráter pragmático, sendo um “processo formal e sistemático de desenvolvimento do método científico”. Assim, o objetivo fundamental da pesquisa é descobrir respostas para problemas mediante o emprego de procedimentos científicos.

Quanto à natureza da pesquisa, trata-se de uma pesquisa aplicada e objetiva gerar conhecimentos para aplicação prática, dirigidos à solução de problemas específicos, a exemplo deste trabalho, ou seja, avaliar os serviços da APS, com e sem ESF, e obter informações para a melhoria destes serviços.

Em relação à forma de abordagem, trata-se de uma pesquisa qualitativa e descritiva, já que considera-se a existência de uma relação dinâmica entre o mundo real e o(s) sujeito(s), isto é, um vínculo indissociável entre o mundo objetivo e a subjetividade do(s) sujeito(s) que não pode ser traduzido em números. A interpretação dos fenômenos e a atribuição de significados são básicas no processo de pesquisa qualitativa. Também é possível afirmar, ainda de acordo com Gil (2008) que a pesquisa qualitativa não requer o uso de métodos e técnicas estatísticas, entretanto, no presente projeto, serão empregados conceitos de estatística básicos.

Quanto aos objetivos, a pesquisa pode ser classificada como exploratória, pois visa proporcionar maior familiaridade com o tema e problema em questão. Para tanto, envolve levantamento bibliográfico, entrevistas com pessoas que tiveram experiências práticas com os serviços que serão avaliados (GIL, 2008).

Ainda quanto aos objetivos, é possível classificar a presente pesquisa como descritiva, uma vez que objetiva caracterizar certo fenômeno, neste caso, a percepção dos idosos sobre a atenção à saúde desenvolvida em serviços da APS com e sem ESF (GIL, 2008).

No caso de pesquisas qualitativas, os pesquisadores tendem a analisar seus dados indutivamente. O processo e seu significado são os focos principais de abordagem (TRIVIÑOS, 1987).

Em relação aos procedimentos, de acordo com Minayo (1994); Ludke; André (1986), trata-se de uma pesquisa de campo, pois se caracteriza por investigações que, somadas às pesquisas bibliográficas e/ou documentais, se realiza coleta de dados junto às pessoas, ou grupos de pessoas, com o recurso de diferentes tipos de pesquisa, além de ter como finalidade observar fatos e fenômenos da maneira como ocorrem na realidade por meio da coleta de dados.

3.2 Cenário do estudo

Os participantes da pesquisa foram idosos moradores de oito municípios da 5ª Coordenadoria Regional de Saúde (divisão administrativa da Secretaria Estadual da Saúde, formada por 49 municípios da região nordeste gaúcha), que organizam os serviços de Atenção Primária com equipes de ESF (quatro municípios) e equipes de EAP (quatro municípios). A escolha dos municípios ocorreu por conveniência, mediante concordância do gestor de saúde municipal, visto que são quatro os que configuram a Atenção Primária com equipes de EAP, os quais possuem, aproximadamente, 25% de sua população idosa. Os outros quatro apresentam equipes com ESF e registram as proporções de idosos mais elevadas da região (acima de 30%, Rio Grande do Sul, 2020). Todos os municípios participantes se possuem populações entre mil e três mil habitantes, de base econômica fortemente agrícola, localizados próximos a centros maiores, para onde migram vários jovens. Este pode ser um dos motivos da elevada taxa desse grupo etário nessas localidades. Para fins de preservação de tais localidades, serão identificadas pelas siglas AP 1 à AP 4, para as equipes de EAP, e SF 1 à SF 4, para os locais com equipes de ESF.

3.3. Participantes da pesquisa

Os idosos participantes foram escolhidos a partir dos seguintes critérios de inclusão: idade igual ou superior a 60 anos; ambos os sexos; estar cadastrado no serviço da APS municipal; residir no município participante da pesquisa; ter utilizado algum serviço da APS (consulta, procedimento, grupo) ou recebido visita domiciliar da equipe de saúde nos últimos 06 meses.

De acordo com Mattar (1996), a escolha do número de participantes precisa considerar itens como o tipo de pesquisa, a acessibilidade aos participantes (idosos), a disponibilidade dos elementos da população, a representatividade desejada ou necessária, a oportunidade apresentada pela ocorrência de fatos ou eventos, a disponibilidade de tempo, além de recursos financeiros e humanos. Assim sendo, optou-se por adotar uma amostra não-probabilística, intencional e por conveniência, considerando os aspectos descritos: acesso, disponibilidade e representatividade.

Os participantes da pesquisa foram definidos em 10 idosos de cada município (identificados na pesquisa com algarismos romanos de I a X), a fim de obter uma representatividade de informações que subsidiassem os objetivos do estudo. O número total de participantes, portanto, foram 80 idosos, correspondentes a 40 idosos moradores de municípios com serviços de Atenção Primária com equipes de ESF e 40 idosos residentes em locais com serviços da Atenção Primária com equipes de EAP.

A opção pelo número de 40 entrevistados baseou-se em estudos prévios: Silva et al. (2016); Brito et al. (2015); Manzo; Brito; Alves (2013); Serapioni; Silva (2011), que utilizaram amostras com números semelhantes em pesquisas qualitativas, as quais tinham o tamanho da população similar a esta pesquisa.

Tabela 1. Municípios com EAP e municípios com ESF e sua respectiva população idosa (Rio Grande do Sul, RS, 2020).

Municípios com EAP	População idosa	Amostra	Municípios com ESF	População idosa	Amostra
AP 1	903	10	SF 1	520	10
AP 2	661	10	SF 2	909	10
AP 3	507	10	SF 3	621	10
AP 4	772	10	SF 4	563	10
Total	2843	40	Total	2613	40

Fonte: elaborado pelos autores.

O cálculo amostral para este estudo é:

População 2843 (idosos dos municípios com EAP) - Confiabilidade de 90 % - Amostra de 40 pessoas – Margem de erro de 13% (aproximadamente)

População 2613 (idosos dos municípios com ESF) - Confiabilidade de 90 % - Amostra de 40 pessoas – Margem de erro de 13% (aproximadamente)

Observa-se que, para uma confiabilidade de 95% e margem de erro de 3%, as amostras seriam de 751 e 737, respectivamente, números inviáveis devido às características da população e os recursos disponíveis para a pesquisa.

3.4 Instrumento da pesquisa

O instrumento utilizado no estudo foi a escala SERVQUAL, elaborada inicialmente por Parasuraman; Zheitmal; Berry (1988), a qual foi adaptada aos serviços da APS segundo estudos prévios (SOUSA et al., 2017, ANEXO B; ANDRADE et al., 2019, ANEXO C). A adaptação proposta nesta pesquisa manteve as cinco dimensões originais: confiabilidade, segurança, tangibilidade, empatia e capacidade de resposta, além de incluir mais uma dimensão: Educação em Saúde, em consonância a um dos objetivos da pesquisa – verificar a existência e a forma como ocorrem as ações de Educação em Saúde nos serviços da Atenção Primária em ambas as equipes de ESF e EAP. As perguntas adaptadas para cada dimensão foram aplicadas aos participantes através de entrevista semiestruturada (APÊNDICE C)

3.5 Processo de coleta dos dados

As pessoas idosas participantes deste estudo foram escolhidas aleatoriamente pela pesquisadora, através de sorteio, a partir dos registros dos atendimentos realizados pelas equipes de ESF e EAP avaliadas. Devido ao fato de se tratarem de municípios pequenos, a verificação da elegibilidade aos critérios de inclusão dos sorteados foi facilitada, pois os profissionais das equipes conhecem todos residentes do território municipal.

Após o processo de escolha dos participantes, realizou-se o convite para participar da pesquisa, de forma presencial. Nesse momento, explicou-se o motivo da realização do estudo, o tempo médio de duração, bem como outras informações pertinentes. Esclareceu-se, ainda, que as entrevistas seriam filmadas, a fim de produzir o conteúdo fonográfico necessário à análise proposta. Após concordância do participante, foi disponibilizado e assinado o termo de consentimento livre e esclarecido (APÊNDICE B), o qual foi entregue uma cópia ao entrevistado e a cópia assinada permaneceu em posse da pesquisadora.

As entrevistas foram aplicadas pela pesquisadora, entre os meses de novembro e dezembro de 2020, e registradas através de filmagem, mediante anuência prévia supracitada. Os locais de realização das entrevistas variaram entre

as Unidades de Saúde e o domicílio das pessoas idosas, tanto da zona urbana, quanto rural, de forma a obter a perspectiva ampliada dos idosos residentes em cada município.

As entrevistas tiveram duração entre 10 minutos à 01 hora, conforme a disposição dos idosos em emitir comentários superficiais ou mais abrangentes em relação ao serviço de saúde municipal. O fato desta etapa ser filmada pode ter interferido nas respostas, visto que vários participantes demonstraram preocupação com a aparência quando lhes foi solicitada permissão de filmagem, principalmente quando as entrevistas ocorreram no domicílio, ainda que fosse esclarecido o objetivo do material produzido, exclusivamente para a pesquisadora elaborar a análise proposta pelo estudo, bem como se resguardaria o sigilo quanto ao seu conteúdo.

3.6 Análise dos dados coletados

Após a coleta, o material foi transcrito de forma resumida, assinalando os pontos de maior interesse, e analisado através da técnica de Hermenêutica e Dialética, segundo Minayo (2010). Na visão desta autora, a Hermenêutica busca a compreensão dos lugares e contextos, enquanto a dialética relaciona-se ao diálogo e às perguntas, através de uma atitude crítica. Enquanto a primeira se preocupa com as bases dos consensos e da compreensão através da tradição e da linguagem, a segunda se insere na realidade mediante o conflito e a transformação como algo permanente.

Ao se voltar para a visão da hermenêutica, Collet (1996) cita que Gadamer foi o principal expoente dessa corrente filosófica, a qual coloca na comunicação entre os homens o seu foco principal, traduzida pela linguagem, elemento único que permite ao sujeito fazer-se compreender, ou seja, interagir com os demais indivíduos.

Stein (1987), também traz a ideia da hermenêutica de Gadamer, que considera a comunicação como uma compreensão e torna-se possível através da linguagem. Essa visão de universalidade da linguagem indica a percepção de finitude do homem, pois, aquilo que transcende a possibilidade de comunicação é indizível. A compreensão envolve, portanto, a capacidade de comunicação dos

sujeitos e através do ato de comunicar-se é possível ampliar os horizontes da compreensão.

Ainda segundo o autor (Stein, 1987), Habermas, outro filósofo contemporâneo de Gadamer, se contrapõe à hermenêutica, principalmente na concepção da universalidade, mas defende a posição crítica hermenêutica e aponta alguns pontos positivos, como: a autossuficiência objetivística das ciências do espírito; considera as ciências sociais com objetivo estruturado pela tradição e têm seu lugar histórico definido; revela os limites de autossuficiência das ciências naturais, embora não questione o método utilizado.

Apesar desse reconhecimento, Habermas mantém a crítica à hermenêutica e aponta algumas falhas dessa linha de pensamento. Entre as quais, cita a incapacidade de compreensão em campos que ultrapassam os limites da linguagem tradicional, para uma linguagem aplicada ao mundo da vida, além de mostrar-se insuficiente nos casos onde a linguagem está perturbada, acarretando erros na análise do discurso (STEIN, 1987).

Em relação à dialética, esta surgiu na Grécia Antiga, com Sócrates e Platão. Minayo (2010), cita que a dialética dividida em duas fases: a fase antiga, dos filósofos gregos até Hegel, e a dialética moderna, de Hegel até os dias atuais. Alguns princípios são considerados a base do pensamento dialético, os quais seguem descritos:

- cada coisa é um processo em formação, ou seja, um tornar-se que envolve seu próprio autodinamismo, seja nos objetos, nas pessoas ou nas ideias;
- os processos são encadeados, estabelecem uma relação entre si e se comportam como um espiral. Exemplo disso são as fases do ciclo da vida: uma depende da outra, mas não se pode retornar ao estágio anterior;
- cada coisa traz consigo uma contradição, que a conduz para a situação oposta: vida/morte, felicidade/dor, o que caracteriza o momento como fugaz.

A dialética trouxe essa ideia de oposição fortemente estabelecida e, ainda de acordo com a autora, permitiu superar a hegemonia quantitativa das pesquisas no universo do mundo científico, ao considerar que a realidade não se esgota em dados estatísticos e, ao mesmo tempo, busca a transposição da compreensão da realidade a partir de uma ótica puramente qualitativa.

Dialética e hermenêutica, segundo Stein (1987), são a afirmação fortemente estabelecida da razão humana. Ambos os métodos têm a práxis como objeto, e a

verdadeira práxis não existe sem o pensamento dialético e hermenêutico. Os dois pensamentos trazem a controvérsia e a pretensão da universalidade e se estabelecem cientificamente para proteger as ciências humanas.

Já na visão de Minayo (2010), ambas abordagens se completam, na medida em que convergem para algumas ideias semelhantes: compreensão da consciência e das atitudes dos indivíduos em análise; compreensão das vivências do sujeito ao longo de sua história; compreensão dos comportamentos humanos nos diferentes lugares e suas intenções e significados; compreensão de que as atitudes dos seres humanos são objetivadas e, por fim, compreensão de que a necessidade e liberdade estão interligadas no contexto do sujeito.

A opção por essa técnica de análise fundamentou-se no tema e na população da pesquisa, ao considerar que a avaliação do serviço de saúde, segundo a ótica do idoso, vai além da análise e compreensão da linguagem preconizada na hermenêutica, visto que envolve todo o contexto ao qual está inserido (ambiente, história e apoio social e familiar) possível pela visão dialética. Após a realização das entrevistas os dados foram analisados, de acordo com a perspectiva metodológica descrita (hermenêutica-dialética), e categorizados segundo as dimensões propostas na Escala SERVQUAL adaptada. Nesta pesquisa, optou-se por não utilizar respostas como escala Likert ou outra forma de graduação de intensidade, por se tratarem de perguntas abertas e de abordagem qualitativa.

3.7 Aspectos éticos

O estudo foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da UFCSPA e realizado após sua aprovação, através do CAAE nº 29463220.8.0000.5345 e Parecer nº 3.980.972 (ANEXO A).

4. APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

4.1 Caracterização dos participantes

As pessoas idosas participantes do presente estudo tinham idades entre 61 e 87 anos. Observou-se predominância do sexo feminino: 55 (68,75%) mulheres e 25 (31,25%) homens. Em relação ao estado civil, notou-se superioridade dos idosos casados, 45 (56,25%); os demais estavam viúvos, 25 (31,25%); e solteiros ou separados, 10 (12,5%). Além disso, buscou-se atingir tanto os moradores de zona urbana, quanto rural, de modo que se entrevistaram 40 residentes de zona urbana (50%) e 40 da zona rural (50%).

4.2 Dimensões da Escala SERVQUAL Adaptada

O questionário utilizado no estudo foi a Escala SERVQUAL adaptada, conforme supramencionado. A escala é composta por cinco dimensões: capacidade de resposta, confiabilidade, empatia, segurança e tangibilidade. Além destas, incluiu-se uma sexta dimensão: educação em saúde, a fim de identificar as ações educativas realizadas pelas equipes de ESF e EAP, de modo a otimizar a atenção à saúde ofertada aos idosos, responsabilizando-os por suas condições de saúde e estimulando o autocuidado. A seguir, apresentam-se as questões que compuseram as entrevistas:

Capacidade de resposta: *O que o Sr.(a) espera quando procura o serviço (resposta às demandas)? e O que o Sr.(a) pensa em relação aos serviços que a equipe realiza (oferta de consultas/exames/grupos)? Como o Sr.(a) fica sabendo deles?*

Essa dimensão buscava entender os anseios dos participantes quando buscavam o serviço de saúde, considerando que sempre o faziam por alguma necessidade, além de identificar se a oferta de serviços era suficiente para atender a essas necessidades. Objetivou-se, ainda, perceber se a presença do Agente Comunitário de Saúde nos municípios com equipes de ESF trazia algum benefício quanto ao conhecimento e comunicação da oferta de ações realizadas pelas equipes de saúde.

Confiabilidade: O que o Sr.(a) entende por capacidade técnica dos profissionais de saúde e o que pensa deles? O que o Sr.(a) espera quando procura a UBS para uma consulta/ exame/procedimento (como é e como gostaria)? O que o Sr.(a) pensa quando é encaminhado para outros especialistas/exames?

Essa dimensão objetivava identificar a confiança dos participantes nos profissionais de saúde integrantes das equipes, bem como o atendimento satisfatório a suas demandas. Além disso, buscou-se entender as percepções dos idosos nas situações de encaminhamentos para outros municípios, a fim de obter atendimentos com especialistas ou exames inexistentes nos locais onde residiam.

Empatia: O que o Sr.(a) pensa do tratamento (acolhimento) do serviço de saúde? Como deveria ser? e O que o Sr.(a) pensa sobre o interesse da equipe sobre sua saúde/problema? Como gostaria que fosse?

As questões elencadas na dimensão empatia buscavam entender as opiniões dos participantes quanto ao acolhimento recebido no momento da busca pelo serviço de saúde, bem como identificar a satisfação dos idosos acerca do interesse demonstrado pelos profissionais, ou seja, a percepção da importância dada às demandas dos participantes.

Segurança: O que o Sr.(a) espera receber quanto a orientações da equipe e o que pensa em relação a isso (clareza/compreensão)? e O que o Sr.(a) pensa sobre a confiança/segurança da equipe? Como deveria ser?

Essa dimensão visava a identificar a compreensão dos idosos sobre as orientações recebidas no momento da procura do serviço de saúde, assim como perceber a confiança/vínculo que os participantes tinham com os profissionais das equipes avaliadas.

Tangibilidade: Em relação ao ambiente e equipamentos, o que o Sr.(a) espera do serviço de saúde? Como é? e Em relação aos profissionais, o que o Sr.(a) espera da aparência dos profissionais de saúde? Como é?

A dimensão tangibilidade objetivava identificar a percepção dos entrevistados acerca dos aspectos tangíveis do serviço de saúde: estrutura física, ambiência, limpeza, organização, disponibilidade de equipamentos e materiais, aparência dos profissionais.

Educação em Saúde: Sobre as orientações de saúde/ educação em saúde, o que Sr.(a) acha dos assuntos abordados (pertinência/ utilidade)? O que o Sr.(a) achou do profissional que conduziu a ação (conhecimento/segurança/ organização)? Como foi/foram realizada(s)? (espaço físico, materiais utilizados, adequação do tempo); Como o Sr.(a) se sente em caso de dúvidas sobre o assunto ou tratamento (liberdade para questionamentos)? e A Educação em Saúde/orientações recebidas foram importantes para o Sr.(a)?

A dimensão Educação em Saúde buscava compreender as percepções dos idosos em relação a atividades coletivas e outras ações de Educação em Saúde realizadas pelas equipes avaliadas. As questões abordadas se referiam à participação dos idosos, existência de ações educativas, metodologia das ações e a importância dessas para os idosos.

Na sequência, será apresentada a análise das entrevistas a partir das respostas às dimensões da Escala SERVQUAL adaptada, observando a distinção proposta entre os serviços: SF1 a SF4, para as ESF, e AP1 a AP4, para as EAP.

4.3 Capacidade de Resposta

A dimensão capacidade de resposta, inicialmente, apresentou avaliação positiva pelos idosos, tanto nas equipes de ESF, como EAP. Entretanto, durante as respostas, os participantes expunham situações em que o serviço não atendia suas necessidades (expectativas não eram atendidas), como na falta do médico de maior vínculo ou na ausência desse profissional em caso de necessidade de consulta, falta de remédios na farmácia básica do município (situação relativamente comum devido a atrasos de licitação).

As queixas relacionadas à falta de remédios foram relatadas por alguns idosos de quase todos serviços participantes, fato que possibilita concluir não haver diferenças entre equipes de ESF e EAP neste quesito. Observa-se, portanto, que independentemente da organização da equipe, os idosos priorizam a medicalização como forma de cuidado e mantém a cultura de assistência centrada na figura médica e o remédio como “solução” de seus problemas de saúde. Logo, estas podem ser consideradas as expectativas predominantes dos idosos ao buscarem o serviço de saúde.

Em relação à busca por consulta, no entanto, as equipes de ESF mostraram tendência de avaliação positiva, quando comparadas às equipes de EAP. Um dos motivos que pode explicar essa diferença é a carga horária do profissional médico da equipe de ESF, que deve cumprir 40 horas semanais, conforme a Política Nacional de Atenção Básica, Portaria nº 2.436, de 2017. Apenas um município com equipe de ESF foi avaliado negativamente por alguns idosos nessa dimensão, em virtude das rotinas do profissional médico. Denota-se, nesse caso, que a gestão da saúde municipal desempenha papel importante na garantia de assistência com capacidade de resposta adequada aos idosos. Seguem alguns relatos:

SF1(I): “Tu vai consultar, não precisa ficar muito tempo esperando, sempre tem ficha”.

SF4(I): “Para mim está bom, mas tem gente se queixando do médico. Ele teria que atender até no meio-dia, mas se chegar lá às 11:30 ele não vai atender. Até as 13 horas ele não atende e ele seria direto. De manhã, o horário dele é às 08, mas ele chega às 09 horas”.

AP2(III): “Eu estava sem receita e a moça da portaria me disse para consultar com o outro. Eu estava me tratando com [...]. Ele me disse que não fazia receita de outros médicos, bem grosso. Não quis mais saber dele. Sempre procuro ir quando tem o meu médico. Agendo nos dias em que ele está. Se mesmo eu precisar de urgência, vou no plantão em [cita o hospital de município vizinho]”.

AP3(I): “Tem coisas que demoram, que poderiam ser melhor. Demora muito para conseguir a fisioterapia, deveria ter mais. Às vezes falta remédio. Às vezes tu chega lá e não tem mais médico, eles já foram embora, deveria estar aberto ao meio-dia”

Apesar da exposição dos problemas relacionados ao processo de trabalho e outras frustrações observadas nas entrevistas, a avaliação geral dos serviços de saúde indicou satisfação dos participantes em ambas as equipes ESF e EAP, visto que se apresentaram pontos positivos e negativos nos dois tipos de equipes. Outras pesquisas também encontraram avaliações gerais positivas para os serviços da APS, ainda que alguma ressalva seja apontada (BORBA et al., 2018; FURLANETTO et al., 2020; GARCIA et al., 2020; PERILLO et al., 2021)

Em relação ao envelhecimento, devido às condições crônicas presentes com maior frequência em idosos, espera-se que este grupo faça maior uso dos serviços de saúde, especialmente as consultas. Meier et al. (2020) afirmam que o aumento da população idosa eleva a demanda sobre os serviços de saúde, principalmente consultas médicas, e a autopercepção negativa do estado geral de saúde é um fator que influencia nessa busca. Oliveira et al. (2021); Perillo et al. (2021) também apontam para uma maior utilização dos serviços de saúde, motivada pelas múltiplas morbidades e o consumo de vários medicamentos (polifarmácia), característica relativamente comum nessa população. Estes últimos autores referem, ainda, proporção maior de procura do serviço da APS para atendimentos individuais, coletivos e acesso à medicação.

Sobre valorização da assistência farmacêutica, Ceccon et al. (2021), em pesquisa com idosos dependentes e seus cuidadores sobre as percepções da APS, apontaram que é a prática mais frequente no cuidado em saúde da APS e essa cultura da prescrição centralizada no profissional médico fortalece a biomedicalização e a lógica curativa do processo de trabalho. Assim como os pesquisadores citados, Furlanetto et al. (2020) demonstraram que o principal motivo da busca pelo serviço de saúde pelas pessoas idosas consistiu na retirada de medicação, seguida pela imunização, os quais seriam pontos prioritários para a satisfação com o serviço. As ações de imunização não emergiram no presente estudo, o que poderia ser explicado pelo fato de serem pontuais, geralmente nas campanhas de vacinação, enquanto que a retirada de medicação ocorre mensalmente.

Em relação à presença do Agente Comunitário de Saúde (ACS), integrante da equipe de ESF, esse profissional obteve reconhecimento apenas por alguns idosos, normalmente os residentes em zonas rurais ou aqueles que moravam sozinhos. Esses resultados sinalizam que a importância do ACS para a população varia de acordo com a capacidade de vínculo e o perfil/envolvimento deste profissional com os residentes de sua área de atuação, posto que desempenha um papel secundário em relação aos outros profissionais da ESF. Além disso, não se faz necessária uma formação específica para o cargo, fator que pode comprometer sua credibilidade para os indivíduos do território. Após o ingresso do ACS na equipe, este realiza um curso preparatório com 40 horas (obrigatório, geralmente organizado pelo município), e fica, posteriormente, sob supervisão do enfermeiro (Portaria nº 2.436,

2017), recebendo as orientações necessárias ao trabalho nos momentos de Educação Permanente. Na sequência, são mostrados alguns relatos:

SF1(IX): “A agente é legal, passa aqui todo mês. Faz tudo que é pergunta, dos remédios”.

SF4(VIII): “A moça passa aqui todo mês. Ela avisa quando tem algum recado”.

A relevância secundária do ACS, observada nesta pesquisa, difere dos achados do estudo de Amorim; Teixeira; Ferla (2020), visto que estes se referiram à visita domiciliar, realizada pelo ACS, como um fator influenciador da satisfação com o serviço. Complementando os autores citados, Garcia et al. (2020) abordam que a maior satisfação dos idosos com a equipe está associada ao trabalho da enfermagem e do ACS, possivelmente, devido à atenção dispensada às pessoas idosas. As especificidades das equipes de ESF (composição com o ACS) colocam os profissionais citados (enfermagem e ACS, os melhores avaliados) próximos aos usuários e à frente na condução das ações de acolhimento e estabelecimento de vínculos. Já Brasil et al., (2021) comentam que o ACS, por residir e ser próximo da comunidade em que atua, conhece, de forma facilitada, os problemas de saúde presentes no território, fator que potencializa as ações da equipe no cuidado ao idoso.

Os resultados supramencionados, contudo, divergem da presente pesquisa, já que não emergiu o mesmo destaque para o ACS nas entrevistas com os participantes. Pela peculiaridade de serem municípios pequenos, as equipes de APS conseguem identificar os problemas mais comuns do território, além de ofertar acesso ao serviço de forma facilitada. Em um destes locais, com equipes de EAP, veio à tona, durante a entrevista, uma idosa que recentemente havia cometido lesão autoprovocada (tentativa de suicídio), fato que foi comunicado posteriormente à equipe de saúde, a fim de dar os encaminhamentos possíveis. Essa situação não era de conhecimento do serviço de saúde, em razão da família optar por fazer acompanhamento com psiquiatra de forma particular em outro município e, portanto, mesmo em locais com a presença do ACS a garantia de identificação desses casos seria incerta, posto que questões referentes à saúde mental podem permanecer veladas em algumas famílias, especialmente nos municípios menores, onde os

moradores tendem a um maior convívio social e, por consequência, ocultam detalhes da vida privada familiar.

Ademais, uma possível explicação para a menor relevância do ACS é a necessidade do planejamento da visita, para que esta ação seja resolutive, e não apenas uma atribuição desempenhada mecanicamente ou em cumprimento a regras e determinações burocráticas. Complementar à reflexão exposta, Nunes et al.(2018b) comentam que a assistência à saúde com o foco na doença, predominante nas equipes avaliadas, conduz as práticas da APS à demanda espontânea e diminui a possibilidade do ACS atuar na identificação e encaminhamento precoce dos agravos de doenças.

Além disso, os pesquisadores trazem a importância do planejamento das visitas domiciliares, em conjunto aos demais integrantes da equipe, com o intuito de aperfeiçoar as ações desempenhadas pelo agente comunitário na abordagem das famílias. Conduziu-se estudo que buscou informações sobre o planejamento das visitas e como este processo ocorre nas diferentes regiões brasileiras. Em algumas localidades, como a região sul do país, se evidenciou proporção baixa de equipes que realizam a programação conjunta das visitas domiciliares, contexto que denota a fragmentação no processo de trabalho das equipes da APS.

Outro fator limitante evidenciado na capacidade de resposta da APS é a espera por exames, consultas especializadas e procedimentos cirúrgicos nos serviços de referência em outros municípios, embora este aspecto não tenha interferido diretamente na avaliação das equipes de ESF e EAP.

SF2(IX): “Às vezes é complicado, quando tem que ir para fora, fazer consulta ou exame. Daí é bem demorado. A ressonância [participante fez ressonância nos joelhos por osteoartrose] demorou uns seis meses.”

AP3(VI): “Meu marido tinha prótese que estragou no joelho dele e inflamou tudo, não liberava vaga, até que veio a furo [infecção exposta], ele foi para a UTI, quase morreu. Ele sofreu uns cinco ou seis meses com a perna, o [cita o nome do profissional da equipe da APS] dava remédio para dor, mas era lá em [cita o município com serviço de referência] que não liberava. Quando veio a furo tiveram que cortar um pedaço onde tinha infecção, vai ficar com a perna mais curta. O médico de lá disse que mais duas semanas ele tinha ido”.

A espera pela assistência especializada, decorrente da oferta insuficiente destes serviços, também foi apontada no estudo de Schenker; Costa (2019), o qual identificou a fragilidade da atenção integral aos idosos quando estes precisavam aguardar longos períodos por cuidados especializados. Ademais, a espera por atendimentos especializados gera quadros de angústia e insatisfação que prejudicam a atenção à saúde dessa população.

Sacco et al. (2020) complementam que os diferentes pontos de atenção trabalham de forma desintegrada, o que repercute na oferta de cuidado em saúde fragmentado e, em diversas situações, itinerários de cuidados prolongados e dispendiosos, que podem impactar no agravamento das condições crônicas existentes. Em pesquisa que entrevistou idosos acerca das trajetórias assistenciais percorridas pelos participantes, os estudiosos mostraram que o acompanhamento longitudinal realizado pela equipe da APS amplia a satisfação com o serviço.

Ainda em relação aos encaminhamentos, os idosos parecem compreender a limitação de atendimento dos municípios menores e a necessidade de deslocamento a cidades maiores. Ademais, tais localidades oferecem o transporte sanitário para o deslocamento, condição avaliada positivamente, ainda que nem todos utilizem, pois alguns idosos que dispõem de meios próprios preferem se deslocar de forma independente para a assistência em outros municípios. Em situações em que o idoso vive na zona rural e não tem meios de se deslocar até a sede, tanto nas equipes de ESF, quanto EAP, o motorista do município vai buscá-lo na residência.

SF2(III): "Às vezes eles me oferecem o transporte, mas prefiro ir com meu carro."

AP1(I): "Sempre me levaram, daí comecei a fazer crochê, tinha que ficar esperando [fez tratamento para câncer no útero no serviço de referência da oncologia]."

AP2:" O (VI)meu cunhado tem 83 anos, todas consultas, todos exames eles vêm pegar ele aqui em casa [residentes da zona rural]. Ele vai na fonoaudióloga e na fisioterapeuta".

AP2(II): "Eu nem pretendo isso [que venham buscar em casa], a gente já ganha tudo [faz acompanhamento com psiquiatra em outro município]. Daí meu filho me leva até

o centro [moram no interior], onde sai o transporte [...]. Não precisa que venham me pegar na porta de casa, a gente tem carro, a gente vai até o centro, não precisa ficar sempre em cima da saúde.”

Possivelmente, essa compreensão demonstrada nas entrevistas pode ser explicada pelo fato de a emancipação política dessas localidades ser relativamente recente, com a permanência dos vínculos às cidades vizinhas, especialmente no tocante aos serviços de saúde. Além disso, a maioria dos participantes demonstra a compreensão de que os municípios são pequenos e teriam pouca demanda para a implantação de serviços especializados, com custo elevado.

SF3(X): “O espaço é suficiente, o lugar é pequeno, por que querer mais? Está bom assim”.

Ainda em relação à capacidade de resposta, mesmo que os atendimentos domiciliares (visitas dos profissionais de nível superior) sejam realizados rotineiramente pelas equipes de ESF, houve relatos dessa prática nos dois tipos de equipes, ESF e EAP, planejadas mediante a necessidade. Dessa forma, não é possível evidenciar diferenças consideráveis, exceto a frequência, entre os tipos de equipes nesse item. Cabe destacar, ademais, que as ações realizadas em domicílio variam de acordo com o processo de trabalho e a disposição dos profissionais em realizá-las. Portanto, independentemente do tipo de equipe da APS (ESF e EAP), o rol de ações ofertadas, especificamente os atendimentos domiciliares, podem ser realizados em todos os arranjos possíveis de equipes de APS.

SF1(VI): “Se a gente quer que eles vão em casa, é só avisar o [cita o nome de profissional da enfermagem]. Ele(a) foi umas vezes porque eu estava com uns problemas, ele(a) e o (a) doutor(a)”.

SF1(I): “Eu já tive problema de depressão, mas o tratamento não estava me fazendo bem, não estava conseguindo dormir, daí liguei lá [cita o nome do(a) recepcionista] para ver o que tinha de fazer. De repente apareceram aqui em casa, o(a) médico(a) e o(a) enfermeiro(a), ficaram preocupados. Eles viram a pressão e me marcaram no outro dia, até para a psicóloga..., me fez muito bem”.

SF3(III): “Eles vêm até em casa, para ver a diabetes, para ver a pressão, conversar..., são muito legais”.

SF3(VI): “Eles vêm aqui em casa fazer fisioterapia [idoso com doença neurológica crônica]”.

AP3(VI): “Eles vêm fazer os curativos para o meu marido todos os dias [idoso acamado com lesão em joelho, estava com fixador externo]. Eu, eles vêm me buscar, porque não tenho com quem ir, todo mundo trabalha [idosa com lesão varicosa]”.

Segundo os achados na literatura, o atendimento domiciliar é visto de forma satisfatória pelos idosos (Schenker; Costa, 2018; Sacco et al. 2020), o que vai ao encontro desta pesquisa, na qual os participantes reconhecem a importância do atendimento domiciliar e avaliam positivamente a realização desta prática pela equipe de saúde. Amorim; Teixeira; Ferla (2020) acrescentam que o atendimento domiciliar capilariza a oferta de serviços de saúde pelas equipes, além de ampliar o vínculo e possibilitar acesso aos indivíduos com restrições de mobilidade e/ou dificuldades de deslocamento.

4.4 Confiabilidade

Nesta dimensão, boa parte dos idosos referiu confiar no serviço de saúde, tanto as equipes de ESF, quanto as equipes de EAP. Entretanto, denota-se que as experiências anteriores interferem consideravelmente na percepção do serviço. Decepções relacionadas ao atendimento e à resolutividade em uma situação prévia impactam sobremaneira na utilização do serviço, de forma que os idosos evitem buscar atendimento nos casos mais complexos após experimentaram vivências negativas e, por consequência, tendem a procurar outros meios na garantia do cuidado em saúde “confiável”, particularmente, aqueles com recursos financeiros. Nota-se, portanto, que alguns idosos não obtiveram suas expectativas resolvidas, restando falhas no processo de cuidado recebido. Seguem alguns relatos:

SF2(VII): “Para mim, quando precisei deles, eu não posso me queixar, sempre me ajudaram. Mas meu marido teve um problema sério e aqui faziam um monte de

exames, nunca aparecia nada. Ele estava com câncer de estômago e passou o tempo, piorou. Fomos para outra cidade [município de referência], de forma particular, e daí descobriram, mas já era tarde”.

AP1(II): “Eu não vou mais com [nome do profissional]. Duas vezes me fez chorar. Fui pegar a receita para o meu marido. Eu ia com as caixinhas, porque tu não sabe explicar, então o(a) [faz referência ao profissional] botou as caixinhas embaixo do meu nariz. Com ele(a) não vou mais. Os outros não posso dizer nada.”

Essa dimensão esteve bastante relacionada ao vínculo das pessoas idosas com o profissional, especificamente o médico. A vinculação dos profissionais com as pessoas do território contribui para o cuidado longitudinal, preconizado na APS. Exceto no município SF1, em que não emergiram citações específicas a um determinado profissional, nos demais locais os participantes mencionavam o profissional com quem tinham confiança/vínculo, indicando a preferência por atendimento previamente direcionado. Provavelmente, este fato ocorra por experiências positivas anteriores, que demonstram a longitudinalidade, um dos princípios da APS, e o modo como a confiabilidade influencia fortemente nas relações entre profissionais da saúde e idosos.

Dessa forma, o vínculo entre profissionais da saúde e pacientes parece contribuir na confiabilidade do serviço de saúde e não foram percebidas diferenças significativas entre as ESF e EAP na maioria dos relatos desta dimensão, já que os profissionais trabalhavam nesses locais há algum tempo, alguns, inclusive, com vínculo estável. Tal aspecto, no entanto, foi avaliado de forma negativa por alguns idosos de município com equipe de EAP onde ocorria rotatividade frequente de médicos.

AP4(III): “As enfermeiras sempre foram boas. Os médicos, às vezes, acertam, às vezes, tu pede uma coisa e dão outra. Eu pedi um exame para fazer em dezembro, que eu tenho que levar para minha médica [cita a cidade onde faz acompanhamento com especialista]. Ele me deu para ir logo, no mês de setembro. Tive que fazer outro, pedir para ele para dezembro. Esse(a) doutor(a) aqui eu fazia exame da tireóide e dava alterado e ele(a) foi diminuindo meu remédio, eu sempre pior, ele(a)

estava me matando, daí me mandou para especialista. Foi o(a) [cita o nome do(a) secretário(a) de saúde] que disse para me encaminhar lá”.

AP4(I): “Dos(as) médicos(as) que tem ali, eu só conheço um(a), eu acho um(a) médico(a) bom(a)”.

O vínculo emergiu como fator importante na relação de confiança entre serviço de saúde e idoso, resultado ratificado por outros estudos. Queiroz et al. (2019) afirmam que o acolhimento (escuta qualificada e resolução da demanda), a vinculação e responsabilização da equipe são aspectos relevantes para o reconhecimento da APS como principal ponto de acesso à rede de atenção. Em relação ao vínculo, os pesquisadores apontam que a rotatividade de profissionais, especialmente o médico, induz à quebra da relação de confiança dos usuários com o serviço de saúde, impactando a continuidade do plano terapêutico instituído.

Além disso, estudos (Sacco et al., 2019; Almeida et al., 2021) complementam que a não responsabilização da equipe pela assistência induz à fragmentação do cuidado, visto que a APS não assume o papel de coordenadora da rede de atenção, necessitando agregar profissionais especialistas para a resolutividade da assistência. Ademais, dificulta-se a formação do vínculo, já que este é influenciado, também, pela qualidade das relações estabelecidas nos encontros, que perpassam por subjetividades e compartilhamentos entre profissionais e população (ALMEIDA et al., 2021).

Segundo Lima et al. (2021) a longitudinalidade e o vínculo da população com o serviço da APS ocorre, mais comumente, nas equipes em que os profissionais são estáveis ou atuam há mais de três anos, posto que o tempo necessário para desenvolvimento das relações interpessoais contribui favoravelmente nesse processo, considerado um dos atributos da APS e, por conseguinte, deveria estar presente em todos pontos do nível primário de atenção.

O vínculo inadequado pode ser um dos motivos para baixa resolutividade dos serviços, avaliação apontada em alguns relatos citados nesta pesquisa. Nesse sentido, Meier et al. (2020) indicam que a procura mais frequente por consultas demonstram o cuidado em saúde com baixa resolutividade, causando repercussões, até mesmo, econômicas para o município e prejudicando a integralidade do cuidado

dos outros usuários do território, visto que a disponibilidade de consultas e demais serviços são direcionados a um número limitado de pessoas.

O encaminhamento a outros níveis de atenção: secundário e terciário, não pareceu interferir na confiabilidade dos serviços, demonstrando que as expectativas dos idosos acerca da resolutividade dos problemas de saúde nos serviços locais são limitadas. Observou-se que, por serem municípios de menor porte, eles não esperam obter toda assistência, em sua integralidade, na APS local. Além disso, a demora no encaminhamento para profissionais especialistas, na visão de alguns idosos, foi apontada negativamente, ao reconhecerem as limitações na assistência.

SF1(I): “Sempre me atenderam bem... Se eles não conseguem [resolver a demanda] mandam para frente”.

SF4(V): “As enfermeiras tudo bem. Só o(a) doutor(a) [cita o nome do(a) profissional] é muito demorado(a) para mandar fazer exame. Às vezes tem casos que tem que fazer exame, mandar para fora...e esperar 08, 10 dias, agrava né?! Muito demorado(a)”.

AP2(III): “Eles atendem bem. Se não dá certo, te mandam em outro médico”.

A despeito de literaturas (Starfield, 2002; Trevisol, 2020); as quais citam a resolutividade da APS capaz de atender até 85% dos problemas de saúde, a rotina dos serviços avaliados parece estar aquém dessa estimativa, e a rotatividade, anteriormente mencionada, emerge como um dos fatores que contribui negativamente na resolutividade do serviço.

Trevisol et al. (2020), no entanto, demonstraram resolutividade da APS acima de 85% em uma unidade da APS do sul do país. Os pesquisadores realizaram estudo com dados secundários de registros dos encaminhamentos efetuados pelo serviço e concluíram que 14,29% dos pacientes atendidos durante o período avaliado foram referenciados à atenção especializada, índice que se manteve dentro da expectativa de resolutividade da APS. Esses resultados indicariam, além do vínculo robusto das pessoas ao serviço, uma boa capacidade da equipe em filtrar as demandas e ofertar o cuidado necessário aos usuários. Em acréscimo a tais dados, observaram que, em média, 22% dos pacientes atendidos representaram 38% dos

encaminhamentos realizados, os quais poderiam ser aqueles acometidos por condições crônicas. Esta relação, contudo, não foi investigada pelos autores

Cabe contrapor que, na presente pesquisa, a população estudada é, justamente, a que proporcionalmente apresenta mais condições crônicas, e por conseguinte, demanda mais atenção e faz mais uso dos serviços de saúde, como já apontado na literatura (MEIER et al., 2020; SACCO et al., 2020; PERILLO et al. 2021).

Os resultados do estudo anterior podem, todavia, mascarar a realidade das equipes da APS, visto que os médicos participantes já eram especialistas ou estavam inseridos em Programas de Residência de Medicina de Família e Comunidade, além de usufruírem da possibilidade de realizar interconsultas com pediatras, internistas e psiquiatras. Entretanto, nas realidades das equipes do presente trabalho, nenhuma delas dispunha de profissional com especialização em Medicina de Família e Comunidade. Outrossim, em consulta rápida no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), estão cadastrados apenas 253 Médicos de Família e Comunidade nas equipes de APS do Rio Grande do Sul, para um universo de mais de 2.300 equipes de ESF e 350 equipes de EAP homologadas pelo Ministério da Saúde até o final do mês 06/2021. Embora estes dados possam ter o viés da informação incorreta no sistema, ainda assim, indicam a escassez de médicos especialistas em Medicina de Família e Comunidade atuantes nas equipes de APS.

Tesser; Barra; Vidal (2018) apontam a falta de médicos especialistas em Medicina de Família e Comunidade que, além de existirem em número reduzido, se concentram em cidades maiores, dos quais poucos possuem vínculo efetivo, o que pode acarretar rotatividade desses profissionais. Ratificando o pequeno número de Médicos de Família e Comunidade diante das milhares de equipes da APS, Augusto et al. (2018) realizaram um levantamento através dos títulos de especialistas na Comissão de Residência Médica e encontraram que os médicos especialistas em Medicina de Família e Comunidade representam menos de 2% do total de médicos em atuação, índice quase insignificante para uma real qualificação dos serviços da APS.

Lima et al. (2021) afirmam que uma APS resolutiva proporciona ações pautadas na promoção da saúde e prevenção de agravos, além de reduzir o referenciamento a níveis especializados de atenção. Segundo os autores, a

remuneração atrai os profissionais, mas não os fixa no SUS, que favorece à rotatividade observada em alguns locais. Acrescentam, ainda, que uma das estratégias para fixação dos profissionais parece ser a criação de carreiras de estado atrativas, que garantam a permanência dos trabalhadores através de retorno financeiro e possibilidade de ascensão profissional.

Ainda em relação a essa dimensão, cabe refletir sobre a importância do profissional médico para o idoso e a persistência da visão biomédica nessa população. O conteúdo dos relatos permitiu identificar que o idoso preocupa-se com a consulta médica e o remédio, ou seja, a abordagem curativa. A existência de outros profissionais na equipe, além do enfermeiro e técnico, qualifica as possibilidades de atendimento, ainda que sejam vistos como coadjuvantes no processo de trabalho. Além dos farmacêuticos, importantes devido à dispensação da medicação, outros profissionais como fisioterapeutas, fonoaudiólogos, nutricionistas e psicólogos parecem ter relevância de acordo com a necessidade, ou seja, não assumem o destaque dado aos prescritores.

A persistência do modelo biomédico é corroborada na literatura científica por outros autores. Schenker; Costa (2019), em pesquisa que entrevistou idosos acerca de suas percepções sobre a atenção à saúde na APS, relatam que a reforma sanitária brasileira buscou a superação do modelo hegemônico centrado na doença, para um modelo de atenção integral à saúde, de abrangência biopsicossocial. Entretanto, a transformação dos antigos paradigmas no processo de cuidado requer mudanças culturais em profissionais e pacientes, situação que representa um desafio para a qualificação do cuidado na APS. Argumentam, também, que as características histórico-culturais da saúde pública, os antigos centros de saúde, eram locais para o controle de doenças, com atendimentos pontuais e esse fator contribui para explicar, ao menos em parte, a manutenção da concepção curativa entre os idosos.

Ceccon et al (2021) confirmam a perspectiva supracitada, ao afirmar que ainda se mantém a abordagem especializada e com enfoque na doença. Os autores referiram que os usuários não reconhecem a APS como local de cuidado ampliado de saúde, atendo-se à prática curativa e o profissional médico assumindo o papel de protagonista, responsável por diagnosticar e tratar doenças. A enfermagem, por sua vez, fica com enfoque executor de procedimentos: curativos, sondagem, imunização e exames. Essas diferenças na percepção de relevância de prescritores e

executores de procedimentos potencializa a hegemonia do profissional médico em detrimento aos demais profissionais atuantes na APS.

Outro ponto observado nas entrevistas foi a procura dos serviços da APS pelos idosos com planos de saúde suplementar, de forma concomitante aos profissionais do sistema privado. Apesar de alguns deles sinalizarem a preferência pelos profissionais particulares com os quais já realizam acompanhamento, ainda mantêm o acesso à APS através da assistência farmacêutica, imunizações, transporte sanitário e atendimentos pontuais.

SF2(II): “Eu pouco preciso, mas acho que são ótimos [profissionais]. Fui bater um RX do joelho em [cita o município de referência], fui com o transporte, tudo pelo posto. Não dá pra se queixar, eles vêm me pegar até em casa” [idosa com osteoartrose de joelho, tem plano de saúde suplementar e utiliza o serviço da APS].

AP2(VII): “Se precisar de uma consulta rápida, tipo uma gripe, a gente vai aqui [busca pelo serviço local da APS]. Senão, o *check up* anual a gente faz pelo plano [casal de idosos com plano de saúde suplementar]. Só que nós usamos o transporte da prefeitura, eles levam nós. Se tem remédio ali [na farmácia do SUS], a gente retira ali. Então, tudo o que precisa é ali [serviço da APS]”.

AP4(VI): “Eu não dependo muito porque tenho plano, é mais as medicações. O que tem aqui [medicações da farmácia] sempre me deram, me atenderam bem, não posso me queixar’.

AP4(III): “Vou só pegar remédios, consulto com o médico do plano [...]. É uma falta de caridade ter plano de saúde, pagar uma nota, e ir consultar no posto para tirar a vaga de alguém que precisa”.

De acordo com pesquisas (Macinko; Mendonça, 2018; Ferreira et al., 2020; Perillo et al., 2020), apesar do princípio da universalidade do SUS, que proporciona o acesso gratuito aos serviços de saúde, dispor de planos de saúde suplementar está associado a buscar outros locais, não pertencentes ao sistema público, como primeira opção de atendimento (normalmente médicos especialistas), quando há disponibilidade de assistência à saúde com custo financeiro. Em estudo (Perillo et al., 2020) que avaliou os motivos pelos quais os participantes buscaram serviços da

APS, demonstrou-se que 45,2% dos usuários com planos de saúde utilizaram, também, os serviços públicos. Não se demonstrou, entretanto, se esse índice esteve relacionado à retirada de medicações (situação evidenciada no presente estudo) ou consultas/procedimentos.

Através de busca nos dados públicos da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS, competência dezembro/2020), a fim de obter o número de beneficiários de planos de saúde suplementar, identificou-se que esse índice foi bastante diverso nos municípios avaliados neste trabalho, desde inferior a 1% até acima de 58%. Destaca-se, assim, que as maiores proporções de idosos com planos de saúde suplementar foram nos municípios SF2 (33,8%) e AP4 (58,6%). Nota-se, portanto, que mesmo nos locais onde há uma expressiva população de idosos com plano de saúde suplementar, este grupo utiliza os serviços da APS e, de acordo com a reflexão exposta no presente estudo, este fator não comprometeu a avaliação das equipes participantes.

Ainda sobre esse aspecto, um casal de idosos refletiu que gastavam significativa soma financeira mensal com o plano de saúde suplementar e, ao considerar o serviço da APS do município, esse custo era dispensável. Segue o relato:

SF2(VII): “Eu tenho plano, mas vou desistir... [ambos têm mais de 80 anos]. O que ganhamos de aposentadoria nós dois, sobra 200 pila. De janeiro até hoje [entrevista realizada ao final do mês 11/2020] nunca fomos no hospital, teria 25 mil no banco. E aqui tem tudo [serviço de saúde da APS]”.

O impacto financeiro dos planos de saúde suplementar em fases longevas reduz a possibilidade dos idosos com menor renda contratarem esses serviços devido ao seu alto custo mensal, o que acarreta dependência ao sistema público de saúde (ALMEIDA et al., 2020). Em relação à presente pesquisa, ainda que dois municípios apresentem considerável população idosa coberta por plano de saúde privado, no universo total de idosos avaliados, essa porcentagem foi menor, observação que ratifica os autores anteriores, os quais citam que em torno de 20% da população idosa brasileira com renda de até um salário mínimo apresenta cobertura com plano de saúde privado.

4.5 Empatia

A dimensão empatia recebeu avaliação positiva pela maioria dos idosos em ambas as equipes de ESF e EAP. Essa percepção positiva em relação ao acolhimento do serviço de saúde, presente em boa parte dos relatos, indica que eventuais decepções ou experiências negativas com algum profissional são superadas quando a análise envolve uma percepção integral do serviço de saúde e não influenciam diretamente na avaliação geral.

SF1(I): “Sempre fui bem atendida, eles acolhem a gente bem. Às vezes tem que esperar um pouco, mas geralmente tem pouca gente... sempre bem atendida”.

SF2(VII): “Tratam todo mundo igual, quando é sua vez, eles te chamam [indica positivamente o fato de não haver diferença de tratamento de acordo com a pessoa].”

SF3(X): “O acolhimento é bom..., é que município pequeno todo mundo se conhece, chega e já chamam pelo nome. Não é igual cidade grande”.

AP4(VI): “Super bem recebida, eu gosto de vir aqui no posto.”

AP4(II): “Quando chega lá, a secretária pede o que quer e toma nota o meu nome. Daí tem que sentar e esperar, até que chega a vez, não adianta.”

A partir destes relatos, é possível observar que os idosos não sinalizam dificuldade no acesso ao serviço da APS, tanto nas equipes de ESF, quanto nas EAP. Esse fato pode ser explicado pela população adscrita às equipes nos municípios participantes, em torno de duas mil a 2,5 mil pessoas, o que favorece a organização da agenda, a oferta de consultas e demais procedimentos de saúde. Soma-se a isto o fato de que o serviço de saúde da APS ser o único ponto de atenção à saúde público existente e, portanto, serviços especializados de urgência e emergência, ainda que localizados em cidades próximas, dependem de transporte para o acesso. Logo, os serviços da APS são as referências para o primeiro atendimento, enquanto estes estiverem em horário de funcionamento.

Essa realidade, no entanto, é diferente em cidades maiores, onde as equipes da APS atendem uma população adscrita mais numerosa, como apontam estudos (Ferreira et al., 2020; Camargo et al., 2021) em que uma parte da população idosa refere dificuldades de acesso a consultas de demanda espontânea na APS, assim como, em alguns casos preferem acessar serviços de urgência e emergência, por entenderem ser mais resolutivo, confiável e ágil no atendimento.

Assim como nas outras dimensões em que, a partir de uma avaliação inicial positiva, emergiram situações em que os idosos não foram atendidos em suas expectativas satisfatoriamente; a humanização do atendimento, aspecto avaliado na dimensão empatia, demonstrou falhas no processo de trabalho, que ocorreram por fatores variados, como a ausência de um profissional de saúde no serviço (férias ou motivos diversos).

Coincidentemente, em um dos municípios avaliados, no dia em que a pesquisadora esteve realizando as entrevistas, o profissional médico ausentou-se, situação que, possivelmente, gerou descontentamento nos usuários agendados naquela data. Não foi possível, no entanto, evidenciar o fato nos relatos, visto que apenas uma idosa agendada participou da pesquisa e, naquele momento, esperava-se que ela fosse atendida por outro profissional, o que não aconteceu. É possível concluir, pelo contexto exposto, que mesmo após uma experiência negativa acerca do serviço, relacionada à empatia, os idosos vão continuar utilizando-o, devido à inexistência de outras opções de assistência à saúde. Segue um exemplo que transparece uma situação de insatisfação com o atendimento recebido:

SF4(VI): “Teve um dia que estava bem ruim, daí fui me consultar. Cheguei no posto e disseram que médico não tinha [o profissional da equipe estava de férias]. Mas acho que nesse caso tinha que ver pelo menos os sinais”.

Na fala acima, fica evidente a fragilidade do processo de trabalho no tocante ao acolhimento do serviço da APS, item relevante na avaliação dessa dimensão. Já em outros relatos, em ambos os serviços com equipes de ESF e EAP, alguns idosos explicitaram percepções negativas sobre o tratamento recebido no serviço, o que pode sinalizar desconhecimento ou falta de qualificação de alguns profissionais acerca das peculiaridades que envolvem a gerontologia. Em outros casos, percebe-

se que o processo de trabalho e as regras relativas ao SUS podem comprometer a forma como alguns profissionais foram avaliados, a exemplo das situações onde são exigidas receitas para retirada de medicamentos.

SF4(VI): “Aqui, aqueles mais antigos têm respeito, mas aqueles últimos que entraram, os mais novos.... sabe, os idosos já são muito diferentes dos novos.”

AP2(II): “O (a) ginecologista não vai com minha cara, não gosto dele(a). [...] às vezes ele(a) te dá umas patadas. Quando precisa falo com minha filha e vou particular”.

AP4(IV): “Gosto do(a) farmacêutico(a) da manhã [fala o nome do(a) profissional], se eu não tenho receita ele(a) fala com o médico para fazer uma receita. Esse(a) da tarde já aconteceu de eu chegar aqui e não me dar os remédios porque não tinha receita, ele(a) não achou a receita. Vamos ver se hoje vai me dar os remédios”.

Sobre o acolhimento, o Ministério da Saúde define como uma escuta qualificada e resposta às necessidades dos usuários que procuram o serviço. Não se trata, pois, de uma prática isolada, mas sim uma ação desenvolvida por todos os profissionais, desde a chegada até a saída do serviço. Pesquisa de autores (Ferreira et al., 2018) entrevistou idosos acerca de suas percepções sobre o acolhimento em serviço da APS. Os resultados evidenciaram satisfação com o acolhimento recebido pelos participantes. Entretanto, o conceito de “acolhimento” era entendido como o fato de ser recebido cordialmente na recepção, ou de conseguir receber os medicamentos, ou, ainda, obter a demanda que foram buscar no serviço.

Nota-se, pois, semelhanças aos relatos do presente estudo, em que o acolhimento foi relacionado à forma como os idosos eram recebidos no serviço de saúde, ou a obtenção das medicações, consulta/procedimento. Por fim, os pesquisadores complementam que os idosos preferem um atendimento respeitoso e humanizado, sensível às suas condições que demandam atenção continuada, diferenciada dos demais usuários do serviço. Essa opinião vai ao encontro do relato supracitado, evidenciando a necessidade do profissional da saúde ter um olhar sensível às questões pertinentes ao idoso e suas necessidades.

Nas situações em que os idosos utilizam o transporte do município, conforme supracitado, houve vários relatos positivos associados à empatia, direcionados à

garantia do meio de transporte e aos motoristas, indicando que este é um item importante na percepção da resolutividade do serviço de saúde:

SF1(VI): “Se precisa deles para levar pra lá e pra cá, eles levam a gente, tranquilamente [consultas ou exames em outros municípios]”.

AP1(I): “Os rapazes (motoristas) são bem queridos. Muitas vezes tinha que parar nos postos por reação da radioterapia, eles paravam com a maior delicadeza.”

AP4(I): “Meu marido teve que passar a noite no hospital, porque deu hemorragia. Daí liguei para o secretário avisar para o motorista voltar. Eu nem sabia sair do hospital, estava no sexto andar. O [cita o nome do secretário de saúde] me pediu quando meu marido ia ter alta e no dia seguinte vieram buscar nós” [idosa que foi acompanhar o marido no hospital de referência, em cidade próxima].

A empatia, perceptível nos relatos acima, é um ponto que merece destaque e foi identificada nas equipes de APS (ESF e EAP). Ao se considerar a necessidade dos idosos com condições crônicas buscarem atendimentos especializados, inexistentes nos municípios de origem, o transporte ofertado pelas secretarias de saúde parece ser um fator promotor de acesso aos serviços de atenção secundária e terciária.

Nota-se, portanto, a relevância da disponibilidade do deslocamento para esses locais, que envolve, além da empatia já citada, a percepção de segurança em relação ao serviço de saúde, contribuindo na continuidade e integralidade do cuidado. Pedraza et al. (2018) afirmam que dificuldades relativas ao transporte representam um empecilho para o acesso ao serviço de saúde e esse contexto ocorre, com mais frequência, na população idosa, ou seja, a que mais precisa dos cuidados em saúde.

4.6 Segurança

Em um primeiro momento, em sua maioria, os idosos sinalizaram se sentirem seguros com a assistência ofertada pelo serviço de saúde. No entanto, a partir dos

relatos anteriormente citados, a segurança em relação aos atendimentos está ligada a um profissional específico, normalmente aquele de maior vínculo profissional-paciente.

Essa percepção de segurança, que não se aplica a todos os profissionais atuantes nos locais avaliados, não impactou negativamente na análise global da segurança do serviço, indicando que a segurança vai ao encontro da confiança, (confiabilidade), nas equipes e profissionais de saúde dos serviços.

Observou-se, entretanto, que em alguns relatos supracitados, os participantes demonstraram uma insatisfação pontual em relação a um profissional, impactando sobremaneira na segurança relacionada ao cuidado à saúde por outros profissionais que não tinham vínculo. Em vista disso, essa dimensão associa-se, fortemente, ao vínculo com o profissional de saúde preferencial do idoso.

S1(IX): “Confio neles, em todos. É que a gente conhece todo mundo aqui, é mais fácil”.

S4(X): “Tem gente muito boa aqui, confio no(a) médico(a)”.

Assim como a empatia e o acolhimento recebido no serviço, a confiança complementa a segurança, as quais parecem ter relevância na satisfação do cuidado recebido. Souza et al. (2020) abordam que os pacientes avaliam positivamente os profissionais quando recebem atenção durante a consulta e são orientados sobre suas condições crônicas/doenças. Assim, uma das principais queixas dos pacientes seria a falta de atenção e conversa durante as consultas. Fatores como a atenção e escuta qualificada, o diálogo e a realização do exame físico seriam mais significativos que, simplesmente, a resolução/cura de doenças.

Essa reflexão é pertinente, especialmente, ao público idoso, uma vez que apresentam condições crônicas de forma mais prevalente, característica mencionada por diversas vezes ao longo desta pesquisa. Ao se considerar que essas doenças somente podem ser manejadas, mas não curadas, a abordagem dos profissionais deve visar à formação de uma relação de confiança com as pessoas idosas.

Ainda nessa dimensão, questionou-se sobre as recomendações/orientações recebidas no momento das consultas e/ou retirada de medicamentos. Assim, essa

prática foi identificada na maioria dos relatos dos participantes. Entretanto, percebe-se que as orientações para o tratamento são uma rotina incorporada pelos profissionais, realizadas de maneira automatizada e sem individualidade. Destaca-se, porém, que tais práticas alcançariam maior êxito se a abordagem se direcionasse para a especificidade de cada paciente. Abaixo, são descritos alguns relatos das entrevistas:

SF3(IV): “Eles explicam, orientam bem. Se não consigo entender, pergunto. Confio muito na equipe do posto, são muito dedicados. Eles vêm em casa inclusive. A enfermeira [cita o nome da técnica de enfermagem] vem em casa todos os dias colocar os remédios para nós”.

S4(I): “Eles explicam bem, o único que não atende sou eu. Se era para tomar 10 comprimidos, tomava 2 ou 3 e depois não tomava mais”.

AP2(II): “Ele(a) explica bem, tudo como tem que fazer”.

AP3(I): “O(a) médico(a) explica, mas podia ser melhor, tinha que dar mais atenção.”

AP3(IV): “O doutor explica que tem que tomar água e o que comer, mas eu não consigo fazer”.

Assim como se observam nas falas citadas e ao longo do que já foi exposto no presente estudo, Castro et al. (2018), abordam que a realização de orientações pelos profissionais da APS ocorre predominantemente nas consultas, com ênfase em prevenção de complicações (modelo curativo), além dos encaminhamentos para especialistas.

Ao complementar os pesquisadores citados, Flores et al.(2018) acrescentam que a população idosa representa, normalmente, a maior parcela dos usuários atendidos nos serviços de saúde e, por isso, devem ser aproveitadas todas as oportunidades possíveis para realizar orientações de educação em saúde. A adoção de comportamentos benéficos à saúde é mais fácil quando os profissionais realizam ações de caráter educativo e não apenas a transmissão de informações, pouco significativas a ponto de despertar mudanças.

Sobre a adesão ao tratamento, Schenker; Costa (2019) apontam que os profissionais precisam esclarecer aos idosos e familiares acerca das implicações

decorrentes das doenças crônicas em longo prazo. A adesão satisfatória do tratamento não depende apenas da prescrição, mas também da participação ativa do idoso e familiares/cuidadores. Camargo; Castanheira (2020), por sua vez, comentam que pessoas com condições crônicas apresentam dificuldades de aderir ao tratamento proposto pela característica assintomática dessas doenças, que conduz à crença da falta de necessidade de tratamento. Os momentos de consultas tornam-se, por isso, oportunidades relevantes para a prática de promoção da saúde.

Ao ratificar os pesquisadores anteriores, Dalla Corte et al. (2020) apontam alguns motivos que explicam a dificuldade de adesão ao tratamento pelos idosos. Fatores como esquecimentos, diminuição da motricidade e acuidade visual, decorrentes do declínio cognitivo inerente à idade; esquema terapêutico complexo e com vários medicamentos; a redução ou o desaparecimento dos sintomas; pouca compreensão sobre sua condição de saúde; além da maior propensão a efeitos adversos (Almeida et al., 2019; Dalla Corte et al., 2020) contribuem para falhas na adesão ao tratamento.

Já Borba et al. (2018), contrapõe os estudos anteriores. Em pesquisa com idosos diabéticos, concluíram que a autopercepção do estado de saúde foi associada a maior adesão ao tratamento, visto que o idoso, ao perceber sua saúde como boa ou regular, tende a seguir as orientações por sentir-se capaz de interferir sobre o ambiente.

Os resultados descritos diferem da presente pesquisa, dado que as pessoas idosas, em sua maior parte, sinalizaram ter boa compreensão das prescrições e seguirem as orientações recebidas. Aqueles mais longevos, por sua vez, em sua maioria residem ou contam com a supervisão de familiares ou cuidadores. Não se encontraram indícios de idosos que vivem sozinhos, sem as condições mínimas de autocuidado, o que pode ser justificado pela situação economicamente favorável de boa parte dos moradores dos municípios estudados.

Ainda de acordo com pesquisadores, as informações recebidas nas consultas e o conhecimento das patologias crônicas facilitam a adesão ao tratamento pelos idosos. Fatores como pouco conhecimento sobre a doença e falta de integração dos profissionais da equipe estiveram associados a pior adesão às prescrições. Semelhante aos relatos evidenciados no presente estudo, denotou-se o protagonismo do médico como profissional responsável pelas orientações de tratamento, principalmente através de consultas individuais. A adesão ao tratamento,

portanto, não estaria atrelada à prescrição pelo profissional médico (relevância da profissão), mas sim por atitudes durante a consulta, como a linguagem, o tempo dispensado, o respeito aos questionamentos e a motivação para seguimento, os quais tendem a influenciar na adesão (BORBA et al, 2018).

4.7 Tangibilidade

A tangibilidade foi a dimensão melhor avaliada pelos idosos. Dentre os apontamentos negativos, um município foi criticado pela localização do serviço de saúde e noutro local emergiu, em uma entrevista, a barreira organizacional relacionada ao horário de funcionamento, que fechava ao meio-dia. Já as demais unidades da APS foram consideradas organizadas, limpas, com boa estrutura e ambiência agradável. Mesmo em um local cujo prédio é restrito quanto ao espaço físico e disponibilidade de salas, não emergiram críticas associada a tais itens nas avaliações, indicando que esta dimensão atende às expectativas dos idosos em relação à percepção dos aspectos tangíveis de um serviço de saúde.

No serviço com avaliações negativas em relação à localização, o prédio está situado no meio de um morro íngreme e, devido às perdas funcionais concernentes ao envelhecimento e à senilidade, alguns deles sinalizaram dificuldades para chegar ao local caminhando, ainda que a distância permitisse o deslocamento através da marcha (impacto sobre a autonomia e independência do idoso).

Pode-se observar, nessa dimensão, que os idosos se satisfazem desde que tenha a estrutura física mínima para atender suas necessidades (recursos físicos e humanos), além do acesso facilitado (sem barreiras geográficas e organizacionais). Seguem alguns relatos que ratificam a análise mencionada:

AP3(I): “No meio-dia.... deveria estar aberto ao meio-dia”.

AP4(II): “Eu acho o prédio uma vergonha porque ali não era o lugar para fazer o posto de saúde. Ainda mais para minha idade. Eu tenho carro, mas, às vezes, prefiro caminhar. Eu desço lá, tudo bem, mas depois [ao retornar] quando chega em cima não dá nem para respirar”.

AP4(VI): “A estrutura é boa, mas o lugar que não é muito...Tem muitos idosos que não conseguem vir a pé. Tinha que ser mais perto do centro, porque, coitados dos velhinhos, que tem que descer e subir”.

AP4(III): “O local, eles deviam ter feito lá na [cita o nome do rio que passa na área rural da cidade], porque daí a gente aproveitava e levava o anzol para pescar. Tinha terreno mais para cima, todo plano [mais próximo ao centro] e o prefeito não quis fazer. Porque os velhos não conseguem descer e subir. O posto em si é bom, os funcionários são ótimos, agora, a localização... Eu vou a pé até lá para descer, mas subir, está difícil”.

Em relação à localização dos serviços de saúde, embora se preconize um ponto de fácil acesso para a população, especialmente a idosa, essa escolha pode sofrer interferências econômicas, políticas e mesmo burocráticas. Da mesma forma, a definição quanto ao horário de funcionamento do serviço passa por aspectos culturais, necessidade e viabilidade econômica municipal. Por conseguinte, os aspectos tangíveis de um serviço de saúde tendem a ficar, na maior parte, sob a governabilidade da gestão, enquanto que as outras dimensões da escala utilizada estão fortemente associadas aos profissionais e à organização do processo de trabalho do serviço.

No que concerne à estrutura física, Santos et al. (2020) conduziram estudo sobre as barreiras arquitetônicas ao acesso nos serviços da APS e observaram que mais da metade (em torno de 60% dos 120 locais avaliados) apresentaram estruturas com calçadas inadequadas para pessoas com deficiências e idosos. Essas inadequações podem expor os usuários a situações de risco, que se torna potencialmente maior em pessoas com alterações visuais e perdas funcionais.

Tasca et al (2020), por sua vez, em trabalho que reuniu recomendações de especialistas para o fortalecimento da APS, mencionam que a ampliação do horário de funcionamento representa um facilitador para o acesso ao serviço de saúde.

Ao analisar itens relacionados à acessibilidade e às barreiras geográficas, como a localização, Amorim; Teixeira; Ferla (2020) referem que estes são fatores preditores para uma melhor satisfação do usuário com o serviço de saúde. Souza et al. (2020), por sua vez, acrescentam que a percepção do paciente acerca do serviço de saúde envolve, além dos profissionais, fatores como o contexto econômico e

social, vivências e aspectos culturais, autopercepção da saúde, entre outros, como a acessibilidade, corroborando com os pesquisadores anteriores e os achados deste trabalho.

Já Cantalino et al. (2021), por sua vez, realizaram estudo a partir de dados secundários do Programa de Melhoria de Acesso e da Qualidade da APS (PMAQ) e encontraram resultados semelhantes a esta pesquisa, relativos à avaliação positiva dos serviços da APS em relação à infraestrutura. A satisfação dos usuários estaria relacionada a aspectos do funcionamento e organização das equipes, fatores dependentes da atuação dos gestores na garantia das condições adequadas ao exercício da assistência na APS. Os autores enfatizam, também, que outros itens como localização e características socioeconômicas da população podem influenciar o acesso aos serviços de saúde.

4.8 Educação em Saúde

A dimensão Educação em Saúde foi incluída no questionário original SERVQUAL pelo entendimento da pesquisadora que a APS é um potente espaço para as práticas educativas na saúde e caberia, nesta pesquisa, avaliar também esse aspecto, a fim de buscar possíveis diferenças entre as equipes de ESF e EAP.

De um modo geral, todos os serviços da APS avaliados desenvolviam alguma ação de atividade coletiva que envolvia educação em saúde. No momento das entrevistas, estas atividades estavam suspensas na maioria dos municípios, devido à restrição imposta pela pandemia do coronavírus. Em dois locais as atividades haviam reiniciado algumas semanas antes da realização das entrevistas e um grupo optou por prosseguir através de mídia digital por aplicativo (aplicativo de mensagens para telefonia móvel), embora não obteve a mesma adesão. As atividades coletivas eram organizadas por um profissional específico (AP3); pela equipe da APS (SF1, SF2, AP4) ou pela integração intersetorial com a Assistência Social (SF3, SF4, AP1, AP2), ao considerar que o idoso constitui um dos grupos prioritários de atuação do escopo da proteção social. Ressalta-se, ainda, que em alguns municípios, as ações de saúde e assistência social estão unificadas em uma secretaria, de modo que as atividades realizadas nesses locais agregam os dois olhares, necessários ao cuidado integral da população idosa.

Nessa dimensão, diferentemente das outras, foi possível identificar maior participação (acesso) dos idosos moradores do perímetro urbano dos municípios. Alguns motivos podem justificar esse contexto, como as dificuldades de deslocamento – já que as mulheres mostravam-se mais interessadas em participar, mas ficavam dependentes de familiares ou terceiros para o transporte. Em apenas um município os idosos referiram existir um ônibus, organizado pelo poder público, que fazia o transporte daqueles residentes no interior, de modo que pudessem participar dos grupos. Nesse local, as atividades de educação em saúde apresentavam boa participação dos idosos e eram divididas em duas turmas, voltadas aos hipertensos, diabéticos e atividades físicas. Outras causas que emergiram nas entrevistas, relacionadas a menor adesão dos idosos do interior foram: prioridade para o trabalho em detrimento a atividades entendidas como “lazer”; preferência pessoal do idoso (especialmente os homens, que demonstravam resistências em participar de atividades de saúde); horários em que as atividades ocorriam, comumente à tarde, em que muitos deles tinham ocupações com a casa ou família.

Além do município que oferecia transporte aos idosos da zona rural se deslocarem às atividades coletivas, ganhou destaque outro município que organizava um grupo de idosos semanal com oficina de música. A gestão, que integra saúde e assistência social, custeava um professor para ministrar cantos, uma espécie de coral. Diferentemente das outras experiências, o grupo contava com boa representação masculina, culturalmente instituída nessa localidade. A pesquisadora teve oportunidade de observar o grupo, visto que a atividade ocorria no dia em que foram realizadas as entrevistas.

Outras práticas desenvolvidas nos grupos foram: palestras, atividades físicas, dança, jogo de cartas, artesanato e reeducação alimentar e emagrecimento em um serviço. Por ser uma atividade por adesão, os relatos foram todos positivos sobre os grupos, de forma que não foi possível identificar falhas no cumprimento das expectativas. Os idosos destacaram a importância do convívio social, do encontro com os conhecidos para “passar uma tarde diferente” e da necessidade de ter atividades para se ocuparem. Quando indagados sobre o que versavam as orientações de saúde recebidas nas atividades coletivas, a maioria deles não recordava, fato que pode indicar a relevância predominante dessas ações para a saúde mental dos idosos. Possivelmente, esse aproveitamento ocorra em função do

nível de escolaridade baixo identificado nos participantes. Embora não tenham sido colhidos dados específicos sobre esse quesito, durante algumas entrevistas houve várias menções à baixa escolaridade (em torno de cinco anos). Além disso, a maioria havia nascido no interior, em uma época onde o acesso à educação era dificultado, pois precisavam se deslocar para poder dar seguimento à formação educacional.

Quanto à escolaridade da população idosa, Scortegagna et al. (2021), em pesquisa sobre o letramento funcional em saúde, obtiveram dados que correspondiam à metade dos participantes com tempo de 01 a 04 anos de estudo e o restante até 08 anos. Esses dados se assemelham aos encontrados por Coutinho; Tomasi (2021) que referiram em torno de 40% dos idosos avaliados com ensino fundamental incompleto, seguido por índices de 23% e 21% para os idosos que possuíam ensino fundamental completo e ensino médio, respectivamente. Pequena parcela, por sua vez, havia cursado ensino superior.

Na visão de Coutinho; Tomasi (2021) há uma associação entre a baixa escolaridade e a fragilidade no autocuidado dos idosos, visto que pessoas com menor tempo de estudo tendem a apresentar mais dificuldades na adesão ao tratamento, em função da menor compreensão das prescrições e da própria complexidade da doença. Dessa forma, é necessário que os profissionais de saúde tenham a sensibilidade adequada a fim de lidar com questões de linguagem, que deve ser acessível, e busquem formas de facilitar a compreensão das orientações dadas em consultas e atividades coletivas, a fim de que o público idoso tenha um real aproveitamento desses momentos e possam utilizar-se beneficentemente para seu autocuidado.

Na sequência, descrevem-se alguns relatos dos grupos na APS:

SF1(VI): “Toda semana tinha física, daí vinha o(a) [cita o(a) enfermeiro(a)] explicar sobre pressão alta, diabetes. Era muito bom, vinha os médicos explicar os assuntos de saúde, a gente ficava contente, depois a gente tinha uma hora de física. A gente sentiu falta quando parou, tu não via a hora de chegar o dia”.

SF4(I): “Eu acho muito bom, porque a gente vem aqui, se entretém, a gente brinca um pouco, senão ia ficar em casa. A gente sabe que toda terça-feira tem que vir aqui, conversa com um, conversa com outro, passa umas horas diferentes”.

AP3(IV): “Ia no grupo do artesanato. Era muito bonito, as mulheres se juntavam. Vou ver se esse ano alguém pode me levar, de repente vou de manhã com minha filha. Só esperava até que vinha o dia, é longe, mas é bom. Quando tinha meu marido, a gente não saía, nem festa, nem nada [idoso viúva que vive com a filha no interior do município]. [...] Eu não enxergava botar o fio na agulha, mas as amigas sempre ajudavam, guardei todas coisinhas que fazia lá”.

AP4(IX): “Era muito bom, porque a gente vinha aqui, agora estamos fazendo no celular, cada um na casa dele, tinha umas 30 pessoas que participavam. Nós fazia exercício, a gente se encontrava, trocava ideia”.

Sobre as ações desenvolvidas na APS com foco na educação em saúde, Castro et al. (2018) apontam que estas se concentram em grupos, palestras, rodas de conversa e durante as consultas, similar aos relatos evidenciados na presente pesquisa. Os autores comentam que as atividades de educação em saúde na APS ocorrem, geralmente, sem uma análise avaliativa, ou seja, não é possível identificar sua viabilidade. No presente estudo, realizado sob o prisma do idoso, não é possível identificar tais informações referentes a avaliações das atividades coletivas. Contudo, a partir dos relatos expostos, pode-se inferir que os profissionais preocupavam-se predominantemente com o planejamento e execução dos grupos, mas não buscavam identificar o aproveitamento dessas ações pelos idosos, a fim de que estes pudessem reverter as informações recebidas em benefício da condição de saúde.

Schenker; Costa (2019), por sua vez, referem que os grupos voltados a pessoas com doenças crônicas favorecem a ampliação do cuidado qualificado e da adesão ao tratamento, caracterizando-se como dispositivos de promoção de saúde. Entretanto, os autores assumem que as pessoas com condições crônicas demonstram maiores dificuldades para seguir o plano de tratamento pela falta de conhecimento das possíveis complicações.

Em vista da reflexão apresentada e dos relatos sobre as estratégias de educação em saúde, observa-se que as diferentes iniciativas são válidas, mas poderiam obter resultados exitosos se seguissem um planejamento criterioso, monitoramento e avaliação das ações realizadas, a fim de rever processos falhos ou

ineficazes. Por fim, dada as características dos municípios participantes, é possível identificar que as atividades de educação em saúde são potencialmente mais produtivas nesses locais, onde boa parte dos idosos, que são os mais disponíveis para participar, têm condições de acesso e boa receptividade. Ademais, a população coberta pelas equipes permite a realização dessas atividades, já que a demanda não é intensa como nos serviços da APS responsáveis por territórios mais populosos.

4.9 ESF *versus* EAP: diferenças?

Diante do exposto ao longo desta pesquisa, notou-se que as equipes de Saúde da Família (ESF) e Atenção Primária (EAP) dos municípios avaliados diferiram de forma pouco significativa segundo a percepção dos idosos. Isto porque os principais anseios dos idosos assemelham-se independentemente do serviço de saúde. Dentre tais expectativas, destacam-se a necessidade da consulta médica e o acesso à medicação, prioritariamente, além do acolhimento humanizado, a garantia do transporte, a importância do vínculo com o profissional de saúde (longitudinalidade do cuidado), relacionado também à confiabilidade do serviço de saúde. A composição distinta das ESF e EAP, caracterizada pela presença do agente comunitário, não evidenciou grande relevância na visão do idoso, observada através dos relatos como “moça que passa os recados”. Por fim, as atividades coletivas com o objetivo de educação em saúde foram identificadas em todos municípios, algumas integradas com a assistência social, tanto nas ESF, quanto nas EAP.

Nota-se, por conseguinte, que a satisfação dos idosos em relação ao serviço de saúde associa-se à garantia do cuidado através dos dispositivos disponíveis na APS (consultas, medicações, grupos educativos). Dessa forma, aspectos como o perfil profissional sensível ao trabalho na APS, qualificação e humanização do cuidado são itens comuns às equipes e inerentes à APS.

Os achados deste trabalho diferem dos encontrados por Leite et al. (2016), que conduziram pesquisa com usuários de município que implantou equipes de ESF substituindo os antigos centros de saúde, semelhantes as atuais EAP. Observaram o aumento do reconhecimento da APS como primeiro ponto de atenção, cuidado humanizado e implementação do acolhimento à demanda espontânea, maior oferta

de ações preventivas e de promoção à saúde, presença do profissional ACS, descrito como elo de vínculo da equipe com a comunidade. Por outro lado, a morosidade no acesso a exames e consultas especializadas, assim como a persistência da cultura curativista pelos usuários se mantiveram após a mudança para ESF, contexto que se assemelha à realidade observada neste estudo . Nota-se, portanto, que mesmo após a adesão à equipe de ESF, perduraram problemas estruturais ainda presentes em todas formas de organização de APS.

5. PRODUTO EDUCATIVO

Os resultados desta pesquisa, a qual avaliou qualidade do cuidado ofertado em serviços de saúde da APS, serviram para embasar a elaboração de um livro gratuito em mídia digital (E-book), um subproduto deste estudo, o qual visa cumprir o papel social do Mestrado Profissional. O livro digital foi elaborado com o suporte da literatura científica existente (diretrizes do Ministério da Saúde), além dos achados da presente pesquisa, e está voltado ao público idoso e seus cuidadores (em caso de existência destes). O conteúdo segue as orientações preconizadas no SUS para o manejo das patologias mais comuns na velhice e traz orientações sobre envelhecimento saudável e autocuidado; doenças crônicas e formas de prevenir complicações; atividades corporais; além de outros assuntos pertinentes à população idosa, como a saúde mental.

O E-Book foi enviado às equipes de saúde participantes da pesquisa e, posteriormente, repassado à área técnica da Secretaria Estadual da Saúde (RS), a fim de que seja distribuído a outros municípios e os profissionais utilizem-no como material informativo para a população idosa.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta pesquisa se propôs a comparar os tipos de equipes da APS – ESF e EAP – segundo a percepção dos usuários idosos. Ainda que estas mantenham diferenças na composição, principalmente a presença do profissional ACS, não foi possível evidenciar grandes diferenças entre os tipos de equipes, exceto pela prática do atendimento domiciliar, rotineiramente realizado pelas ESF e esporádico nas EAP. Os demais aspectos observados nas entrevistas aplicam-se a ambas as equipes de APS.

A partir das falas dos participantes, identificou-se que suas preocupações são, prioritariamente, a disponibilidade de atendimento médico e acesso à assistência farmacêutica. Essa visão de cuidado, predominantemente curativista, perdura a hegemonia médica construída ao longo do tempo na saúde pública. Dado que os participantes, pessoas acima de 60 anos, vivenciaram as transformações do sistema de saúde anterior ao SUS e à adoção da APS como estratégia de atenção prioritária, é compreensível que ainda mantenham essa crença de caráter curativo. Por isso, apesar de valorizarem ações como as atividades coletivas, voltadas à promoção em saúde; e a possibilidade de acompanhamento, não somente pela equipe da APS, mas também por profissionais de apoio (cuidado multiprofissional), permanece a busca por intervenções entendidas como soluções das doenças (medicações).

Além disso, outro ponto que favorece a persistência da hegemonia médica é o próprio envelhecimento e as condições crônicas concernentes a essa faixa etária. A necessidade de monitoramento continuado predispõe a uma “dependência” do serviço de saúde, especialmente do profissional prescritor - o médico, de modo que este assume papel de protagonista do cuidado na visão da população idosa, em detrimento aos demais componentes da equipe, ou seja, enfermeiro e técnico de enfermagem.

Os idosos participantes, de um modo geral, avaliaram positivamente o serviço de saúde em uma primeira abordagem. No entanto, à medida que expressavam suas opiniões no decorrer das entrevistas, identificaram-se decepções relacionadas a atendimentos recebidos, desde consultas, acesso a medicações, ou mesmo alguma demanda que lhes foi negada. Nota-se, por conseguinte, que a satisfação

com o serviço de saúde é pautada por uma análise global deste, ainda que, em alguns episódios, o cuidado recebido ficou aquém do esperado.

Outro aspecto observado nos relatos foi a garantia de acesso às consultas, sem filas de espera (agenda no dia, ou dia seguinte) e através de tecnologias, predominantemente telefone. Dessa forma, a população idosa mostrou-se satisfeita com a oferta de atendimentos disponíveis nas equipes da APS, com a forma de agendamento facilitada, assim como pelo tempo reduzido de espera no serviço. Ressalta-se, contudo, que essa realidade é peculiar das localidades desta pesquisa, visto que, de acordo com a literatura anteriormente citada (Furlanetto et al., 2020; Sacco et al., 2020), nas cidades mais populosas, em que a demanda tende a superar a oferta, nem sempre os idosos têm suas expectativas atendidas.

Ainda em relação aos atendimentos, principalmente as consultas médicas, identificou-se a relevância do vínculo com o profissional. Exceto em um município com equipe de EAP, onde havia maior rotatividade de profissionais; as pessoas idosas das demais cidades indicavam seu profissional de preferência, demonstrando o vínculo estabelecido entre o idoso e o profissional/serviço de saúde. Essa particularidade da APS, descrita pelo atributo do cuidado longitudinal, mostrou-se um componente de destaque para a capacidade de resposta, confiabilidade e segurança das equipes de ESF e EAP, ou seja, o vínculo influencia diretamente na resolutividade da APS e, por consequência na satisfação do usuário.

Os atendimentos domiciliares, característicos das equipes de ESF, foram observados também nas EAP e, isto posto, ao comparar os dois tipos de equipes, não se vislumbram grandes diferenças entre elas, exceto a frequência dessas ações, inseridas rotineiramente na agenda da ESF. Segundo os relatos dos idosos, a possibilidade de atendimento no domicílio é vista positivamente por eles, perceptível pelos elogios e pela valorização dessa forma de cuidado. Esse tipo de ação é voltado a usuários mais longevos e/ou com restrição ou redução de mobilidade. Todavia, ainda que não ocorram para toda população e sejam organizados de acordo com a disponibilidade de agenda, os atendimentos domiciliares são uma estratégia relevante na garantia da equidade preconizada na APS.

O profissional ACS, distintamente do que está citado na literatura (Amorim; Teixeira; Ferla, 2020) não obteve a mesma importância que os demais integrantes da equipe, na medida em que foram creditadas a eles atribuições como repassar

recados e questionar sobre o estado de saúde das pessoas. Em um município, apenas, os participantes sinalizaram benéficamente a possibilidade da visita mensal, demonstrando um maior reconhecimento acerca da atuação do ACS. Desse modo, não foi possível identificar distinções entre as equipes de ESF e EAP quanto à presença do agente comunitário de saúde na percepção da pessoa idosa. Possivelmente, a significância deste profissional seja preponderante para a equipe de saúde, já que é sua atribuição identificar e socializar com os demais colegas sobre os problemas presentes no território.

Faz-se necessário, por consequência, que as equipes de ESF repensem as ações de educação permanente direcionadas a esse profissional, o único integrante sem uma formação prévia específica, a fim de qualificá-lo para melhor desempenho das atividades. Ademais, a inserção da prática de planejamento das visitas domiciliares, tornando-as mais objetivas, pode ser uma estratégia que potencialize o trabalho do ACS e contribua para uma maior valorização desse profissional pelos idosos do território.

O acolhimento dos serviços, entendido como escuta qualificada, de forma humanizada e com a resolução da demanda recebeu avaliações positivas em um primeiro momento nos relatos. Porém, no decorrer das entrevistas, identificaram-se vários episódios com falhas nesse processo, especialmente em negativas ou na forma de tratamento recebida durante as consultas. Por conseguinte, é notável a necessidade constante de educação permanente nesse tema para as equipes da APS, a fim de que os preceitos desse nível de atenção, bem como do SUS, integrem a pauta de discussão e aperfeiçoamento dos profissionais de saúde. Por outro lado, a possibilidade de transporte sanitário, assim como a prontidão e humanização dos motoristas mereceram elogios dos participantes, indicando a confiabilidade e segurança no serviço da APS.

Os aspectos tangíveis dos serviços da APS, referentes à estrutura e disponibilidade de equipamentos e insumos, foram condizentes com capacidade de oferta de cuidado da atenção primária, de forma que receberam avaliações positivas na quase totalidade dos municípios. Esta perspectiva pode ser corroborada pela pesquisadora, que verificou a boa estrutura desses serviços. Ganhou destaque, nesta dimensão, a avaliação negativa a um município que apresentava barreiras geográficas para o acesso dos idosos, indicando que a localização dos serviços de saúde merece olhar sensível a todos os grupos prioritários de atenção à saúde, de

forma a dirimir o impacto das restrições impostas pela idade ou outras condições incapacitantes, por conseguinte, não limitem o acesso à APS.

Esta pesquisa apresentou um fator limitante, considerado pela pesquisadora, em incluir idosos beneficiários de planos de saúde suplementar, existentes em número expressivo em local com uma equipe de ESF e outra de EAP. A despeito desses idosos também acessarem o sistema público, especialmente para a assistência farmacêutica, a avaliação às demais ações oferecidas pela equipe foi parcial ou esteve impossibilitada, fato ocorrido em algumas entrevistas dos dois municípios mencionados. À vista disso, sugere-se que outras pesquisas sejam realizadas incluindo apenas a população dependente do SUS ou comparando as percepções dos idosos assistidos no sistema público e na saúde privada.

Por fim, a escala SERVQUAL adaptada demonstrou ser um instrumento útil para a avaliação dos serviços da APS, visto que buscou agregar, através de suas dimensões, questões que permitissem identificar os atributos da APS: acesso de primeiro contato, longitudinalidade, integralidade, coordenação, orientação familiar e comunitária e competência cultural. Além disso, o instrumento permitiu identificar o nível de satisfação dos idosos com o serviço de saúde, um dos objetivos deste trabalho. Sugere-se, portanto, que mais estudos sejam realizados com metodologia semelhante ou que avaliem as mudanças ocorridas em determinado período de tempo, a fim de consolidar a escala no escopo de instrumentos avaliativos das equipes de APS.

7. REFERÊNCIAS

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (ANS). ANS **Tabnet. Beneficiários por município**. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/anstabnet/cgi-bin/dh?dados/tabnet_02.def>. Acesso em: 18 jul.2021.

ALMEIDA, Graziela Maria Ferraz et al. Uso de psicofármacos entre idosos usuários do sistema único de saúde e do plano de saúde suplementar. **Estud. interdiscipl. envelhec.** Porto Alegre, v. 24, n. 2, p. 111-128, 2019. Disponível em: <<https://seer.ufrgs.br/RevEnvelhecer/article/view/77276/55869>>. Acesso em: 17 jul. 2021.

ALMEIDA, Ana Paula Santana Coelho et al. Falta de acesso e trajetória de utilização de serviços de saúde por idosos brasileiros. **Ciência & Saúde Coletiva [online]**. v. 25, n.6, p. 2213-2226, 2020. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-81232020256.27792018>>. Acesso em: 14 ago. 2021.

ALMEIDA, Hylany Bezerra de et al. As relações comunicacionais entre os profissionais de saúde e sua influência na coordenação da atenção. **Cadernos de Saúde Pública [online]**, v. 37, n. 2, 2021. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0102-311X00022020>>. Acesso em: 11 jul. 2021.

ALVES, Allan Carlos. A percepção da qualidade na prestação de serviços públicos: estudo de caso de um Centro de Saúde, na cidade de Campina Grande – Paraíba. **Pensamento & Realidade**, [s.l.], v. 32, n. 4, p. 74-93, jan. 2017. Disponível em: <<https://revistas.pucsp.br/pensamentorealidade/article/view/33194>>. Acesso em: 10 fev. 2020.

AMORIM, Juleimar Soares Coelho de; TEIXEIRA, Luciana Barcellos; FERLA, Antônio Alcindo. Satisfação com a organização do cuidado em idosos usuários dos serviços avaliados pelo PMAQ. **Ciência & Saúde Coletiva [online]**, v. 25, n. 9, p. 3625-3634, 2020. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-81232020259.32852018>>. Acesso em: 27 jun. 2021.

ANDRADE, Juliana Martins et al. Perfil da fragilidade em adultos mais velhos brasileiros: ELSI-Brasil. **Revista de Saúde Pública**, [s. l.], v. 52, n. Supl 2, p. 1–10, 2018.

ANDRADE, Luiza Amélia Freitas de et al. Primary health care quality assessment according to the level of satisfaction of elderly users. **Rev. Gaúcha Enferm.** Porto

Alegre, v. 40, 2019. Disponível em: <<http://dx.doi.org/101590/1983-1447.2019.20180389>>. Acesso em: 04 set. 2021.

AUGUSTO, Daniel Knupp et al. Quantos médicos de família e comunidade temos no Brasil? **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 40, p. 1–4, 2018. Disponível em: <<https://www.rbmf.org.br/rbmfc/article/view/1695>>. Acesso em: 10 jul. 2021.

BARRETO, Ana Cristina Oliveira et al. Percepção da equipe multiprofissional da Atenção Primária sobre educação em saúde. **Rev. Bras. Enferm.** Brasília, v. 72, supl. 1, p. 266-273, fev. 2019. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0702>>. Acesso em 28 nov. 2019.

BORBA, Anna Karla de Oliveira Tito et al. Fatores associados à adesão terapêutica em idosos diabéticos assistidos na atenção primária de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva [online]**. v. 23, n. 3, p. 953-961, 2018. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-81232018233.0372201>>. Acesso em: 10 jul. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação de Saúde da Comunidade. **Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial**. Brasília. Ministério da Saúde, 1997. 36p. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd09_16.pdf>. Acesso em: 09 fev.2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 648**, de 28 de março de 2006. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 29 mar. 2006. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/prtGM648_20060328.pdf>. Acesso em: 08 fev.2020.

BRASIL, Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. **Portaria nº 2.528**, de 19 de outubro de 2006. Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. Brasília. DF, 2006. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt2528_19_10_2006>. Acesso em: 27 nov. 2019.

BRASIL, Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. **Portaria nº 221**, de 17 de abril de 2008. Define a lista brasileira de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária. Brasília. DF, 2008. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2008/prt0221_17_04_2008.htm>. Acesso em: 20 jul. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção em Saúde. Departamento de Atenção Básica. Manual do instrumento de avaliação da atenção primária à saúde: primary care assessment tool PCATool - Brasil. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. 80 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 466**, 2012. Diretrizes e Normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília, DF, 13 jun. 2013. 12p. Disponível: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html>. Acesso em: 08 out. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes para o cuidado das pessoas idosas no SUS: proposta de modelo de atenção integral**. XXX Congresso Nacional de Secretarias Municipais de Saúde, [s. l.], p. 1–42, 2014. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_cuidado_pessoa_idosa_sus.pdf>. Acesso em: 27 nov. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.436**, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF, 2017. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html>. Acesso em: 08 nov. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Informática do SUS. **Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIHSUS)**, 2020. Disponível em: <<http://datasus.saude.gov.br/sistemas-e-aplicativos/hospitalares/sihsus>>. Acesso em: 12 fev. 2020.

BRASIL, Christina César Praça et al. Percepções de profissionais sobre o agente comunitário de saúde no cuidado ao idoso dependente. **Ciência & Saúde Coletiva** [online], v. 26, n. 01, p. 109-118, 2021. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-81232020261.31992020>>. Acesso em: 8 out.2021.

BRITO, Daniela Cristina Sampaio de et al. Análise das mudanças e dificuldades advindas após o transplante renal: uma pesquisa qualitativa. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 23, n. 3, p. 419-426, jun. 2015. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/0104-1169.0106.2571>>. Acesso em: 20 out. 2019.

CAMARGO, Diângeli Soares; CASTANHEIRA, Elen Rose Lodeiro. Ampliando o acesso: o Acolhimento por Equipe como estratégia de gestão da demanda na Atenção Primária à Saúde (APS). **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**

[online], v. 24, supl 1, p.1-17, 2020. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/Interface.190600>>. Acesso em: 8 out.2021.

CAMARGO Priscila Nicoletti Neves et al. Estudo qualitativo da percepção de usuários hipertensos e diabéticos sobre saúde na Atenção Primária. **Rev. Ciênc. Med.**, v. 30, 2021. Disponível em: <<https://doi.org/10.24220/2318-0897v30e2021a5047>>. Acesso em: 16 ago. 2021.

CAMPOS, Vicente F. “**TQC – Controle da Qualidade Total (no estilo japonês)**”, QFCO, Belo Horizonte, 1992.

CANTALINO, Juliana Leal Ribeiro et al. User satisfaction in relation to Primary Health Care services in Brazil. **Revista de Saúde Pública [online]**, v. 55, n. 22, 2021. Disponível em: <<https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2021055002533>>. Acesso em: 03 jul. 2021.

CARVALHO, Fátima Cristina Dias de et al. MODIFICAÇÕES NOS INDICADORES SOCIAIS DA REGIÃO NORDESTE APÓS A IMPLEMENTAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA. **Trabalho, Educação e Saúde [online]**, v. 17, n. 2, 2019. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00189>>. Acesso em: 8 out.2021.

CASEMIRO, Francine Golghetto et al. Effects of health education in the elderly with mild cognitive impairment. **Rev. Brás Enferm**, v. 71 Suppl 2, p. 801-810, 2018.

CASTRO, Ana Paula Ribeiro de et al. Promoting health among the elderly: actions in primary health care. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia [online]**. v. 21, n. 02, p. 155-163, 2018. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1981-22562018021.170133>>. Acesso em: 20 jul.2021.

CECCON, Roger Flores et al. Atenção Primária em Saúde no cuidado ao idoso dependente e ao seu cuidador. **Ciência & Saúde Coletiva [online]**, v. 26, n. 01, p. 99-108, 2021. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-81232020261.30382020>>. Acesso em: 26 jun. 2021.

COLLET, Neusa; WETZEL, Christine. Hermenêutica dialética: um caminho de pensamento na investigação em enfermagem. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 17, n. 1, p.5-11, jan. 1996. Disponível em: <<https://seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/4096>>. Acesso em: 09 fev.2020.

COUTINHO, Lúcia Soares Buss; TOMASI, Elaine. Déficit de autocuidado em idosos: características, fatores associados e recomendações às equipes de Estratégia Saúde da Família. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação** [online], v. 24, supl, p. 1-15, 2020. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/Interface.190578>>. Acesso em: 17 set. 2021.

DALLA CORTE, Igor et al. Compreensão e adesão ao tratamento médico por idosos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS). **Braz. J. Hea. Rev.**, Curitiba, v. 3, n. 4, p. 9827-9843 jul./aug. 2020. Disponível em: <<https://www.brazilianjournals.com/index.php/BJHR/article/view/14407/11974>>. Acesso em: 20 jul. 2021.

DAMACENO, Maria José Caetano Ferreira; CHIRELLI, Mara Quaglio. The Implementation of Senior Health Care in the Family Health Strategy: The View of Professionals and Managers. **Cienc. Saúde Colet.**, v. 24, n. 5, p.1637-1646, mai.2019.

DEMO, Pedro. **Educar pela Pesquisa**. Campinas: Autores Associados, 1996.

DONABEDIAN, Avedis. **An Introduction to Quality Assurance in Health Care**. Oxford University Press, Oxford, 2003.

FERREIRA, Juliana Mota et al. Indicadores de Qualidade na Atenção Primária à Saúde no Brasil: uma revisão integrativa. **Revista Ciência plural**, v. 3, n. 3, p. 45-68, 2017. Disponível em: <<https://periodicos.ufrn.br/rcp/article/view/13152>>. Acesso em: 08 jan. 2020.

FERREIRA, Beatriz Rocha et al. Elderly Welcoming in Primary Health Care: The User Perspective. **Rev. Fund. Care Online**, v.10, n. 3, p. 669-674, 2018. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2018.v10i3.669-674>>. Acesso em: 14 jul. 2021.

FERREIRA, Luiza Santos et al. Access to Primary Health Care by older adults from rural areas in Southern Brazil. **Revista de Saúde Pública** [online]. v. 54 , n.149, 2020. Disponível em: <<https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2020054002316>>. Acesso em: 4 jul. 2021.

FLORES, Thaynã Ramos et al. Aconselhamento por profissionais de saúde e comportamentos saudáveis entre idosos: estudo de base populacional em Pelotas, sul do Brasil, 2014. **Epidemiologia e Serviços de Saúde** [online], v. 27, n. 1, 2018.

Disponível em: <<https://doi.org/10.5123/S1679-49742018000100012>>. Acesso em: 18 jul. 2021.

FRIED, L. P. et al. Frailty in Older Adults: Evidence for a Phenotype. **The Journals of Gerontology Series A: Biological Sciences and Medical Sciences**, [s. l.], v. 56, n. 3, p. M146–M157, 2001.

FURLANETTO, Denise de Lima Costa et al. Satisfação do usuário da Atenção Primária no Distrito Federal: a importância do acesso oportuno e da visita domiciliar. **Ciênc. & Saúde Coletiva [online]**. v. 25, n. 5, p. 1851-1863, 2020. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-81232020255.33332019>>. Acesso em: 27 jun 2021.

GARCIA, Luan Augusto Alves et al. Satisfaction of octogenarians with Primary Health Care services. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia [online]**. v. 23, n. 01, 2020. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1981-22562020023.190235>>. Acesso em: 27 jun. 2021.

GIACOMIN, Karla Cristina et al. Care and functional disabilities in daily activities - ELSI-Brazil. **Rev. Saúde Pública**, 52 Suppl 2, n. Suppl 2, p. 1-9, out 2018.

GIL, Antônio Carlos. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 6ª ed. São Paulo: Atlas, 2008. 207 p.

GOMES, Paulo J.P. A evolução do conceito de qualidade: dos bens manufaturados aos serviços de informação. **CADERNOS BAD**, v. 2, 2004. Disponível em: <<https://www.bad.pt/publicacoes/index.php/cadernos/article/view/826/825>>. Acesso em: 13 set. 2021.

GRÖNROOS, Christian. **Strategic Management and Marketing in the Service Sector**. Helsingfors, Finland: Swedish School of Economics and Business Administration, 1993.

GRÖNROOS, Christian. An Applied Service Marketing Theory. **European Journal of Marketing**, v.16, p. 30-41, 1982.

HARZHEIM, Erno et al. Avaliação dos usuários crianças e adultos quanto ao grau de orientação para Atenção Primária à Saúde na cidade do Rio de Janeiro, Brasil. **Cienc. e Saúde Coletiva**, [s. l.], v. 21, n. 5, p.1399–1408, 2016. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015215.26672015>>. Acesso em: 10 jul.2021.

HARZHEIM, Erno et al. Bases para a reforma da Atenção Primária à Saúde no Brasil em 2019: mudanças estruturantes após 25 anos do Programa de Saúde da Família. **Rev. Bras. Med. Fam. Comunidade**, v. 15 n. 42, p. 1-16, 2020. Disponível em: <[https://doi.org/10.5712/rbmfc15\(2\)2354](https://doi.org/10.5712/rbmfc15(2)2354)>. Acesso em: 08 out. 2021.

HONE, Thomas et al. Association between expansion of primary healthcare and racial inequalities in mortality amenable to primary care in Brazil: A national longitudinal analysis. **PLoS Med**, 14, n. 5, p. 1-19, mai. 2017.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Rio Grande do Sul, 2021. Disponível em: <<https://www.ibge.gov.br/apps/populacao/projecao>>. Acesso em: 10 jul. 2021.

ISLAS-GRANILLO, Horacio et al. Prevalence of multimorbidity in subjects aged ≥ 60 years in a developing country. **Clín. Interv Aging**, v. 13, p. 1129-1133, 2018.

JANINI, Janaina Pinto; BESSLER, Danielle; VARGAS, Alessandra Barreto de. Educação em saúde e promoção da saúde: impacto na qualidade de vida do idoso. **Saúde em Debate**, [s.l.], v. 39, n. 105, p. 480–490, 2015.

JANSEN-KOSTERINK, Stephanie et al. Identification of community-dwelling older adults at risk of frailty using the PERSSILAA screening pathway: a methodological guide and results of a large-scale deployment in the Netherlands. **BMC Public Health**, v.19, n. 1, p. 504, mai. 2019.

KESSLER, Marciane et al. A longitudinalidade na Atenção Primária à Saúde: comparação entre modelos assistenciais. **Rev. Bras. Enferm.** Brasília, v. 71, n. 3, p. 1063-1071, mai.2018. Disponível em > <<http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0014>>. Acesso em 16 mar. 2020.

LEITE, Raquel Sousa et al. Estratégia Saúde da Família versus centro de saúde: modalidades de serviços na percepção do usuário. **Cadernos Saúde Coletiva [online]**, v. 24, n. 3, p. 323-329, 2016. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1414-462X201600030149>>. Acesso em: 22 jul. 2021.

LIMA, Antonio Leonel de et al. Formatos de contratação médica na Estratégia Saúde da Família e o desempenho de seus atributos essenciais. **Ciência & Saúde Coletiva [online]**, v. 26, n. 5, p. 1657-1668, 2021. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-81232021265.04432021>>. Acesso em: 03 jul. 2021.

LIMA, Kenio Costa et al. Health Promotion and Education: A Study of the Effectiveness of Programs Focusing on the Aging Process. **International Journal of Health Services** [s.l.], v. 47, n. 3, p. 550–570, 2017.

LIMA-COSTA, Maria Fernanda. Aging and public health: The Brazilian Longitudinal Study of Aging (ELSI-Brazil). **Revista de Saude Publica**, [s. l.], v. 52, p. 1–3, 2018.

LONGO, Rose Mary Juliano. **Gestão da Qualidade: Evolução Histórica, Conceitos Básicos e Aplicação na Educação**. TD-0397. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, Brasília, jan. 1996.

LÜDKE, Menga e ANDRÉ, Marli E. D. A. **Pesquisa em educação: abordagens qualitativas**. São Paulo: EPU, 1986.

MACHADO, Simone Silva. **Gestão da Qualidade 2012**. INSTITUTO FEDERAL DE EDUCAÇÃO, CIÊNCIA E TECNOLOGIA Campus Inhumas GOIÁS. [S. l.: s. n.]

MACINKO, James; MENDONÇA, Claunara Schilling. Estratégia Saúde da Família, um forte modelo de Atenção Primária à Saúde que traz resultados. **Saúde em Debate**, [s. l.], v. 42, n. spe1, p. 18–37, 2018.

MALLMANN, Danielli Gavião et al. Educação em saúde como principal alternativa para promover a saúde do idoso. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 6, p. 1763-1772, Jun. 2015. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015206.02382014>>. Acesso em: 10 nov. 2019.

MANZO, Bruna Figueiredo; BRITO, Maria José Menezes; ALVES, Marília. Influência da comunicação no processo de acreditação hospitalar. **Rev. Bras. Enferm**, Brasília, DF, v. 66, n. 1, p. 46-51, fev. 2013.

MANULIK, Stanisław; ROSIŃCZUK, Joanna; KARNIEJ, Piotr. Evaluation of health care service quality in Poland with the use of SERVQUAL method at the specialist ambulatory health care center. **Patient Preference and Adherence**, [s.l.], v. 10, p. 1435–1442, 2016.

MATTAR, Fauze. **Pesquisa de Marketing**. São Paulo, Atlas, 1996.

MEIER, Joyce Grabher et al. Factors associated with the frequency of medical consultations by older adults: a national study. **Revista da Escola de Enfermagem**

da USP [online]. v. 54, 2020. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S1980-220X2018048103544>>. Acesso em: 27 jun. 2021.

MELO, Laércio Almeida et al. Fatores associados à multimorbidade em idosos: uma revisão integrativa da literatura. **Rev. bras. geriatr. gerontol.** Rio de Janeiro, v. 22, n. 1, 1-11, 2019. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/1981-22562019022.180154>>. Acesso em: 03 nov. 2019.

MENDONCA, Francielle Toniolo Nicodemos Furtado de et al. Health education with older adults: action research with primary care professionals. **Rev Bras Enferm.** v. 70, n. 4, p. 792-799, jul-ago. 2017.

MINAYO, Maria. **O desafio do conhecimento. Pesquisa qualitativa em saúde.** 1994.

MINAYO, Maria. **O desafio do conhecimento. Pesquisa qualitativa em saúde.** 12ª ed. São Paulo: Hubitec, 2010. 407p.

NUNES, Bruno Pereira et al. Multimorbidity: The Brazilian Longitudinal Study of Aging (ELSI-Brazil). **Rev Saude Publica**, 52Suppl 2, n. Suppl 2, p. 10s, out. 2018a.

NUNES, Cristiane Abdon et al. Visitas domiciliares no Brasil: características da atividade basilar dos Agentes Comunitários de Saúde. **Saúde em Debate** [online], v. 42, n. spe2, p. 127-144, 2018b. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0103-11042018S209>> Acesso em: 03 jul. 2021.

OLIVEIRA, Renata Leite Alves de; FERRARI, Anna Paula; PARADA, Cristina Maria Garcia de Lima. Process and outcome of prenatal care according to the primary care models: a cohort study. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 27, p.01-08, 2019. Disponível em: <<https://dx.doi.org/10.1590%2F1518-8345.2806.3058>>. Acesso em: 10 jan. 2020.

OLIVEIRA, Patrícia Carvalho de et al. Prevalência e Fatores Associados à Polifarmácia em Idosos Atendidos na Atenção Primária à Saúde em Belo Horizonte-MG, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva** [online], v. 26, n. 4 , p. 1553-1564, 2021. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-81232021264.08472019>>. Acesso em: 10 jul. 2021.

PAPANIKOLAOU, Vicky; ZYGIARIS, Sotiris. Service quality perceptions in primary health care centres in Greece. **Health Expectations**, [s. l.], v. 17, n. 2, p. 197–207, 2014.

PARASURAMAN, A.; ZEITHAML, Valerie. A.; BERRY, Leonard L. SERVQUAL: A Multiple-Item Scale for Measuring Consumer Perceptions of Service Quality. **Journal of Retailing**, v. 64, p. 12-40, 1988.

PARASURAMAN, A.; ZEITHAML, Valerie. A.; BERRY, Leonard L. Um Modelo Conceitual de Qualidade de Serviço e suas Implicações para a Pesquisa no Futuro. **RAE-Revista de Administração de Empresas**, v. 46, n. 4, out-dez, 2006
Disponível em:
<https://rae.fgv.br/sites/rae.fgv.br/files/um_modelo_conceitual_de_qualidade_de_servico_e_suas_implicacoes_para_a_pesquisa_no_futuro_0.pdf>. Acesso em: 12 fev. 2020.

PENA, Mileide Morais et al. The use of the quality model of Parasuraman, Zeithaml and Berry in health services. **Rev. esc. enferm. USP**. São Paulo, v. 47, n. 5, p. 1227-1232, out. 2013. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0080-623420130000500030>>. Acesso em: 10 fev.2020.

PEDRAZA, Dixis Figueroa et al. [Accessibility to Basic Family Health Units from the perspective of the elderly]. **Cien Saude Colet.**, v. 23, n. 3, p. 923-933, mar. 2018.

PERILLO, Rosângela Durso et al. Fatores associados à avaliação da Atenção Primária à Saúde na perspectiva do usuário: resultados do inquérito telefônico Vigitel, 2015. **Ciênc. Saúde Coletiva** [online]. 2021, v. 26, n. 3, pp. 961-974. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-81232021263.45722020>>. Acesso em: 27 jun. 2021.

QIAN, Men-Bao et al. Assessment of health education products aimed at controlling and preventing helminthiasis in China. **Infect Dis Poverty**, v. 8, n. 1, p. 22, mar. 2019.

QUEIROZ, Rosimeire Fontes de et al. Perception of nursing workers on the care of hypertension in older adult. **Rev. Bras. Enferm.** v. 72, supl. 2, p. 3-13, 2019. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0681>>. Acesso em: 26 jun. 2021.

QUINTERO CRUZ, María Victoria et al. Educación sanitaria para la calidad de vida y empoderamiento de la salud de personas mayores. **Gerokomos**, Barcelona, v. 28, n. 1, p. 9-14, 2017. Disponível em: <<http://scielo.isciii.es/pdf/geroko/v28n1/1134-928X-geroko-28-01-00009.pdf>>. Acesso em: 12 nov. 2019.

RIO GRANDE DO SUL. Fundação de Economia e Estatística. **Estimativas Populacionais (Revisão 2020), ano 2018**. Porto Alegre, 2018. Disponível em:

< <https://dee.rs.gov.br/populacao/>>. Acesso em: 05 out.2021.

RIO GRANDE DO SUL. Diário Oficial do Estado do Rio Grande do Sul. Secretaria Estadual da Saúde. **Portaria SES nº 444/2021**. Aprova a Política Estadual de Saúde da Pessoa Idosa. Disponível em: <<https://saude.rs.gov.br/upload/arquivos/202106/16165002-politica-estadual-de-saude-da-pessoa-idosa.pdf>>. Acesso em: 16 jul. 2021.

ROMERO, Dalia Elena et al. Diretrizes e indicadores de acompanhamento das políticas de proteção à saúde da pessoa idosa no Brasil. **Revista Eletrônica de Comunicação, Informação e Inovação em Saúde**, [s. l.], v. 13, n. 1, p. 134–157, 2019. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.29397/reciis.v13i1.1569>>. Acesso em: 12 fev. 2020.

SACCO, Ruth da Conceição Costa e Silva et al. Avaliação da microgestão em Unidades Básicas de Saúde em ações para idosos em uma região de saúde do Distrito Federal, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva** [online], v. 24, n. 6, p. 2173-2183, 2019. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-81232018246.08332019>>. Acesso em: 10 jul. 2021.

SACCO, Ruth da Conceição Costa e Silva et al. Trajetórias assistenciais de idosos em uma região de saúde do Distrito Federal, Brasil. **Saúde em Debate** [online]. v. 44, n. 126, p. 829-844, 2020. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0103-1104202012618>>. Acesso em: 27 jun. 2021.

SANTOS, Mara Lisiane de Moraes dos et al. Barreiras arquitetônicas e de comunicação no acesso à atenção básica em saúde no Brasil: uma análise a partir do primeiro Censo Nacional das Unidades Básicas de saúde, 2012. **Epidemiologia e Serviços de Saúde** [online], v. 29, n. 2, 2020. Disponível em: <<https://doi.org/10.5123/S1679-49742020000200022>>. Acesso em: 19 jul. 2021.

SCHENKER, Miriam; COSTA, Daniella Harth da. Advances and challenges of health care of the elderly population with chronic diseases in Primary Health Care. **Cien Saude Colet**, v. 24, n. 4, p. 1369-1380, abr. 2019.

SCHIFFMAN, Leon; KANUK, Leslie. **Comportamento do consumidor**. LTC Editora. 6ª ed. p.27, 2000.

SCORTEGAGNA, Helenice de Moura et al. Letramento funcional em saúde de idosos hipertensos e diabéticos atendidos na Estratégia Saúde da Família. Escola Anna Nery [online], v. 25, n. 4, 2021. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2020-0199>>. Acesso em: 17 set. 2021.

SERAPIONI, Mauro; SILVA, Marcelo Gurgel Carlos da. Avaliação da qualidade do programa Saúde da Família em municípios do Ceará: uma abordagem multidimensional. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 11, p. 4315-4326, nov. 2011. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232011001200004>>. Acesso em: 12 fev. 2020.

SILVA, Tiago Rodrigues Bento da et al. Percepção de usuários sobre o Programa Mais Médicos no município de Mossoró, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, n. 09, p. 2861-2869, 2016. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-81232015219.18022016>>.

SILVA, Líliam Barbosa et al. Assessment of the quality of primary care for the elderly according to the Chronic Care Model. **Rev Lat Am Enfermagem**, 26, p. e2987, mar. 2018.

SILVA, Ana F. et al. The Relationship between Health Perception and Health Predictors among the Elderly across European Countries. **Int. J. Environ. Res. Public Health**, v.18, n. 8, p.1-10, 2021a. Disponível em: <<https://doi.org/10.3390/ijerph18084053>>. Acesso em: 17 set. 2021.

SILVA G. S. de M et al. Efeitos de um programa de intervenção de atividade física, educação e promoção de saúde com idosos hipertensos usuários do Sistema Único de Saúde. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, v. 13, n. 4, p. 2-10, 29 abr. 2021b.

SIRIWARDHANA, Dhammika D. et al. Prevalence of frailty and prefrailty among community-dwelling older adults in low-income and middle-income countries: a systematic review and meta-analysis. **BMJ Open**, v. 8, n. 3, p. e018195, Mar 1 2018.

SISSON, Maristela Chitto et al. Satisfação dos usuários na utilização de serviços públicos e privados de saúde em itinerários terapêuticos no sul do Brasil. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação [online]**, v. 15, n. 36, p. 123-136, 2011. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S1414-32832010005000042>>. Acesso em: 04 set. 2021.

SOUSA, Laelson Rochelle Milanês et al. Dimensões da satisfação dos usuários da Estratégia Saúde da Família. **Revista Portuguesa de Investigação Comportamental e Social**, v. 3, n. 2, p. 2-9, 29 set. 2017. Disponível em: <<https://doi.org/10.7342/ismt.rpics.2017.3.2.50>>. Acesso em: 12 fev. 2020.

SOUZA, Yanne Viana et al. Percepção de pacientes sobre sua relação com médicos. **Revista Bioética [online]**, v. 28, n. 2, p. 332-343, 2020. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1983-80422020282395>>. Acesso em: 18 jul. 2021.

STARFIELD, Barbara. **Atenção Primária, equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços-tecnologia**. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002. 726p.

STEIN, Ernildo. Dialética e hermenêutica: uma controvérsia sobre o método em filosofia. *In*: HABERMAS, J. **Dialética e hermenêutica: para a crítica da hermenêutica de Gadamer**. Porto Alegre: L&PM, 1987.

TASCA, Renato et al. Recomendações para o fortalecimento da atenção primária à saúde no Brasil. **Rev Panam Salud Publica**, v. 44, p. 1-8, 2020. Disponível em: <<https://doi.org/10.26633/RPSP.2020.4>>. Acesso em 17 set. 2021.

TESSER, Charles Dalcanale; NORMAN, Armando Henrique; VIDAL, Tiago Barra. Acesso ao cuidado na Atenção Primária à Saúde brasileira: situação, problemas e estratégias de superação. **Saúde em Debate**, [s. l.], v. 42, n. spe1, p. 361–378, 2018.

TREVISOL, Daniele Moi et al. Referências médicas evitáveis em unidade de saúde de Porto Alegre – um estudo exploratório. **Rev Bras Med Fam Comunidade**, v. 15, n. 42, p. 1-12. Disponível em: <[https://doi.org/10.5712/rbmfc15\(42\)2129](https://doi.org/10.5712/rbmfc15(42)2129)>. Acesso em: 17 set. 2021.

TRIVIÑOS, Augusto N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação**. São Paulo: Atlas, 1987.

UNITED NATIONS, Department of Economic and Social Affairs, Population Division. **World Population Prospects 2019: Highlights**. United Nations: New York, 2019. Disponível em: <<https://reliefweb.int/report/world/world-population-prospects-2019-highlights>>. Acesso em: 10 fev. 2020.

VERAS, Renato. Population aging today: demands, challenges and innovations. **Rev Saude Publica**, v. 43, n. 3, p. 548-554, jun. 2009.

VOLPATO, Luciana Fernandes; MARTINS, Luiz Cândido. Qualidade nos serviços de saúde: percepção dos usuários e profissionais. **Revista Espacios**, v. 38, n. 42, 2017.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Declaration of Alma-Ata. **International Conference on Primary Health Care**, Alma-Ata, USSR, 12 set.1978. Disponível em: <https://www.who.int/publications/almaata_declaration_en.pdf?ua=1>. Acesso em: 10 fev.2020.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO); UNICEF; HIS; SDS. Declaration of Astana. **Global Conference on Primary Health Care**, [s. l.], 2018. Disponível em: <http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt2528_19_10_2006.html>. Acesso em: 20 nov. 2019.

APÊNDICE A: ARTIGO CIENTÍFICO

Equipes de Saúde da Família versus Equipes de Atenção Primária: avaliação do cuidado segundo a ótica da pessoa idosa

Family Health Teams' versus Primary Care Teams': assessment of care according to the elderly person's perspective

RESUMO

Este estudo objetiva avaliar e comparar as Equipes de Saúde da Família (ESF) e Equipes de Atenção Primária (EAP) e as ações de Educação em Saúde para a população idosa desenvolvidas em serviços de Atenção Primária à Saúde (APS). Trata-se de uma pesquisa qualitativa com 80 idosos de oito municípios da Serra Gaúcha, sendo quatro deles com ESF e quatro com EAP. Aplicaram-se entrevistas semiestruturadas através do instrumento de avaliação da qualidade de serviços (SERVQUAL), adaptado para a APS, com a inserção de questões em outra dimensão: Educação em Saúde. Após a transcrição do material, este foi analisado à luz da abordagem hermenêutica-dialética. Não se evidenciaram grandes diferenças entre as equipes de ESF e EAP, exceto pelos atendimentos domiciliares, mais frequentes nos locais com ESF. A valorização da consulta médica e da medicalização, a importância do vínculo entre idoso e o profissional para a longitudinalidade do cuidado, situações de acolhimento frágil relatados em ESF e EAP, assim como a avaliação positiva dos aspectos tangíveis (estrutura física, ambiência) emergiram em ambas as equipes. Identificou-se, ainda, relevância secundária do Agente Comunitário de Saúde presente nas equipes de ESF, o qual foi referido pelos idosos como informante do serviço de saúde.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde. Avaliação da Qualidade da Atenção. Envelhecimento. Idoso.

Abstract

This study aims to evaluate and compare the Family Health Teams (FHT) and Primary Care Teams (PCT) and the Health Education actions for the elderly population developed in Primary Health Care (PHC) services. This is a qualitative research with 80 elderly people from eight cities in Serra Gaúcha, four of them with FHT and four with PCT. Semi-structured interviews were applied through the service quality assessment instrument (SERVQUAL), adapted for PHC, with insertion of questions in another dimension: Health Education. After transcription of the material, it analyzed in the light of the hermeneutic-dialectic approach. There were no major differences between the FHT and PCT teams, except for home visits, which is more frequent in places with FHT. The enhancement of medical care and medicalization, the importance of the link between the elderly and the professional for the longitudinality of care, situations of fragile care reported in FHT and PCT, as well as the positive evaluation of the aspects tangible (physical structure, ambience) emerged in both teams. It was also identified secondary relevance of the Community Health Worker present in the FHT teams, which reported by the elderly as a health service informant.

Keywords: Primary Health Care. Health Care Quality. Aging. Aged.

INTRODUÇÃO

A atenção primária à saúde (APS) preconiza o acesso universal aos serviços de saúde, pautados na integralidade e resolutividade do cuidado. Propõe abordagem voltada não apenas

à cura das doenças, mas também à promoção da saúde e prevenção de agravos, tratamento, reabilitação¹ e cuidados paliativos².

No Brasil, a APS esteve pouco difundida até a década de 90^{3,4}, quando assumiu notoriedade através do Programa Saúde da Família. Esta conformação, posteriormente denominada Estratégia de Saúde da Família (ESF), visava à ampliação e reorganização das equipes da APS, com a valorização das ações de promoção da saúde e prevenção de agravos, além das terapêuticas, já instituídas.^{3,4} Apesar da indução financeira governamental para expansão das equipes de ESF em todo país, vários municípios mantiveram a APS no modelo dos antigos Centros de Saúde, à época existentes. Desse modo, passaram a coexistir ambas as composições nos serviços da APS: com agentes comunitários de saúde, enfermeiros, médicos e técnicos de enfermagem na ESF, enquanto que nos demais serviços perdurou a composição sem o agente comunitário.³

A partir de 2019, o Ministério da Saúde delineou o financiamento para as denominadas Equipes de Atenção Primária (EAP), estratégia que buscava a ampliação do acesso e cobertura da APS. Esta conformação de equipe, contudo, não se sobrepôs à ESF, visto que se vedou substituí-la por EAP, mantendo-a como equipe prioritária no nível primário de atenção.⁵

Ao se observar a transição epidemiológica evidenciada nas últimas décadas, com expressivo aumento da proporção de idosos na população brasileira, é inevitável a elevação da demanda aos serviços da APS, especialmente na atenção às condições crônicas que acometem, amiúde, essa faixa etária.^{6,7,8} Destaca-se que, em alguns estados brasileiros, como o Rio Grande do Sul, a taxa de idosos supera 19% da população, segundo estimativas do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística.⁹ Esse índice se assemelha à proporção de idosos de países com maior nível de desenvolvimento, como a Irlanda.¹⁰

Nesse contexto irreversível de envelhecimento populacional, faz-se imperioso que as equipes da APS difundidas no país realizem adequadamente a assistência à saúde dessa população. Dessa forma, este estudo se propõe a avaliar e comparar os diferentes tipos de equipes da APS, ou seja, ESF e EAP, assim como identificar a existência e a forma de realização das ações de Educação em Saúde nessas equipes, segundo a percepção da população idosa residente em municípios da Serra Gaúcha/RS.

A pesquisa é parte integrante do trabalho conduzido por um dos autores, inserido no programa de Pós-Graduação em Ensino na Saúde de Instituição de Ensino Superior.

METODOLOGIA

Trata-se de estudo transversal, de abordagem qualitativa e aplicada, na forma de pesquisa de campo, cujos participantes foram 80 idosos moradores de oito municípios da região nordeste do Rio Grande do Sul, os quais organizam sua Atenção Primária com Equipes de Saúde da Família (ESF) (quatro municípios, identificados pelas letras S1 a S4) e Equipes de Atenção Primária (EAP) (quatro municípios, AP1 a AP4)). A escolha dessas localidades ocorreu por conveniência, visto que os municípios com equipes de ESF registram as maiores proporções de pessoas idosas da região citada (29%¹¹) e os outros quatro eleitos apresentam a APS composta com equipes de EAP.

Os sujeitos foram escolhidos a partir dos seguintes critérios de inclusão: idade igual ou superior a 60 anos; ambos os sexos; estar cadastrado no serviço da APS municipal; residir no município avaliado; ter utilizado algum serviço da APS (consulta, procedimento, grupo) ou recebido visita domiciliar da equipe de saúde nos últimos seis meses.

A definição do número de participantes considerou aspectos como: acesso, disponibilidade e representatividade de cada local e, além disso, baseou-se em estudos

prévios.^{12,13,14,15} Desse modo, optou-se por adotar uma amostra não-probabilística, intencional e por conveniência. Os idosos foram escolhidos aleatoriamente, através de sorteio, a partir de registros dos atendimentos recentes (seis meses anteriores às entrevistas) das equipes avaliadas. O convite para participação ocorreu presencialmente, quando se esclareceu os objetivos, tempo médio de duração, bem como outras informações pertinentes.

As entrevistas aconteceram entre os meses de novembro e dezembro de 2020, aplicadas por um dos pesquisadores, e registradas através de filmagem, mediante anuência do idoso através de consentimento livre e esclarecido (identificados por números romanos de I a X). A duração variou entre 10 minutos à 01 hora, realizadas tanto nas Unidades de Saúde, quanto no domicílio das pessoas idosas das áreas urbana e rural, de forma a obter a perspectiva ampliada dos idosos residentes em cada município.

O instrumento utilizado nas entrevistas semiestruturadas (tabela 1) foi a Escala de Avaliação da Qualidade dos Serviços SERVQUAL,¹⁶ a qual foi adaptada aos serviços da APS segundo pesquisas prévias.^{17,18} A adaptação proposta manteve as cinco dimensões originais: confiabilidade, segurança (garantia), tangibilidade, empatia e capacidade de resposta ou responsividade, através de perguntas abertas, além de incluir a dimensão Educação em Saúde, em consonância aos objetivos da pesquisa. Não se adotaram respostas com escala Likert ou outra forma de graduação de intensidade, devido à abordagem qualitativa e da natureza (aberta) das questões. Posteriormente, transcreveram-se as entrevistas, resumidamente, analisando-as à luz da Hermenêutica e Dialética.¹⁹

O estudo foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa de Instituição de Ensino Superior e realizado após sua aprovação, através do CAAE nº 29463220.8.0000.5345 e Parecer nº 3.980.972.

Tabela 1: Escala SERVQUAL Adaptada: roteiro de entrevista

Dimensão	Questões
Confiabilidade	<p>O que o Sr(a) entende por capacidade técnica dos profissionais de saúde e o que pensa deles?</p> <p>O que o Sr(a) espera quando procura a UBS para uma consulta/ exame/procedimento (como é e como gostaria)?</p> <p>O que o Sr(a) pensa quando é encaminhado para outros especialistas/exames?</p>
Segurança	<p>O que o Sr(a) espera receber quanto a orientações da equipe e o que pensa em relação a isso (clareza/compreensão)?</p> <p>O que o Sr(a) pensa sobre a confiança/segurança da equipe? Como deveria ser?</p>
Tangibilidade	<p>Em relação ao ambiente e equipamentos, o que o Sr espera do serviço de saúde? Como é?</p> <p>Em relação aos profissionais, o que o Sr(a) espera da aparência dos profissionais de saúde? Como é?</p>
Empatia	<p>O que o Sr(a) pensa do tratamento (acolhimento) do serviço de saúde? Como deveria ser?</p> <p>O que o Sr(a) pensa sobre o interesse da equipe sobre sua saúde/problema? Como gostaria que fosse?</p>
Capacidade de resposta	<p>O que o Sr(a) espera quando procura o serviço (resposta às demandas)?</p> <p>O que o Sr(a) pensa em relação aos serviços que a equipe realiza (oferta de consultas/exames/grupos)? Como o Sr. fica sabendo deles?</p>
Educação em Saúde	<p>Sobre as orientações de saúde/ educação em saúde, o que Sr (a) acha dos assuntos abordados (pertinência/ utilidade)?</p> <p>O que o Sr (a) achou do profissional que conduziu a ação (conhecimento/segurança/ organização)?</p> <p>Como foi/foram realizada(s)? (espaço físico, materiais utilizados, adequação do tempo)</p> <p>Como o Sr (a) se sente em caso de dúvidas sobre o assunto ou tratamento (liberdade para questionamentos)?</p> <p>A Educação em Saúde/orientações recebidas foram importantes para o Sr(a)?</p>

Fonte: elaborado pelos autores.

RESULTADOS

A seguir, serão apresentados os resultados, segundo as dimensões da escala SERVQUAL.

Capacidade de resposta

A dimensão capacidade de resposta, inicialmente, apresentou avaliação positiva pelos idosos, tanto nas equipes de ESF como nas EAP. Entretanto, durante as respostas, os participantes expuseram situações em que o serviço não atendeu suas necessidades (expectativas não atendidas), como na falta do médico de maior vínculo ou na ausência desse profissional em caso de necessidade de consulta, assim como na falta de remédios na farmácia básica do município (situação relativamente comum devido a atrasos de licitação).

As queixas relacionadas à falta de medicações emergiram em algumas falas acerca dos oito serviços avaliados, fato que possibilita concluir não haver diferenças significativas entre equipes de ESF e EAP neste ponto. Observa-se, portanto, que independentemente da organização da equipe, os idosos priorizam a medicalização como forma de cuidado e mantém a cultura de assistência centrada na figura médica e o remédio como “solução” de seus problemas de saúde. Logo, estas podem ser consideradas as expectativas predominantes dessa população ao buscar o serviço de saúde.

Em relação à busca por consulta, no entanto, as equipes de ESF mostraram melhor desempenho, quando comparadas às equipes de EAP. Um dos motivos que pode explicar essa diferença é a carga horária do profissional médico da ESF, que deve cumprir 40 horas semanais, conforme a Política Nacional de Atenção Básica.²⁰ Apenas um município com

equipe de ESF recebeu avaliações negativas de alguns idosos nessa dimensão, em virtude das rotinas do profissional médico. Seguem alguns relatos:

SF4 (I): “Para mim está bom, mas tem gente se queixando do médico. Ele teria que atender até no meio-dia, mas se chegar lá às 11:30 ele não vai atender. De manhã, o horário dele é às 08, mas ele chega às 09 horas”.

AP2 (III): “Eu estava sem receita e a moça da portaria me disse para consultar com o outro. Ele me disse que não fazia receita de outros médicos, bem grosso. Sempre procuro ir quando tem o meu médico. Se mesmo eu precisar de urgência, vou no plantão em [cita o hospital de município vizinho]”.

Em relação à presença do Agente Comunitário de Saúde (ACS), integrante da equipe de ESF, esse profissional obteve reconhecimento apenas por alguns idosos, normalmente residentes de zona rural ou que moravam sozinhos. Entretanto, esse profissional assumiu significância limitada em relação aos demais integrantes da ESF, associado à transmissão de informações sobre o serviço de saúde, referidos em relatos como “a moça dos recados”.

Outro fator limitante evidenciado na capacidade de resposta da APS é a espera por exames, consultas especializadas e procedimentos cirúrgicos nos serviços de referência em outros municípios, embora este aspecto não tenha interferido diretamente na avaliação dos serviços locais.

SF2 (IX): “Às vezes é complicado, quando tem que ir para fora, fazer consulta ou exame. Daí é bem demorado. A ressonância [participante fez ressonância devido à osteoartrose] demorou uns 06 meses.”

Em situações que o idoso vive na zona rural e não tem meios de se deslocar até a sede, alguns serviços da APS, tanto ESF, quanto EAP, ofertam o transporte desde a residência, especialmente nos casos mais vulneráveis. Esta prática obteve reconhecimento e elogios dos participantes, visto que facilita a longitudinalidade da atenção a essa população.

No que concerne aos encaminhamentos para serviços especializados em cidades maiores, a maioria dos entrevistados compreende que os municípios são pequenos e teriam pouca demanda para a implantação de serviços mais complexos e de custo financeiramente elevado.

Ainda em relação à capacidade de resposta, mesmo que os atendimentos domiciliares (visitas dos profissionais de nível superior) sejam realizados rotineiramente pelas equipes de ESF, houve relatos dessa prática nos dois tipos de equipes, ESF e EAP, planejadas mediante a necessidade. Dessa forma, não se evidenciaram diferenças consideráveis, exceto a frequência, entre as equipes de ESF e EAP. Portanto, independentemente do tipo de equipe da APS (ESF e EAP), o rol de ações ofertadas pode ser realizado por todos os arranjos de equipes e varia de acordo com os processos de trabalho de APS.

AP3 (VI): “Eles vêm fazer os curativos para o meu marido todos os dias [idoso acamado com lesão em joelho, estava com fixador externo]”.

Confiabilidade

Nesta dimensão, boa parte dos idosos referiu confiar no serviço de saúde, tanto as equipes de ESF, quanto as equipes de EAP. Entretanto, denota-se que as experiências anteriores interferem, notadamente, na confiabilidade do serviço. Decepções prévias relacionadas ao atendimento e à resolutividade da assistência impactam sobremaneira a

utilização do serviço, de forma que, aqueles com vivências negativas evitem buscar a APS local em casos mais complexos e tendem a procurar pontos cuja atenção seja mais “confiável”, especialmente se há disponibilidade de recursos financeiros. Essa prática fragiliza a longitudinalidade e o acesso à APS, atributos fortemente associados à confiabilidade do serviço.

Essa dimensão esteve bastante relacionada ao vínculo com o profissional, especificamente o médico. Exceto no município SF1, onde não emergiram citações a um determinado profissional, nos demais locais os idosos mencionavam aquele com quem tinham confiança/vínculo, indicando a preferência no atendimento. É provável que isto decorra de experiências positivas anteriores, fortemente influenciadas pela confiabilidade estabelecida entre profissionais da saúde e idosos.

Dessa forma, o vínculo parece contribuir na confiabilidade do serviço de saúde e não se perceberam diferenças significativas entre as ESF e EAP na maioria dos relatos, já que os profissionais trabalhavam nesses locais há algum tempo, alguns estáveis. Esse aspecto, no entanto, obteve críticas dos entrevistados em município com equipe de EAP onde ocorria rotatividade frequente de médicos, sugerindo que este fator, além de fragmentar a longitudinalidade do cuidado, impacta a confiança da APS local.

Já os encaminhamentos a outros níveis de atenção: secundário e terciário, não pareceram interferir na confiabilidade dos serviços, demonstrando que as expectativas dos idosos acerca da resolutividade dos problemas na APS são limitadas. Ademais, algumas entrevistas apontaram descontentamentos associados aos profissionais locais, em caso de demora no encaminhamento a especialistas. Este fato ratifica o reconhecimento das limitações na assistência à saúde local.

Outro ponto observado relacionou-se à busca dos serviços da APS pelos idosos com planos de saúde suplementar. Apesar de alguns deles indicarem preferência pelo cuidado com

os profissionais da assistência privada, ainda mantêm o acesso à APS através da assistência farmacêutica, imunizações, transporte sanitário e eventuais consultas.

Através de busca nos dados públicos da Agência Nacional de Suplementar (ANS, competência dezembro/2020), a fim de obter o número de beneficiários de planos de saúde suplementar, identificaram-se percentuais de beneficiários variados nos locais deste estudo, desde inferior a 1% até acima de 58%. Destaca-se, assim, que as maiores proporções de idosos com planos de saúde suplementar foram nos municípios SF2 (33,8%) e AP4 (58,6%). Nota-se, portanto, que mesmo nos locais onde há uma expressiva população idosa com plano de saúde suplementar, este grupo utiliza os serviços da APS, mesmo que de forma restrita, fator que não inviabilizou a avaliação dos serviços.

Empatia

A dimensão empatia recebeu avaliação positiva pela maioria dos idosos em ambas as equipes de ESF e EAP. Essa percepção favorável sobre o acolhimento do serviço de saúde indica que decepções ou experiências negativas com algum profissional são superadas quando a análise envolve a totalidade do serviço e não influenciam, diretamente, na avaliação geral. Além disso, os idosos não sinalizaram dificuldades no acesso à APS, tanto nas equipes de ESF, quanto nas EAP, indicando que o serviço comporta a demanda local.

A humanização do atendimento, aspecto avaliado na dimensão empatia, demonstrou falhas no processo de trabalho, semelhante ao ocorrido nas outras dimensões após uma avaliação inicial positiva. Um dos motivos apontados relacionaram-se à situações de ausência de profissionais (devido a férias ou motivos diversos). Segue relato que transparece a insatisfação com o atendimento recebido:

SF4 (VII): “Teve um dia que estava bem ruim, daí fui me consultar. Cheguei no posto e disseram que médico não tinha [o profissional estava de férias]. Mas acho que nesse caso tinha que ver pelo menos os sinais”.

Na fala acima, fica evidente a fragilidade do processo de trabalho no tocante ao acolhimento do serviço da APS, item relevante na avaliação dessa dimensão. Em outros relatos, percebeu-se que o processo de trabalho e as regras relativas ao SUS podem comprometer a avaliação do acolhimento recebido, a exemplo das situações onde é exigida a receita para retirada de medicamentos da farmácia municipal.

Nas situações em que os idosos utilizam o transporte do município houve vários relatos positivos associados à empatia, direcionados à garantia do meio de transporte, sempre que necessário, e aos motoristas, indicando que este item se relaciona à resolutividade e ao sentimento de segurança do serviço de saúde, o qual foi identificado em ambas equipes de APS (ESF e EAP).

Segurança

Em um primeiro momento, a maioria dos idosos afirmou ter segurança na assistência ofertada no serviço de saúde. Contudo, observa-se que esta dimensão se associa a um profissional específico, normalmente aquele de maior vínculo profissional-paciente. Este fator sugere que a segurança transversaliza a confiança (confiabilidade) nas equipes e profissionais de saúde. Alguns relatos, no entanto, sinalizaram episódios de frustração acerca do cuidado à saúde, que impactaram a percepção de segurança do serviço em sua totalidade, tais como nos casos de diagnósticos falhos ou tardios (doenças graves).

Ainda nessa dimensão, questionou-se sobre as recomendações/orientações recebidas nas consultas e/ou retirada de medicamentos. Observou-se tal prática de cunho educativo na maioria das falas. Entretanto, percebe-se que as orientações associadas ao tratamento são uma rotina incorporada pelos profissionais, mas efetuadas de maneira automatizada e sem individualidade, tornando-as pouco resolutivas, visto que necessitam de abordagens diferenciadas conforme cada paciente.

Tangibilidade

A tangibilidade foi a dimensão melhor avaliada pelos idosos. Sete (87,5%) das oito unidades da APS foram consideradas organizadas, limpas, com boa estrutura e ambiência agradável. Já em relação aos apontamentos negativos, as causas se relacionaram à localização do serviço de saúde (em um local) e um participante de outro município citou a barreira organizacional relacionada ao horário de funcionamento, que fechava ao meio-dia.

No serviço avaliado negativamente, o prédio está situado no meio de um morro íngreme e, devido ao decréscimo na funcionalidade, alguns idosos sinalizaram dificuldades para chegar ao local caminhando, mesmo que a distância permitisse o deslocamento (impacto sobre a autonomia e independência do idoso).

Pode-se observar, nesta dimensão, que a população idosa se satisfaz, desde que tenha a estrutura física mínima para atender suas necessidades (recursos físicos e humanos), além de acesso facilitado (sem barreiras geográficas). Segue relato que ratifica a análise mencionada.

AP4 (I): “Eu acho o prédio uma vergonha porque ali não era o lugar para fazer o posto de saúde. Ainda mais para minha idade. Eu tenho carro, mas, às vezes, prefiro caminhar. Eu

desço lá, tudo bem, mas depois [ao retornar] quando chega em cima não dá nem para respirar”.

Educação em Saúde

De um modo geral, todos os serviços da APS avaliados desenvolviam alguma ação de atividade coletiva associada à educação em saúde. No momento das entrevistas, estas atividades estavam suspensas na maioria dos locais, devido à restrição impostas pelo período pandêmico. Em dois locais as atividades tinham reiniciado algumas semanas antes da realização das entrevistas e um grupo optou por prosseguir através de mídia digital por aplicativo, embora não obteve a mesma adesão. As atividades coletivas eram organizadas por um profissional específico (AP3); pela equipe da APS (SF1, SF2, AP4) ou pela integração intersetorial com a Assistência Social (SF3, SF4, AP1, AP2), principalmente nos municípios onde a saúde e assistência social estão unificadas na mesma secretaria.

Nesta dimensão, distintamente as outras, identificou-se maior participação (acesso) dos idosos moradores da área urbana. Isto pode ser justificado por motivos como: dificuldades no deslocamento (as mulheres eram mais propensas a participar, mas dependiam de familiares ou terceiros para o transporte); prioridade para o trabalho em detrimento a atividades de “lazer”; preferências pessoais do idoso (os homens demonstravam resistências em participar de atividades de saúde); horários incompatíveis com as ocupações rotineiras da casa ou família.

As atividades coletivas consistiram em palestras, principalmente voltadas aos hipertensos e diabéticos, atividades físicas, dança, jogo de cartas, cantos, artesanato, além de uma iniciativa de reeducação alimentar e emagrecimento. Por ser uma atividade por adesão, os relatos foram todos positivos, de forma que não se observaram falhas no cumprimento das

expectativas. Os idosos destacaram a importância do convívio social, do encontro com os conhecidos para “passar uma tarde diferente” e da necessidade de ter atividades para se ocuparem. Quando indagados sobre o que versavam as orientações de saúde recebidas nos grupos, a maioria deles não recordava, fato que pode indicar a relevância predominante dessas ações para a saúde mental destas pessoas.

Na sequência, descrevem-se alguns relatos dos grupos na APS:

SF1 (VII): “Era muito bom, vinha os médicos explicar os assuntos de saúde, depois a gente tinha uma hora de física. A gente sentiu falta quando parou, tu não via a hora de chegar o dia”.

AP4 (X): “Era muito bom, porque a gente vinha aqui, agora estamos fazendo no celular, tinha umas 30 pessoas que participavam. Nós fazia exercício, a gente se encontrava, trocava ideia”.

DISCUSSÃO

A avaliação geral dos serviços de saúde demonstrou satisfação dos participantes em ambas equipes de ESF e EAP, embora, em algumas falas, tenham sido expostos problemas ou frustrações relativos à assistência recebida e, portanto, se apontaram pontos positivos e negativos nos dois tipos de equipes. Apesar das ressalvas, outras pesquisas^{9,22,23,24} também apontaram avaliações gerais positivas para os serviços da APS.

O crescimento da população idosa eleva a demanda sobre os serviços de saúde, principalmente consultas médicas, e a autopercepção negativa do estado geral de saúde é um fator que influencia nessa busca^{8,9,25}. Essa maior utilização decorre, prioritariamente, das múltiplas morbidades e o consumo de vários medicamentos (polifarmácia), característica relativamente comum nessa população^{8,9}.

Sobre a valorização da assistência farmacêutica, a medicação emergiu como a prática mais frequente no cuidado em saúde, observada neste estudo e corroborada pela literatura.^{23,26} A cultura da prescrição centralizada no profissional médico fortalece a biomedicalização e a lógica curativa do processo de trabalho das equipes de Atenção Primária.²⁶

Neste estudo, se observou uma relevância secundária do ACS e essa percepção variou de acordo com a capacidade de vínculo e o perfil/envolvimento deste profissional com os moradores de sua área de atuação. Outros estudos,^{24,27,28} diferem desta pesquisa, ao apontar que a visita domiciliar do agente comunitário é um fator influenciador na satisfação com o serviço,²⁷ dada a maior atenção dispensada às pessoas idosas, contexto que favorece a formação de vínculos.²⁴ Além disso, o fato deste profissional residir na comunidade potencializa as ações da equipe, por conhecer os problemas de saúde presentes no território.²⁸

Possivelmente, a menor relevância do ACS observada na presente pesquisa se justifica pela necessidade do planejamento da visita, a fim de que esta seja resolutiva, e não apenas uma atribuição desempenhada mecanicamente ou em cumprimento a determinações da gestão. O planejamento das visitas domiciliares, em conjunto com os demais integrantes da equipe, tem o intuito de otimizar as ações desempenhadas pelos ACS na abordagem das famílias²⁸ e deveria ser uma prática instituída pelas equipes de ESF. Estudo que buscou informações sobre o planejamento das visitas nas diferentes regiões brasileiras apontou que, em algumas localidades, como a região sul do país, há baixa proporção de equipes que realizam a programação conjunta das visitas domiciliares, contexto que denota a fragmentação no processo de trabalho das equipes da APS.²⁸

Os atendimentos domiciliares, avaliados positivamente pelos participantes, são ações que ampliam o rol de serviços das equipes, confirmando os achados de outros estudos,^{10,27,30} além de estimular a formação de vínculos e possibilitar o acesso àqueles com restrições de mobilidade e/ou dificuldades de deslocamento²⁷.

Assim, o vínculo emergiu como fator importante na relação de confiança entre serviço de saúde e o idoso, achado ratificado por outros estudos.^{25,31,32,33} A vinculação e responsabilização da equipe são aspectos relevantes para o reconhecimento da APS como principal ponto de acesso à rede de atenção.³³ Quando isso não ocorre, a APS não assume o papel de coordenadora do cuidado, o que dificulta a formação do vínculo, influenciado, também, pela qualidade das relações estabelecidas entre profissionais e população.³¹

A longitudinalidade e o vínculo da população ocorrem, mais comumente, nas equipes em que os profissionais são estáveis ou atuam há mais de três anos, posto que o tempo necessário para desenvolvimento das relações interpessoais contribui favoravelmente nesse processo.³² A rotatividade dos profissionais, por sua vez, induz à quebra da relação de confiança dos usuários com o serviço de saúde, impactando a continuidade do plano terapêutico instituído³³ e, conseqüentemente, a resolutividade dos serviços de saúde.²⁵

O acolhimento humanizado, atitude preconizada para as equipes da APS, esteve associado ao modo como as pessoas idosas eram recebidas no serviço de saúde, assim como pela obtenção de medicações, consultas/procedimentos. Resultados de pesquisa³⁵ com idosos indicam satisfação com o acolhimento recebido no serviço de saúde. Entretanto, semelhante ao presente estudo, o “acolhimento” é entendido como ser recebido cordialmente, obter os medicamentos e conseguir a demanda desejada. Assim como a empatia e o acolhimento recebido no serviço, a confiança parece desempenhar papel relevante na satisfação com cuidado recebido. Os pacientes, portanto, avaliam positivamente os profissionais quando recebem atenção durante a consulta e são orientados sobre suas condições crônicas/doenças. Portanto, uma queixa recorrente seria a falta de atenção e diálogo durante as consultas. Estes fatores, somados à escuta qualificada e à realização do exame físico seriam mais significativos que, simplesmente, a resolução/cura de doenças³⁶.

Já em relação às orientações para o autocuidado na APS, estudos^{37,38} apontam que estas ocorrem, predominantemente, nas consultas e abordam a prevenção de complicações das doenças existentes (modelo curativo), além dos encaminhamentos para especialistas. Destaca-se que a população idosa representa, normalmente, a maior parcela dos usuários atendidos nos serviços de saúde e, por isso, deveriam ser aproveitadas todas as oportunidades possíveis para realizar orientações de educação em saúde. A adoção de comportamentos benéficos à saúde é mais fácil quando os profissionais realizam ações de caráter educativo e não apenas a transmissão de informações,³⁸ realidade observada neste estudo.

Em relação à localização dos serviços de saúde, ainda que se preconize um ponto de fácil acesso à população, especialmente para população idosa, este item pode sofrer interferências econômicas, políticas e, mesmo, burocráticas; itens presentes nos locais negativamente avaliados. Por conseguinte, os aspectos tangíveis de um serviço de saúde tendem a ficar, na maior parte, sob a governabilidade da gestão, enquanto que as outras dimensões estão fortemente associadas aos profissionais e à organização do processo de trabalho do serviço.

Estudo³⁹ que avaliou as barreiras arquitetônicas ao acesso nos serviços da APS observou que, mais da metade (em torno de 60% dos 120 locais avaliados), apresentaram estruturas com calçadas inadequadas para pessoas com deficiências e idosos. Essas inadequações podem expor os usuários a situações de risco, que se tornam potencialmente mais relevantes em pessoas com alterações visuais e perdas funcionais. Em se tratando da localização e facilidade de acesso ao serviço de saúde, este é um fator preditor para uma melhor satisfação do usuário com o serviço de saúde.²⁷

Sobre as ações desenvolvidas na APS com foco na educação em saúde, os relatos evidenciados na presente pesquisa são similares à pesquisa,³⁷ a qual referiu a realização de práticas educativas através de grupos, palestras, rodas de conversa e durante as consultas.

Essas ações ocorrem, geralmente, sem processo avaliativo, o que impossibilita averiguar sua viabilidade. No presente estudo, realizado sob o prisma do idoso, não se investigou a existência de processos avaliativos das atividades coletivas efetuadas. Contudo, a partir dos relatos, pode-se inferir que os profissionais preocupam-se, prioritariamente, com o planejamento e execução dos grupos, mas não verificam o aproveitamento dessas atividades pelos idosos. Observa-se, portanto, que as diferentes iniciativas são válidas, mas poderiam obter resultados mais expressivos se seguissem um planejamento criterioso, monitoramento e avaliação dos processos, a fim de rever atos falhos ou ineficazes.

Diante do exposto, notou-se que as equipes de ESF e EAP diferiram de forma pouco significativa entre si, segundo a percepção dos idosos. Isto porque os principais anseios dos idosos assemelham-se, independentemente da configuração da equipe da APS. Dentre estas expectativas, destacam-se a necessidade da consulta médica e o acesso à medicação, assim como um acolhimento humanizado, a garantia do transporte, a importância do vínculo com o profissional de saúde (longitudinalidade do cuidado), relacionado também à confiabilidade do serviço de saúde.

A composição distinta das ESF e EAP, caracterizada pela presença do agente comunitário, não evidenciou grande relevância na visão do idoso, observada através dos relatos como “moça que passa os recados”. Por fim, as atividades coletivas com o objetivo de educação em saúde foram identificadas em todos municípios, algumas integradas com a assistência social, tanto nas ESF, quanto nas EAP.

Nota-se, por conseguinte, a satisfação dos idosos em relação ao serviço de saúde associa-se à garantia do cuidado através dos dispositivos existentes na APS (consultas, medicações, grupos educativos). Dessa forma, aspectos como o perfil profissional sensível ao trabalho na APS, qualificação e humanização do cuidado são itens comuns a todas equipes, relevantes para a satisfação da pessoa idosa com o serviço de saúde.

Esta pesquisa apresentou, como fator limitante, incluir idosos beneficiários de planos de saúde suplementar, existentes em número considerável em dois municípios. Apesar desses idosos também acessarem o sistema público, especialmente para a assistência farmacêutica, a avaliação às demais ações oferecidas pela equipe foi parcial ou esteve impossibilitada, fato ocorrido em algumas entrevistas. À vista disso, sugere-se que outras pesquisas sejam realizadas incluindo apenas a população dependente do SUS ou comparando as percepções dos idosos assistidos no sistema público e na saúde privada.

Por fim, a escala SERVQUAL adaptada demonstrou ser um instrumento útil para a avaliação dos serviços da APS, visto que buscou agregar, através de suas dimensões, questões que permitem identificar os atributos da APS: acesso de primeiro contato, longitudinalidade, integralidade, coordenação, orientação familiar e comunitária, além da competência cultural. Ademais, a escala permitiu identificar o nível de satisfação dos idosos com o serviço de saúde, um dos objetivos deste trabalho. Sugere-se, portanto, que mais estudos sejam realizados com metodologia semelhante ou que avaliem as mudanças ocorridas em determinado período de tempo, a fim de consolidar a escala no escopo de instrumentos avaliativos das equipes de APS.

REFERÊNCIAS

1. World Health Organization (WHO). Declaration of Alma-Ata. International Conference on Primary Health Care, Alma-Ata, USSR, 12 set.1978.
2. Almeida G, Artaza O, Donoso N, Fábrega R. La atención primaria de salud en la Región de las Américas a 40 años de la Declaración de Alma-Ata. *Rev Panam Salud Publica*. 2018 Sep 24;42:e104.

3. Tesser, CD, Norman, AH, Vidal, TB. Acesso ao cuidado na Atenção Primária à Saúde brasileira: situação, problemas e estratégias de superação. *Saúde em Debate*. 2018; 42:361-378.
4. Leite RS, Santos AM, Ribeiro CL, Brito, MF. Estratégia Saúde da Família versus centro de saúde: modalidades de serviços na percepção do usuário. *Cadernos Saúde Coletiva* 2016; 24: 323-329.
5. Harzheim E. "Previne Brasil": bases of the Primary Health Care Reform. *Cien Saude Colet* 2020 mar;25(4):1189-1196.
6. Oliveira PC, Silveira MR, Ceccato MDGB, Reis AMM, Pinto IVL, Reis EA. Prevalência e Fatores Associados à Polifarmácia em Idosos Atendidos na Atenção Primária à Saúde em Belo Horizonte (MG), Brasil. *Cien Saude Colet* 2021 apr;26(4):1553-1564.
7. Perillo RD, Poças KC, Bernal RTI, Duarte EC, Malta DC. Factors associated with the evaluation of Primary Health Care from the user's perspective: results of the telephone survey Vigitel, 2015. *Cien Saude Colet* 2021 mar;26(3):961-974.
8. Schenker M, Costa DHD. Advances and challenges of health care of the elderly population with chronic diseases in Primary Health Care. *Cien Saude Colet* 2019 apr;24(4):1369-1380.
9. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *Rio Grande do Sul, 2021*. Disponível em: <<https://www.ibge.gov.br/apps/populacao/projecao>>. Acesso em: 10 jul. 2021.

10. United Nations. Department of Economic and Social Affairs Population Dynamics. *World Population Prospects 2019*. Disponível em:

<<https://population.un.org/wpp/Download/Standard/Population>>. Acesso: 13 ago. 2021.

11. Rio Grande do Sul. Fundação de Economia e Estatística. Estimativas Populacionais (Revisão 2018), ano 2017. Porto Alegre, 2018. Disponível em:

<<https://www.fee.rs.gov.br/indicadores/populacao/estimativas-populacionais-revisao-2018/>>.

Acesso em: 05 nov. 2019

12. Silva TRB, Silva JV, Pontes AGV, Cunha ATR. Service users' perceptions of the Mais Médicos (More Doctors) Program in the Municipality of Mossoró, Brazil. *Cien Saude Colet* 2016; 21(9):2861-2869.

13. Brito DCS, Paula AM, Grincenkov FRS, Lucchetti G, Sanders-Pinheiro, H. Análise das mudanças e dificuldades advindas após o transplante renal: uma pesquisa qualitativa. *Revista Latino-Americana de Enfermagem* 2015;23(3):419-426.

14. Manzo BF, Brito MJ, Alves M. Influência da comunicação no processo de acreditação hospitalar. *Rev Bras Enferm* 2013 jan-feb;66(1):46-51.

15. Serapioni M, Silva MG. Avaliação da qualidade do programa Saúde da Família em municípios do Ceará: uma abordagem multidimensional [Evaluation of the quality of Family Healthcare Program in municipalities of Ceará: a multidimensional approach]. *Cien Saude Colet* 2011 nov;16(11):4315-26.

16. Parasuraman, AP, Zeithaml, V, Berry, L. SERVQUAL: A multiple- Item Scale for measuring consumer perceptions of service quality. *Journal of Retailing* 1988 jan; 64(1):12-40.
17. Sousa LRM, Mesquita RF, Matos FRN, Moura LKB, Moura MEB. Dimensões da satisfação dos usuários da Estratégia Saúde da Família. *Revista Portuguesa de Investigação Comportamental e Social* 2017; 3(2): 2-9.
18. Andrade LAF, Salazar PEL, Leopoldino KDM, Montenegro CB. Primary health care quality assessment according to the level of satisfaction of elderly users. *Rev Gaucha Enferm* 2019;40:e20180389.
19. Minayo, MC. *O desafio do conhecimento*. Pesquisa qualitativa em saúde. 12ª ed. São Paulo: Hubitec; 2010.
20. Brasil. Ministério da Saúde. *Portaria nº 2.436 de 21 de setembro de 2017*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017.
21. Borba AKOT, Marques APO, Ramos VP, Leal MCC, Arruda IKG, Ramos RSPDS. Factors associated with elderly diabetic adherence to treatment in primary health care. *Cien Saude Colet* 2018 mar;23(3):953-961.
22. Furlanetto DLC, Lima AA, Pedrosa CM, Paranaguá TTB, Xavier MF, Silva AKPD, Rodrigues VB, Santos LMP. Satisfação do usuário da Atenção Primária no Distrito Federal: a

importância do acesso oportuno e da visita domiciliar. *Cien Saude Colet* 2020 May;25(5):1851-1863.

23. Garcia L, Nardelli G, Oliveira A, Casaburi L, Camargo F, Santos A. Satisfaction of octogenarians with Primary Health Care services. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia* 2020; 23(1):e190235.

24. Meier JG, Cabral LPA, Zanesco C, Grden CRB, Fadel CB, Bordin D. Factors associated with the frequency of medical consultations by older adults: a national study. *Rev Esc Enferm USP* 2020 mar 27;54:e03544.

25. Ceccon RF, Soares KG, Vieira LJES, Garcia Júnior CAS, Matos CCSA, Pascoal MDHA. Primary Health Care in caring for dependent older adults and their caregivers. *Cien Saude Colet* 2021 Jan;26(1):99-108.

26. Amorim JSC, Teixeira LB, Ferla AA. Satisfação com a organização do cuidado em idosos usuários dos serviços avaliados pelo PMAQ. *Cien Saude Colet* 2020 Sep;25(9):3625-3634.

27. Brasil CCP, Silva RMD, Bezerra IC, Vieira LJES, Figueiredo MDLF, Castro FRVF, Queiroz FFSN, Capelo MRTF. Community health workers caring for dependent elderly people. *Cien Saude Colet* 2021 Jan;26(1):109-118.

28. Nunes CA, Aquino R, Medina MG, Vilasbôas ALQ, Pinto Junior EP, Luz LA. Visitas domiciliares no Brasil: características da atividade basilar dos Agentes Comunitários de Saúde. *Saúde em Debate* 2018;42(2):127-144.

29. Sacco RCCS, Assis MG, Magalhães RG, Guimarães SMF, Escalda PMF. Trajetórias assistenciais de idosos em uma região de saúde do Distrito Federal, Brasil. *Saúde em Debate* 2020;44(126):829-844.
30. Almeida HB, Vanderlei LCM, Mendes MFM, Frias PG. As relações comunicacionais entre os profissionais de saúde e sua influência na coordenação da atenção. *Cad Saude Publica* 2021;37(2):e00022020.
31. Lima Júnior AL, Barreto ICHC, Maranhão RR, Nuto SAS, Benevides BS, Saintrain MVL, Vieira-Meyer APGF. Medical hiring formats in the Family Health Strategy and the performance of their core attributes. *Cien Saude Colet* 2021 mai;26(5):1657-1668.
32. Queiroz RF, Alvarez AM, Morais LJ, Silva RARD. Perception of nursing workers on the care of hypertension in older adult. *Rev Bras Enferm* 2019 nov;72(supl. 2):3-13.
33. Almeida GMF, Lazarini CA, Stefano ICA, Muniz ECS, Panes VCB, Marin MJS. Uso de psicofármacos entre idosos usuários do sistema único de saúde e do plano de saúde suplementar. *Estud. interdiscipl. envelhec* 2019;24(2):111-128.
34. Ferreira BR, Silva FP, Rocha FCV, et al. Elderly Welcoming in Primary Health Care: The User Perspective. *Rev Fund Care Online* 2018 jul-set; 10(3):669-674.
35. Souza YV, Gomes RS, Sá BVS, Mattos RMPR, Pimentel DMM. Percepção de pacientes sobre sua relação com médicos. *Revista Bioética* 2020; 28(2):332-343.

36. Castro APR, Vidal ECF, Saraiva ARB, Arnaldo SM, Borges AMM, Almeida MI. Promoting health among the elderly: actions in primary health care. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia* 2018; 21(2):155-163.
37. Flores TR, Gomes AP, Soares ALG, Nunes BP, Assunção MCF, Gonçalves H, Bertoldi AD. Counseling by health professionals and healthy behaviors among the elderly: population-based study in Pelotas, South of Brazil, 2014. *Epidemiologia e Serviços de Saúde* 2018 mar; 27(1), e201720112.
38. Santos MLM, Fernandes JM, Vicente DP, Simionatto J, Sanches VS, Souza AS, Christofolletti G, Merey LF. Architectural and communications barriers to access to primary health care in Brazil: an analysis based on the first national census of primary health care centers, 2012. *Epidemiologia e Serviços de Saúde* 2020; 29(2), e2018258.

APÊNDICE B

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Projeto de pesquisa: **A PESSOA IDOSA E O CUIDADO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE**

Você está sendo convidado(a) a participar do projeto de pesquisa: A pessoa idosa e o cuidado na Atenção Primária em Saúde. Os itens a seguir contém todas as informações necessárias sobre a pesquisa a ser realizada:

1. Este estudo tem o objetivo de avaliar os serviços da Atenção Primária em Saúde (APS), com e sem equipes de Saúde da Família (ESF), e as ações de Educação em Saúde para a população idosa desenvolvidas nesses serviços de saúde. A justificativa para a realização dessa pesquisa é avaliar a qualidade do serviço de saúde da APS, que trabalha com a promoção de saúde e prevenção de doenças e agravos das doenças existentes, para melhorar o cuidado em saúde aos idosos nos municípios participantes.
2. A pesquisa envolverá 80 idosos de 08 municípios da Serra Gaúcha, nos quais a população idosa representa acima de 25% dos habitantes. A pesquisa consiste em uma entrevista gravada. Para a elaboração do roteiro de perguntas da entrevista, será utilizada a Escala SERVQUAL (Escala de qualidade dos serviços) adaptada, que consta de 11 perguntas e mais 05 perguntas sobre as ações de Educação em Saúde, para avaliar a qualidade do serviço de saúde do seu município.
3. Você foi escolhido através de sorteio, a partir dos cadastros no serviço de saúde e, após, realizado contato telefônico para convite e agendamento da entrevista, assim como combinações do melhor local de realização e necessidade de transporte para você e acompanhante, caso necessário. A duração prevista é de 30 minutos a uma hora. Porém, você tem o tempo que achar necessário para responder às perguntas, bem como questionar sobre todas dúvidas que surgirem.
4. Você tem a liberdade de desistir ou interromper seu consentimento em qualquer momento desta pesquisa, bem como após seu término, sem a necessidade de qualquer explicação ou prejuízo a sua saúde. Além disso, a desistência ou interrupção não implica em prejuízos no atendimento prestado pelo serviço de saúde, bem como em atendimentos futuros.
5. A sua participação na pesquisa é voluntária e trará benefícios para os idosos e trabalhadores dos municípios participantes e demais que possam se utilizar dos resultados e do produto da pesquisa (livro em mídia digital com orientações para os idosos dos municípios), posto que servirá como ferramenta para manter e/ou melhorar a condição de saúde do idoso e seu autocuidado, a partir das orientações de saúde contidas nele. Espera-

se, ainda, que os resultados obtidos e o produto desenvolvido possam subsidiar os gestores e trabalhadores no planejamento das atividades que envolvem a Saúde do Idoso, tanto nos municípios participantes, quanto em outros locais do Estado/país.

6. A participação nessa pesquisa pode ocasionar desconfortos e/ou riscos mínimos, como algum constrangimento ou mal-estar durante a entrevista. Em caso da ocorrência de danos ou injúrias, comprovadamente decorrentes da pesquisa, os mesmos serão ressarcidos pelos pesquisadores, com a garantia da assistência profissional adequada, acordada com o participante e ressarcida pelos pesquisadores.

7. Todas as informações obtidas serão utilizadas somente para os objetivos desta pesquisa. Os dados dos participantes e as respostas das entrevistas serão mantidos em sigilo pelos pesquisadores. É assegurado ao participante a privacidade quanto aos dados confidenciais da pesquisa, que são de livre acesso aos participantes durante pesquisa e após seu término. Os mesmos serão destruídos após 05 anos.

8. Os resultados poderão ser divulgados em publicações científicas, mantendo sigilo dos dados pessoais e dos serviços de saúde primária.

9. Se você está de acordo com a participação na pesquisa, será necessária a sua assinatura neste termo, que consta de duas vias, uma que ficará em sua posse e a outra será entregue e ficará em posse dos pesquisadores, os quais também assinarão todas as vias do termo.

10. Caso você desejar, o pesquisador responsável enviará por correio ou correio eletrônico, os resultados da pesquisa e, posteriormente, o manual digital.

Nome: _____

() Desejo conhecer os resultados desta pesquisa. O endereço ou e-mail é:

Porto Alegre, _____ de _____ de 2020.

Assinatura do participante: _____

Assinatura do pesquisador: _____

Responsável pela Pesquisa: Prof. Dr. Marcelo Schenk de Azambuja
Membro da Pesquisa: Vanessa Trintinaglia (Contato: (54) 99606-7526)
Contato do Pesquisador: UFCSPA Rua Sarmiento Leite, 245 - Sala 400a
Fone: (51) 3303-8871

Contato do Comitê de Ética da UFCSPA: Rua Sarmiento Leite, 245 –
Sala 407/ Prédio 03 Fone: (51) 3303-8804

APÊNDICE C

UNIVERSIDADE FEDERAL DE CIÊNCIAS DE SAÚDE DE PORTO ALEGRE - UFCSPA

MESTRADO PROFISSIONAL EM ENSINO NA SAÚDE

ESCALA SERVQUAL ADAPTADA – ROTEIRO PARA ENTREVISTA

Dimensão	Questões
Confiabilidade	<p>O que o Sr(a) entende por capacidade técnica dos profissionais de saúde e o que pensa deles?</p> <p>O que o Sr(a) espera quando procura a UBS para uma consulta/exame/procedimento (como é e como gostaria)?</p> <p>O que o Sr(a) pensa quando é encaminhado para outros especialistas/exames?</p>
Segurança	<p>O que o Sr(a) espera receber quanto a orientações da equipe e o que pensa em relação a isso (clareza/compreensão)?</p> <p>O que o Sr(a) pensa sobre a confiança/segurança da equipe? Como deveria ser?</p>
Tangibilidade	<p>Em relação ao ambiente e equipamentos, o que o Sr espera do serviço de saúde? Como é?</p> <p>Em relação aos profissionais, o que o Sr(a) espera da aparência dos profissionais de saúde? Como é?</p>
Empatia	<p>O que o Sr(a) pensa do tratamento (acolhimento) do serviço de saúde? Como deveria ser?</p> <p>O que o Sr(a) pensa sobre o interesse da equipe sobre sua saúde/problema? Como gostaria que fosse?</p>
Capacidade de resposta	<p>O que o Sr(a) espera quando procura o serviço (resposta às demandas)?</p> <p>O que o Sr(a) pensa em relação aos serviços que a equipe realiza (oferta de consultas/exames/grupos)? Como o Sr. fica sabendo deles?</p>
	<p>Sobre as orientações de saúde/ educação em saúde, o que Sr(a) acha dos assuntos abordados (pertinência/ utilidade)?</p> <p>O que o Sr(a) achou do profissional que conduziu a ação</p>

Educação em Saúde	(conhecimento/segurança/ organização)? Como foi/foram realizada(s)? (espaço físico, materiais utilizados, adequação do tempo) Como o Sr(a) se sente em caso de dúvidas sobre o assunto ou tratamento (liberdade para questionamentos)? A Educação em Saúde/orientações recebidas foram importantes para o Sr(a)?
-------------------	---

ANEXO A

PARECER CEP/CONEP

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE DE
PORTO ALEGRE



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: A PESSOA IDOSA E O CUIDADO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE

Pesquisador: Marcelo Schenk de Azambuja

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 29463220.8.0000.5345

Instituição Proponente: Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.980.972

Apresentação do Projeto:

A Atenção Primária à Saúde (APS) pode ser definida como um conjunto de cuidados em saúde cientificamente reconhecidos, de abrangência universal, que visam à integralidade da atenção aos indivíduos e famílias. No Brasil, a adoção da APS, como modelo de cuidado prioritário, ocorreu no início da década de 90 com a implantação das equipes de Saúde da Família (ESF), que se expandiram por todo o país, especialmente em municípios menores, ainda que se mantiveram equipes de APS, sem a composição da ESF. No contexto de transição epidemiológica de envelhecimento evidenciada nas últimas décadas, a atenção à saúde do idoso representa um desafio para gestores e profissionais de saúde, na medida em que há prevalência de doenças crônico-degenerativas, que impactam no maior consumo dos serviços de saúde e, conseqüentemente, aumento de gastos do setor saúde. Portanto, é fundamental uma APS resolutiva e de qualidade na atenção ao idoso, principal ponto de acesso à rede de saúde. Este estudo objetiva avaliar os serviços da APS (com e sem ESF) e as ações de Educação em Saúde desenvolvidas na atenção à saúde do idoso. Trata-se de uma pesquisa qualitativa com idosos de 08 municípios da Serra Gaúcha, sendo 04 deles com ESF (mais de 29% da população idosa) e 04 com APS sem ESF. Serão realizadas entrevistas semiestruturadas através do instrumento de avaliação da qualidade de serviços (SERVQUAL), adaptado para a APS, com inserção da dimensão Educação em Saúde. Os resultados serão analisados à luz da abordagem Hermenêutica-dialética e servirão para a elaboração de um produto educativo (livro em mídia digital) com orientações aos idosos e

Endereço: Rua Sarmiento Leite ,245

Bairro: Sarmiento

CEP: 90.050-170

UF: RS

Município: PORTO ALEGRE

Telefone: (51)3303-8804

E-mail: cep@ufcspa.edu.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE DE
PORTO ALEGRE



Continuação do Parecer: 3.980.972

cuidadores, a ser disponibilizado para as equipes da APS como instrumento educativo de autocuidado, a fim de qualificar a atenção ao idoso.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Avaliar os serviços da APS, com e sem ESF, e as ações de Educação em Saúde para a população idosa desenvolvidas nesses serviços de saúde.

Objetivo Secundário:

Relacionar as diferenças entre os serviços da APS, com e sem ESF, segundo a percepção da população idosa;

- Verificar a existência e a forma de realização das ações de Educação em Saúde para a população idosa nos serviços da APS com e sem ESF;

- Desenvolver um produto educativo (livro em mídia digital), com orientações aos idosos e seus cuidadores sobre envelhecimento, controle e prevenção de doenças e demais informações que estimulem o autocuidado. O livro será elaborado com base nos resultados da pesquisa e em literaturas científicas sobre o tema. O conteúdo estará alinhado com as boas práticas de manejo das patologias comuns ao envelhecimento.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

A participação nesta pesquisa envolve riscos mínimos, visto que poderá causar algum constrangimento e/ou reação/comentário inesperado pelo idoso, bem como demonstrar sinais de fadiga ou desconforto durante a entrevista. Assim sendo, o pesquisador se compromete a realizar a assistência imediata e integral em caso de alguma injúria ou sofrimento psíquico pelos participantes, com a garantia de assistência profissional adequada, pactuada com os serviços locais de cada município, durante 06 meses após o término da pesquisa. Quanto aos municípios avaliados no estudo, conforme supramencionado, suas identidades serão preservadas.

Benefícios:

A pesquisa será de grande relevância para os idosos e trabalhadores dos municípios envolvidos e demais que possam se utilizar dos resultados e do produto da pesquisa (livro em mídia digital), posto que servirá como ferramenta para manter e/ou melhorar a condição de saúde do idoso e seu autocuidado, a partir das orientações de saúde contidas nele. Espera-se, ainda, que os resultados

Endereço: Rua Sarmento Leite, 245

Bairro: Sarmento

CEP: 90.050-170

UF: RS

Município: PORTO ALEGRE

Telefone: (51)3303-8804

E-mail: cep@ufcspa.edu.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE DE
PORTO ALEGRE



Continuação do Parecer: 3.980.972

obtidos e o produto desenvolvido possam subsidiar os gestores e trabalhadores no planejamento das atividades que envolvem a Saúde do Idoso, tanto nos municípios participantes, quanto em outros locais do Estado/país.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisa possui relevância acadêmica e social, contribuindo com a geração de conhecimento a respeito da saúde do idoso, no municípios da Serra Gaúcha, com atendimento em APS, com e sem ESF. Além disso, a criação de produto educativo, em mídia digital, possibilitará atingir um maior número de gestores e outros profissionais da área da saúde, subsidiando-os no planejamento das atividades que envolvem a Saúde do Idoso.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos os termos de apresentação obrigatória foram anexados à PB.

Recomendações:

Lembramos que a coleta de dados somente poderá ter início após aprovação no CEP UFCSPA e retirada do TCLE original na secretaria do CEP, com assinatura da coordenadora do CEP/UFCSPA. Recomendamos, em futuros projetos, que no TCLE, junto da assinatura do participante e da assinatura do pesquisador, seja incluído campo para nome legível do participante e nome legível do pesquisador (que poderá ser tanto, do pesquisador responsável, quanto de outro membro da pesquisa, registrado na PB).

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Lembramos que a assinatura do pesquisador, no TCLE, deverá ser feita no momento da coleta do mesmo, junto a do participante.

Considerações Finais a critério do CEP:

De acordo com o parecer do Relator.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1478888.pdf	31/03/2020 13:46:42		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura	Projeto_final_PB.pdf	31/03/2020 13:35:33	VANESSA TRINTINAGLIA	Aceito

Endereço: Rua Sarmento Leite ,245

Bairro: Sarmento

CEP: 90.050-170

UF: RS

Município: PORTO ALEGRE

Telefone: (51)3303-8804

E-mail: cep@ufcspa.edu.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE DE
PORTO ALEGRE



Continuação do Parecer: 3.980.972

Investigador	Projeto_final_PB.pdf	31/03/2020 13:35:33	VANESSA TRINTINAGLIA	Aceito
Outros	carta_Vanessa0001.pdf	31/03/2020 13:35:02	VANESSA TRINTINAGLIA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_Vanessa0001.pdf	31/03/2020 13:33:54	VANESSA TRINTINAGLIA	Aceito
Outros	TAI_Guabiju_1.jpg	23/03/2020 12:21:49	VANESSA TRINTINAGLIA	Aceito
Outros	Termo_de_compromissoassinado.pdf	27/02/2020 17:29:41	VANESSA TRINTINAGLIA	Aceito
Declaração de Pesquisadores	TCDU_assinado.pdf	27/02/2020 17:28:33	VANESSA TRINTINAGLIA	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_Rosto.pdf	27/02/2020 10:34:26	VANESSA TRINTINAGLIA	Aceito
Outros	TAI_Santa_Tereza.pdf	26/02/2020 16:38:05	VANESSA TRINTINAGLIA	Aceito
Outros	TAI_Uniao_da_Serra.pdf	26/02/2020 16:37:41	VANESSA TRINTINAGLIA	Aceito
Outros	TAI_Nova_Padua.pdf	26/02/2020 16:36:43	VANESSA TRINTINAGLIA	Aceito
Outros	TAI_Monte_Belo.pdf	26/02/2020 16:16:09	VANESSA TRINTINAGLIA	Aceito
Outros	TAI_Linha_Nova.pdf	26/02/2020 16:12:13	VANESSA TRINTINAGLIA	Aceito
Outros	TAI_Coronel_Pilar.pdf	26/02/2020 16:10:42	VANESSA TRINTINAGLIA	Aceito
Declaração de concordância	TAI_Boa_Vista_do_Sul.pdf	26/02/2020 16:07:58	VANESSA TRINTINAGLIA	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

PORTO ALEGRE, 20 de Abril de 2020

Assinado por:
Fernanda Bordignon Nunes
(Coordenador(a))

Endereço: Rua Sarmento Leite ,245

Bairro: Sarmento

CEP: 90.050-170

UF: RS

Município: PORTO ALEGRE

Telefone: (51)3303-8804

E-mail: cep@ufcspa.edu.br

ANEXO B

Escala SERVQUAL, de acordo com adaptação de Sousa et al. (2017)

Itens da escala

P1	Quando a Estratégia Saúde da Família da localidade promete fazer um serviço em certo tempo, ela o faz
P2	Quando você tem algum problema de saúde, a Estratégia Saúde da Família da localidade demonstra o sincero interesse em resolvê-lo
P3	A Estratégia Saúde da Família da localidade faz o serviço certo da primeira vez
P4	A Estratégia Saúde da Família da localidade presta os serviços na data prometida
P5	A Estratégia Saúde da Família da localidade insiste em registrar os atendimentos realizados
P7	Funcionários da Estratégia Saúde da Família da localidade fornecem um serviço imediato a você
P8	Os funcionários da Estratégia Saúde da Família da localidade estão sempre dispostos a ajudá-lo
P9	Empregados da Estratégia Saúde da Família da localidade nunca estão muito ocupados para atender as suas procuras por atendimento
P10	O comportamento dos funcionários da Estratégia Saúde da Família da localidade gera confiança em você, em relação ao serviço realizado
P11	Você se sente seguro em solicitar serviços da Estratégia Saúde da Família da localidade
P12	Funcionários da Estratégia Saúde da Família da localidade são sempre educados com você
P13	Os funcionários da Estratégia Saúde da Família da localidade têm o conhecimento para responder às suas dúvidas, a respeito dos serviços de saúde
P14	Funcionários da Estratégia Saúde da Família da localidade dão atenção individual a você
P15	A Estratégia Saúde da Família da localidade tem horário conveniente para atendê-lo em consultas
P16	A Estratégia Saúde da Família da localidade tem funcionários que dão atenção pessoal a você
P17	Os funcionários da Estratégia Saúde da Família da localidade entendem suas necessidades
P19	O posto de saúde da Estratégia Saúde da Família da localidade tem equipamentos modernos
P20	As instalações físicas do posto de saúde da Estratégia Saúde da Família da localidade são visualmente atrativas
P21	Os empregados do posto de saúde da Estratégia Saúde da Família da localidade são bem vestidos e asseados
P22	A aparência das instalações físicas do posto de saúde da Estratégia Saúde da Família da localidade é conservada de acordo com o serviço oferecido
Variância explicada acumulada (%)	

ANEXO C

Escala SERVQUAL, segundo adaptação de Andrade et al. (2019)

Questões		ATRIBUTOS DO ATENDIMENTO NOS SERVIÇOS	DIMENSÕES
Exp.	Perc.		
E1	P1	A UBS é limpa e conservada (piso, paredes, banheiros e equipamentos).	ASPECTOS TANGÍVEIS
E2	P2	A sala de espera e o consultório são confortáveis (cadeiras, claridade, ventilação, água).	
E3	P3	A equipe de saúde apresenta boa aparência (roupas, cabelos e calçados limpos) e possuem crachás de identificação com nome e função.	
E4	P4	Os materiais informativos (cartazes, murais e folhetos) são de fácil visualização e entendimento.	
E5	P5	A equipe de saúde informa precisamente a data e o horário do serviço a ser prestado (consultas, exames, visitas domiciliares etc.).	CONFIABILIDADE
E6	P6	As datas marcadas para a realização de consultas e exames são cumpridas como prometidas (atendimento prioritário, rapidez para conseguir realizar a consulta).	
E7	P7	A equipe de saúde é capacitada para diagnosticar e tratar corretamente os problemas de saúde do usuário idoso.	
E8	P8	É fácil e rápido conseguir realizar os exames solicitados e consultas de especialistas (geriátrico, endocrinologistas, cardiologistas etc.).	
E9	P9	A equipe de saúde procura resolver, com rapidez, os problemas do usuário idoso.	CAPACIDADE DE RESPOSTA
E10	P10	A equipe de saúde informa sobre os serviços ofertados pela UBS (visita domiciliar, distribuição de medicamentos, vacinação, verificação de pressão arterial, teste glicêmico, curativos e outros).	
E11 E12	P11 P12	A equipe de saúde realiza, com rapidez, a visita domiciliar ao usuário idoso sempre que é solicitada. A equipe de saúde demonstra tranquilidade e boa vontade para responder as perguntas do usuário idoso, mesmo quando está ocupada.	
E13	P13	É fácil e rápido, para o usuário idoso, chegar até esta UBS (acesso, localização, rampas, corrimãos).	GARANTIA
E14	P14	As explicações/orientações dadas pela equipe de saúde sobre o diagnóstico, tratamento, evolução da doença e exames são claras, precisas e fáceis de entender.	
E15	P15	A equipe de saúde transmite confiança e segurança aos usuários idosos.	
E16	P16	A equipe de saúde utiliza a caderneta do idoso para anotar as orientações e/ou recomendações mais importantes para a continuidade do tratamento prescrito.	
E17	P17	A UBS tem todo o material e equipamentos necessários para que a equipe de saúde realize o atendimento do usuário idoso.	EMPATIA
E18	P18	A equipe de saúde atende os usuários idosos e familiares com educação e cortesia.	
E19	P19	A equipe de saúde demonstra paciência e interesse para escutar as dúvidas, queixas, reclamações e sugestões dos usuários idosos.	
E20	P20	A equipe de saúde conhece os problemas de saúde e as necessidades individuais dos seus usuários idosos.	
E21	P21	A equipe de saúde proporciona apoio emocional e moral aos usuários idosos, principalmente àqueles mais debilitados.	
E22	P22	A equipe de saúde organiza, periodicamente, atividades recreativas (caminhadas, bazares, projeção de filmes) e palestra com temas de interesse dos usuários idosos (uso seguro de medicação contínua, alimentação saudável, atividade física).	