

Saúde do Idoso: percepções relacionadas ao atendimento

Elderly Health: perceptions related to the care provided

Salud del anciano: percepciones relacionadas con el atendimento

Lais Soares Vello¹
Regina Célia Popim²
Elisabete Manieri Carazzai³
Maria Alice Ornelas Pereira²

1. Universidade de São Paulo.

São Paulo - SP, Brasil.

2. Universidade Estadual Paulista.

Botucatu - SP, Brasil.

3. Universidade Estadual Paulista.

Nova Campina - SP, Brasil.

RESUMO

Objetivou-se compreender como o idoso percebe o atendimento na atenção básica. **Métodos:** Trata-se de estudo qualitativo. **Resultados:** A análise possibilitou o emergir do tema central: A dualidade na percepção do atendimento na Atenção Básica, que foi analisada a partir de duas subcategorias. Revelou haver controvérsia na percepção do atendimento recebido, emergindo aspectos positivos e negativos. Os discursos pontuam demanda de ações individualizadas de cuidado, embora algumas vezes necessitem de cuidados complexos em saúde, não demandam cuidado em rede integrada. **Conclusão:** O estudo revela que, embora possa haver integralidade nas ações de uma equipe bem articulada, o cuidado integral à saúde poderá ser alcançado em rede, integrado em todos os espaços organizacionais do sistema de saúde, beneficiando, assim, os sujeitos dessas ações.

Palavras-chave: Idoso; Prática profissional; Atenção básica; Pesquisa qualitativa.

ABSTRACT

Objective: This study was aimed at understanding how the elderly perceive the care provided in primary healthcare services. **Methods:** This is a qualitative study. **Results:** The analysis gave rise to the main topic to emerge: The duality in the perception of primary healthcare services, analyzed on the basis of two subcategories. It was shown that there is a controversy in the perception of primary healthcare services provided, bringing up positive and negative aspects. The statements show a demand for individualized care actions and, although in some cases complex healthcare services are needed, there is no demand for integrated care services. **Conclusion:** The research shows that, although there may be a certain degree of integrality in the actions of a well-articulated team, integral healthcare can only be achieved through the healthcare network and if integrated into all the organizational areas of the healthcare system, thus benefiting the people involved in these actions.

Keywords: Aged; Professional Practice; Primary healthcare; Qualitative research.

RESUMEN

Objetivo: Estudio cualitativo que visa entender cómo las personas mayores perciben el cuidado en la atención primaria. **Métodos:** Participaron de la investigación 13 ancianos de 70 a 90 años, acompañados por el área de salud mental en una Unidad de Salud. Se utilizaron la entrevista semiestructurada y el análisis temático para la comprensión de los datos. **Resultados:** La dualidad de la percepción del atendimento en la Atención Básica fue analizada en dos subcategorías. Se reveló una controversia en la percepción de la atención recibida, emergiendo aspectos positivos y negativos. Los discursos apuntan una demanda de atención individualizada, aunque a veces requieren atención médica compleja. **Conclusión:** El estudio reveló que puede haber integralidad en las acciones de un equipo bien articulado, el cuidado integral a la salud podrá ser alcanzado en red, integrado en todos los espacios organizacionales del sistema de salud, así beneficiando a los sujetos de esas acciones.

Palabras-clave: Anciano; Práctica Profesional; Atención Primaria; Investigación cualitativa.

Autor Correspondente:

Regina Célia Popim.

E-mail: rpopim@fmb.unesp.br

Recebido em 27/05/2013.

Reapresentado em 05/11/2013.

Aprovado em 22/11/2013.

DOI: 10.5935/1414-8145.20140048

INTRODUÇÃO

O Brasil vive uma profunda transformação socioeconômica guiada pela mudança demográfica, a mortalidade apresenta-se em queda, a população em idade ativa cresce rapidamente, assim como a população em idade mais avançada.

Esse acelerado crescimento da população idosa brasileira exige a construção de estratégias e políticas que visam à promoção do envelhecimento saudável e à garantia dos direitos humanos. Considerando a efetivação das Políticas de Saúde necessárias, desde 1994, o Brasil vem desenvolvendo legislações direcionadas à população idosa, enfatizando as especificidades da atenção à saúde e inclusão social na Política Nacional do Idoso e no Estatuto do Idoso¹. Esta Política assume que o principal problema que pode afetar o idoso, como consequência da evolução de suas enfermidades e de seu estilo de vida, é a perda de sua capacidade funcional, isto é, a perda das habilidades físicas e mentais necessárias para a realização de suas atividades básicas e instrumentais da vida diária¹. Ela tem como propósito a promoção do envelhecimento saudável, a manutenção e a melhoria, ao máximo, da capacidade funcional dos idosos, a prevenção de doenças, a recuperação da saúde dos que adoecem e a reabilitação daqueles que venham a ter a sua capacidade funcional restringida, de modo a garantir-lhes permanência no meio em que vivem, exercendo de forma independente suas funções na sociedade².

As ações em saúde do idoso, como o previsto na referida Política, objetivam manter, ao máximo, o idoso na comunidade, junto de sua família. Seu deslocamento para um serviço de longa permanência, seja ele um hospital, asilo, casa de repouso ou similar, pode ser considerado uma alternativa, somente quando falharem todos os esforços anteriores².

O aumento na demanda aos sistemas de saúde pelos idosos aponta para a necessidade de reestruturação da atenção básica, cabendo ao estado a formulação de políticas e decisões para dar prosseguimento nas ações de saúde, suprimindo as necessidades da população. Esses estudos epidemiológicos são essenciais para identificar problemas prioritários, de modo a orientar decisões relativas à definição de prioridade, permitindo, assim, direcionar melhor as ações de saúde, evitando gastos desnecessários³.

Torna-se evidente que o cuidado comunitário do idoso deve basear-se, especialmente, na família e na atenção básica de saúde, por meio das Unidades Básicas de Saúde (UBS), em especial daquelas sob a estratégia de saúde da família, que devem representar para o idoso, idealmente, o vínculo com o sistema de saúde².

A importância de visualizar a família como uma unidade de cuidado é expressada, frequentemente, referindo que 'o paciente não é sozinho, ele vem de algum lugar, e trabalha-se a valorização das pessoas cuidadoras de quem necessita o cuidado quer sejam as figuras parentais e/ou outros profissionais'⁴.

A visão sistêmica e integral do indivíduo em seu contexto familiar e social é proporcionado a partir do trabalho "com as reais necessidades locais, por meio de uma prática apropriada,

humanizada e tecnicamente competente, sincronizando o saber popular com o saber técnico científico, em um verdadeiro encontro de gente cuidando de gente". Em se tratando de Programa Saúde da Família e Reforma Psiquiátrica, acredita-se que a efetiva melhora na qualidade de vida converge para a realização do cuidado em saúde no próprio núcleo familiar⁴.

Os profissionais que atuam na atenção básica necessitam ter de modo claro a importância da manutenção do idoso na rotina familiar e na vida em comunidade como fatores fundamentais para a manutenção de seu equilíbrio físico e mental. Visualizar e defender como fundamental a presença da pessoa idosa na família e na sociedade de forma participativa e construtiva é uma das importantes missões daqueles que abraçaram a proposta da atenção básica resolutive, integral e humanizada. Não se deve aceitar apenas a longevidade do ser humano como a principal conquista da humanidade contemporânea, mas que esse ser humano tenha garantida uma vida com qualidade, felicidade e ativa participação em seu meio. Assim, as "coisas da idade" não devem ser vistas como uma determinação, e sim como possibilidade².

Com a posição estratégia no Sistema Único de Saúde (SUS) de garantir a universalidade do acesso e a cobertura universal, cabe à atenção básica a efetivação de integralidade: integração de ações programáticas e demanda espontânea; articulação das ações de promoção à saúde, prevenção de agravos, vigilância à saúde, tratamento e reabilitação; trabalho de forma interdisciplinar e em equipe e coordenação do cuidado na rede de serviços. A Estratégia da Saúde da Família (ESF) configura-se como principal modalidade de atuação da atenção básica. Seus princípios são: atuar no território focado no diagnóstico situacional, enfrentamento dos problemas de saúde de maneira pactuada com a comunidade, buscando o cuidado dos indivíduos e das famílias ao longo do tempo; buscar a integração com instituições e organizações sociais; e ser espaço de construção da cidadania⁴. A integralidade, ao longo da construção do SUS, passou a ser assumida como prática social e prática política, o que torna necessário conhecer e compreender o modo de vida das pessoas a fim de viabilizar o cuidado integral^{4,5}.

A implantação da Estratégia Saúde da Família, possibilita a integralidade da assistência e a criação de vínculos de compromisso e de responsabilidade compartilhada entre os serviços de saúde e a população. Desse modo, as ações de saúde desenvolvidas pelos profissionais que atuam na Estratégia Saúde da Família (ESF) necessitam superar a antiga proposição de caráter exclusivamente centrado na doença, utilizando-se de práticas gerenciais e sanitárias, democráticas e participativas dirigidas à população de territórios delimitados, pelos quais assumem responsabilidade. Isso requer que os profissionais de saúde da família estejam preparados para lidar com o envelhecimento rompendo com a fragmentação do processo de trabalho e estabelecer uma relação com o idoso reconhecendo a sua experiência e sabedoria⁵.

A prática da integralidade depende da sensibilidade e disponibilidade dos profissionais para compreenderem os

diferentes aspectos que influenciam o estado de saúde do ser humano de quem estão cuidando⁶.

Imaginamos, portanto, que a integralidade começa pela organização dos processos de trabalho na atenção básica, em que a assistência deve ser multiprofissional, operando por meio de diretrizes como a do acolhimento e vinculação de clientela, com a equipe se responsabilizando pelo seu cuidado⁷.

A integralidade enseja a flexibilização da divisão técnica do trabalho. A atenção integral à saúde só é alcançável quando o trabalho se articula quebrando a fragmentação entre os saberes e práticas. Para avançar na direção da integralidade é importante identificar os obstáculos no trato com a população idosa^{7,8}.

O atendimento integral extrapola a estrutura organizacional hierarquizada e regionalizada da assistência de saúde, prolonga-se pela qualidade real da atenção individual e coletiva assegurada aos usuários do sistema de saúde, requisita o compromisso com o contínuo aprendizado e com a prática multiprofissional⁹.

Levando em conta essas considerações, Mattos salienta três grandes grupos de sentido para a integralidade, relacionados com: 1) atributos das práticas dos profissionais de saúde, como valores ligados ao que se define como uma boa prática, ocorra ou não no âmbito do SUS; 2) atributos da organização dos serviços; e 3) respostas governamentais aos problemas de saúde. Tal concepção é bastante abrangente, fazendo-nos refletir acerca do papel dos diversos atores envolvidos na prática do princípio da integralidade¹⁰. A partir dessas considerações, pergunta-se: como o idoso percebe o atendimento dispensado a ele no serviço de saúde na atenção básica? A partir dessas considerações, esta investigação teve como objetivo compreender a percepção do idoso acerca do atendimento na Unidade de Saúde da Família.

MÉTODO

A pesquisa caracteriza-se como de natureza qualitativa, que segundo Minayo, é entendida como aquela capaz de incorporar a questão do significado e da intencionalidade como inerentes aos atos, às relações, e às estruturas sociais, sendo essas últimas tomadas tanto no seu advento quanto na sua transformação, como construções humanas significativas¹¹.

O presente estudo foi desenvolvido em unidade Estratégia Saúde da Família, em uma cidade do interior paulista. O bairro onde se localiza a unidade caracteriza-se como de população de baixa classe social, com complexas teias familiares. Foi observado que um grande número de idosos faz uso de medicamentos psiquiátricos, com elevado índice de depressão. A unidade possui três equipes de saúde, cada equipe é composta por um médico, um enfermeiro, três auxiliares de enfermagem e quatro agentes comunitários de saúde (ACS). A unidade conta com serviço odontológico e tem o apoio matricial da equipe de saúde mental.

A escolha dos sujeitos se deu a partir do contato da pesquisadora com os profissionais da unidade Estratégia Saúde da Família. Foram entrevistados treze sujeitos com idade igual ou acima de setenta anos atendidos no serviço, com algum diagnóstico relacionado à área de saúde mental e que, no momento da entrevista, estavam em condições de responderem aos

questionamentos propostos. Foi utilizado o critério de saturação estabelecido por Minayo¹¹.

Depois da avaliação positiva do Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina, Ofício Número 3555-2010, foram efetivadas as entrevistas por meio da visita domiciliária (VD), a partir de indicações das Agentes Comunitárias de Saúde.

Após essa etapa, recorreremos à entrevista semiestruturada. Nessa, após os dados de identificação (sexo, idade, estado civil, número de filhos, com quem reside, possui benefício), utilizamos o gravador, efetuando as seguintes perguntas norteadoras:

"Pensando no atendimento da Unidade Saúde Família, como o/a senhor/a percebe a assistência?"

Foi feita, inicialmente, uma entrevista-piloto para testar o instrumento e realizar as alterações pertinentes. As entrevistas foram realizadas na residência de cada sujeito, para tal, a pesquisadora foi acompanhada pelo Agente Comunitário. As entrevistas tiveram duração média de 10 a 20 minutos, e em todas a pesquisadora foi bem recebida pelos sujeitos e seus familiares e/ou acompanhantes.

Os dados obtidos na entrevista foram transcritos pela pesquisadora. A seguir, recorreremos à Atenção Flutuante de Minayo¹¹, o texto obtido foi lido por várias vezes, com o objetivo de estabelecer o maior contato possível com o material, deixando-se impregnar pelo seu conteúdo. Na próxima etapa foi utilizada a análise temática proposta por Bardin¹². A referida autora afirma que a análise temática consiste em descobrir os núcleos de sentido que compõem a comunicação e cuja frequência de aparição pode significar alguma coisa para o objetivo analítico escolhido. Nesta ótica, a análise temática segue as seguintes etapas de organização: pré-análise, exploração do material, tratamento dos resultados, inferência e interpretação¹².

RESULTADOS

Para a obtenção dos dados, foram entrevistados treze sujeitos, sendo nove mulheres e quatro homens. A idade variou entre setenta e noventa anos. Quanto ao estado civil, oito eram casados e cinco estavam viúvos. Quanto à moradia, dois entrevistados moravam só, oito residiam com o/a companheiro/a, um morava com a sobrinha e dois apenas com os filhos.

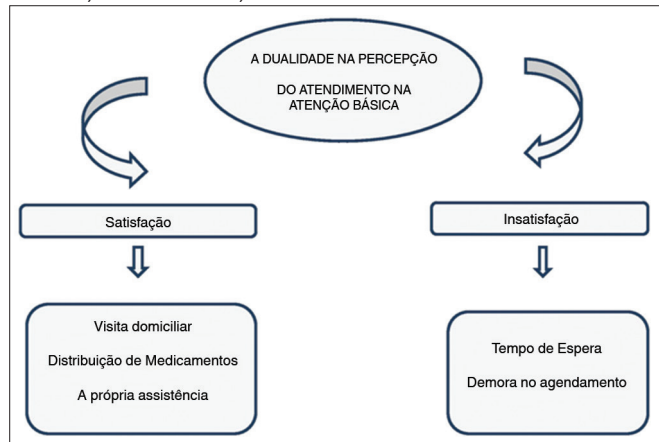
Assim, a partir dos discursos elaborados pelos sujeitos, foi possível apreender um tema central, intitulado: A dualidade na percepção do atendimento na Atenção Básica, com duas subcategorias: Satisfação; Insatisfação, conforme evidenciado na Figura 1.

DISCUSSÃO

Satisfação

A vulnerabilidade em saúde é um conceito apropriado para estimular respostas sociais e que não possui aplicação direta às questões que envolvem a saúde na velhice. Nesse sentido,

Figura 1. Diagrama construído pelos autores acerca da experiência dos idosos vivendo na comunidade em interface com o atendimento na atenção básica. Botucatu, São Paulo. Brasil, 2011



pode-se indagar se o idoso é socialmente reconhecido como um cidadão de direitos e que, independentemente da condição social, temo direito de alcançar o envelhecimento saudável e apresentar uma velhice bem-sucedida¹³.

Os serviços de assistência à saúde estão presentes no cotidiano das famílias que vivenciam o cuidado ao idoso com doença crônica de várias maneiras, como, por exemplo, por meio do fornecimento de medicamentos de uso contínuo no tratamento da doença e também pelo trabalho da Equipe Saúde da Família, a qual realiza consultas domiciliares, organiza reuniões com a população, faz orientações coletivas e individuais, entre outras ações¹⁴.

A maioria dos sujeitos ouvidos relatou gostar da unidade, do atendimento, da assistência oferecida pela Unidade Saúde da Família.

A assistência é boa, é ótima (E1).

Sempre atenderam bem (E2).

Sempre bem atendido, não tenho o que reclamar não, tenho que elogiar (E9).

Além da consideração positiva do atendimento prestado na unidade, houve relatos que mencionaram a visita domiciliar feita pelos profissionais da USF.

A visita domiciliar demonstra ser um importante instrumento de assistência à saúde do idoso, a qual permite, além da realização de ações em saúde, a prevenção de complicações da doença crônica, torna-se também uma estratégia que favorece a criação do vínculo entre família e equipe de saúde. A visita domiciliar tem o objetivo de avaliar as necessidades do cliente, de seus familiares e do ambiente onde estes vivem, para que assim a equipe de saúde possa estabelecer um plano assistencial voltado à recuperação e/ou reabilitação dos membros da família, levando em consideração a necessidade do cliente e a disponibilidade do serviço¹⁵.

Entre as várias características do Programa Saúde da Família, destaca-se a aproximação entre a unidade com usuários e suas famílias, uma vez que tem como princípio básico o atendimento da demanda da comunidade a qual estão dirigidas as ações de saúde.

As metodologias de intervenção em espaços de exclusão social devem considerar a perspectiva de integralidade e do cuidado como valor e da dádiva como sistema de mediação das práticas a discussão sobre o que seja saúde e sobre os determinantes ou condicionantes de organização do bem-estar do usuário depende do modo como as mobilizações associativas, por um lado, e os interesses corporativos e utilitaristas, por outro, interferem na organização da esfera pública e colocam o usuário numa posição de centralidade^{14,15}.

Observamos a centralidade do paciente no PSF, diferentemente de uma Unidade Básica de Saúde, complementada pela fala:

Eu gostei muito do atendimento daqui do posto, eles vem aqui, são tudo gente boa, e antes pra fazer qualquer coisa tinha que ir, era aquele sacrifício, as vezes não tinha ninguém disposto pra levar... (E6).

Os pacientes também agradecem aos medicamentos dados pela rede:

Ajuda né? Os remédios que eles dão, imagina se eu fosse comprar? Com o que? As ajuda que eles dão, na faculdade, no posto, é bom né? (E8).

É possível refletir que embora a assistência integral seja princípio básico do Sistema Único de Saúde, alguns relatos ouvidos apontam que, para os sujeitos, o atendimento oferecido está mais próximo à dádiva e não ao direito à saúde.

Aqui é bom, não é ruim não... O resto não tem o que reclamar não, se vai pegar remédio, pega, tem gente que reclama, mas eu não (E12).

A noção de integralidade como princípio deve orientar para ouvir, compreender e, a partir daí, atender às demandas e necessidades das pessoas, grupos e Comunidades. Com base nesse princípio e do agir em saúde, os serviços devem ofertar ações de promoção à saúde, prevenção dos fatores de risco, assistência aos danos e reabilitação segundo a dinâmica do processo saúde-doença, e estas devem estar articuladas e integradas em todos os espaços organizacionais do sistema de saúde. Sendo assim, as instituições de saúde assumem papel estratégico na absorção dos conhecimentos de novas formas de agir e produzir integralidade em saúde, representam um lócus privilegiado de observação e de análise dos elementos constitutivos do princípio institucional da integralidade, seja quanto às práticas terapêuticas prestadas aos indivíduos, seja quanto às práticas de saúde difundidas na coletividade¹⁵.

A saúde aqui em Botucatu até está boa, porque o que a gente vê por aí, tanta reclamação, se vai Unesp é atendido, se vai no posto é atendido, então não tem o que falar, tem gente que ainda reclama, mas, sei lá... (E10).

Sempre bem atendido, não tenho o que reclamar não, tenho que elogiar. (E9).

Os idosos expressaram que gostam do atendimento que recebem e imprimem uma percepção do acesso ao mínimo em relação às suas necessidades, focam a sua percepção na esfera operacional do serviço de saúde.

Insatisfação

No entanto, também ouvimos relatos que explicitamente continham reclamações quanto às horas de espera para o atendimento:

Ah tá mais ou menos, está bom, dá para se virar né. Custa para ter uma consulta, mas é muita gente também né? (E3).

No estudo de Carreira e Rodrigues, observamos que as famílias relatam várias dificuldades para a utilização do serviço público de saúde, entre elas apontam problemas da não continuidade dos programas realizados pelas unidades básicas de saúde, situação que ocorre principalmente com a mudança de governo, na qual algumas políticas públicas de saúde são modificadas. Essas alterações administrativas, geralmente acarretam na descontinuidade do tratamento ao idoso que faz acompanhamento de sua condição crônica, tendo estes que se adequar às novas regras burocráticas estabelecidas pelos serviços de saúde¹⁶.

Em nosso estudo, também houve relatos que contêm saudosismo quanto ao passado, quando se era Unidade Básica de Saúde:

No tempo do lelo tinha mais atenção, consultava diabetes a cada 3, 4 meses, agora não (E13).

O sujeito ouvido comparou a gestão anterior com a atual e parte da prévia experiência vivida, para apreciar o atendimento recebido na unidade no tempo presente. Um dos aspectos relativos à integralidade apontados por Mattos é a questão da importância da gestão das políticas de saúde nos municípios. Isso é, quais são as respostas dadas pelos gestores às necessidades da população, o que tem ligação direta com a organização dos serviços.

As redes de mediadores colaboradores são conjuntos sistêmicos envolvendo usuários, agentes de saúde e profissionais especializados das unidades (médicos e enfermeiras, principalmente), que são responsáveis pelas mobilizações cívicas, humanitárias, culturais, políticas, administrativas e jurídicas na passagem de um modelo assistencial centralizado para um modelo participativo descentralizado, que está reorganizando a esfera pública local¹⁷.

Por outro lado, a política de envelhecimento ativo, proposta pela Organização Mundial de Saúde (OMS, 2005), também tem discutido as questões relacionadas à saúde na velhice, enfatizando que envelhecer bem faz parte de uma construção coletiva e que deve ser facilitado pelas políticas públicas e por oportunidades de acesso à saúde ao longo do curso de vida¹⁷.

Embora haja uma política para beneficiar os idosos, observa-se também que os abusos financeiros e econômicos não acontecem apenas no interior das famílias, eles estão presentes também na relação do estado, omitindo direitos, nas demoras de concessão de benefícios, na aposentaria, e outros. Os idosos também são vítimas de estelionatos que tripudiam sobre a vulnerabilidade física em agências bancárias, lojas, ruas, caixas eletrônicos¹⁸.

A integralidade torna-se um atributo relevante a ser levado em conta na avaliação da qualidade do cuidado, dos serviços e dos sistemas de saúde, em geral, naqueles direcionados para uma política de cuidados primários¹⁵.

Para que seja possível a realização de uma prática que atenda à integralidade, precisamos exercitar efetivamente o trabalho em equipe, desde o processo de formação do profissional de saúde. É preciso estabelecer estratégias de aprendizagem que favoreçam o diálogo, a troca, a transdisciplinaridade entre os distintos saberes formais e não formais que contribuam para as ações de promoção de saúde a nível individual e coletivo^{15,16}.

Pelos relatos, vimos que há satisfação com a Unidade Saúde da Família, com a equipe, mas que há, ainda, quem compare essa nova estratégia com a usada nas antigas unidades básicas de saúde.

No entanto, no que diz respeito à integralidade, as mudanças não têm sido tão evidentes. Elas acontecem aqui e acolá, mas ainda não ganharam a generalização nem a visibilidade que almejamos. Exatamente por isso, talvez seja oportuno dedicar maior atenção ao exame dessas experiências, em sua maioria localizada, que transformam as práticas na direção da integralidade. Há que reconhecê-las, analisar as condições que tornaram possível sua emergência, refletir sobre os potenciais e os limites de sua difusão. Analisar as experiências que se pautam pela integralidade é uma importante agenda de pesquisa¹⁷.

A integralidade propõe a ampliação e o desenvolvimento do cuidar nas profissões da saúde e não se define, apenas, como uma diretriz básica do Sistema Único de Saúde (SUS). Isso significa que a integralidade "deverá ser construída cotidianamente. No cotidiano das equipes da ESF, a integralidade opera nos microprocessos de trabalho em saúde, nos fazeres de cada profissional que adota uma postura acolhedora e compromissada com os usuários, seus cuidados e a cura, ao estabelecer vínculo, condutas e prioridades equânimes para assisti-los em função de suas necessidades. A abordagem integral dos indivíduos/famílias na ESF é facilitada pela soma de olhares dos distintos profissionais que compõem as equipes interdisciplinares^{16,17}. O Relatório do Banco Mundial de 2011 sobre o envelhecimento no Brasil¹⁸ nos alerta que são vários os desafios em nosso País a serem enfrentados para que haja condições estruturais e educacionais para o cuidado integral à pessoa idosa. Sugere que é urgente a adequação dos serviços

de saúde para sua demanda e que as instituições de ensino acompanhem o processo de mudança demográfico e formemos recursos adequados para a nova realidade que se apresenta. Só assim poderemos nos adequar e atender de forma integral a pessoa idosa em sua demanda apresentada. Este estudo, embora situado em local restrito, mostrou, do ponto de vista dos idosos, a necessidade de os profissionais da saúde se conscientizarem do processo de envelhecimento e planejarem estratégias de cuidado integrado em suas unidades.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo teve por objetivo compreender como o idoso identifica e percebe o atendimento na Unidade de Saúde da Família.

A escuta dos sujeitos revela dualidade na percepção do atendimento recebido, emergindo aspectos positivos e negativos. Elegem a visita domiciliar, a distribuição de medicamentos e a própria assistência na unidade como positivos e o tempo de espera e demora no agendamento como negativos. Revelam desconhecerem o direito à saúde e apresentam demanda de ações individualizadas de cuidado, e, embora algumas vezes necessitem de cuidados complexos em saúde, sequer demandam cuidado em rede integrada. Consideramos que possa haver grau de integralidade nas ações de uma equipe bem articulada em sua prática, mas que a integralidade plena do cuidado à saúde só pode ser alcançada em rede integrada.

Evidencia-se a necessidade de sensibilização e ação social quanto às questões pertinentes ao envelhecimento, e destaca-se a importância dos órgãos formadores manterem o olhar atento à formação dos futuros profissionais de saúde em uma lógica de cuidado pautado na rede de colaboração entre os diferentes profissionais.

Assim, como desafio para a sociedade, podemos dizer que cabe a nós, profissionais da saúde, enxergarmos o idoso além de suas limitações, e percebê-lo como um cidadão com direito à saúde integral nos diferentes níveis de complexidade.

Este estudo, embora tenha limitações, por ser descritivo e localizado em população restrita, sinaliza a necessidade de os profissionais da saúde estarem atentos ao processo de envelhecimento senil e planejarem estratégias de cuidado integrado em suas unidades. Além disso, serve de alerta aos gestores e ao Estado à premência de organizar a rede de cuidado para com a pessoa idosa na comunidade, adequando a oferta de serviços à demanda representada pelos idosos de hoje, em número crescente, e pelos que virão, com graus variados de demanda de cuidado.

REFERÊNCIAS

1. Valadares FC, Souza ER. Violência contra a pessoa idosa: análise de aspectos da atenção de saúde mental em cinco capitais brasileiras. *Cienc. saude colet.* 2010;15(6):2763-74.
2. Silvestre, J. A. & Costa Neto, M. M. Abordagem do idoso em programas de saúde da família. *Cad. Saude Publica.* 2003 mai/jun;19(3):839-47.
3. Venturi I, Rosado LEFP, Cotta RMM, Rosado GP, Doimo LA, Tinoco ALA, et al. Identificação da área de influência do serviço de atenção básica do sistema público de saúde à população idosa, município de Viçosa-MG. *Cienc. saude colet.* 2008;13(4):1293-304.
4. Tanaka OY, Ribeiro EL. Ações de saúde mental na atenção básica: caminho para ampliação da integralidade da atenção. *Cienc. saude colet.* 2009;14(2):477-86.
5. Mattioni FC, Budó MLD, Schimith MD. O exercício da integralidade em uma equipe da Estratégia Saúde da Família: Saberes e Práticas. *Texto & contexto enferm.* 2011 abr/jun;20(2):263-71.
6. Araújo MAS, Barbosa MA. Relação profissional de saúde/idoso. *Esc Anna Nery.* 2010;14(4):819-24.
7. Franco TB, Magalhaes HMJr. Integralidade na assistência à saúde: a organização das linhas de cuidado. *O Trabalho em Saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano.* 2ª edição; São Paulo: HUCITEC; 2004.
8. Motta, L.B. & Aguiar, A.C. Novas competências profissionais em saúde e o envelhecimento populacional brasileiro: integralidade, interdisciplinaridade e intersetorialidade. *Cienc. saude colet.* 2007;12(2):363-72.
9. Machado, M.F.A.S. et al. Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do SUS - uma revisão conceitual. *Cienc. saude colet.* 2007;12(2):335-42.
10. Mattos RA. A integralidade na prática (ou sobre a prática da integralidade). *Cad. Saude Publica.* 2004 set/out;20(5):1411-6.
11. Minayo, MCS. O desafio do conhecimento, pesquisa qualitativa em saúde. 11ª ed. São Paulo: Hucitec; 2008.
12. Bardin, L. Análise de conteúdo. Lisboa (POR): Edições 70; 2008.
13. Silva HS, Lima AMM, Galhardoni R. Successful aging and health vulnerability: approaches and perspectives. *Interface: Comunicacao, Saude, Educacao.* 2010;14(35):867-77
14. Carreira L, Rodrigues RAP. Dificuldades dos familiares de idosos portadores de doenças crônicas no acesso à Unidade Básica de Saúde. *Rev. bras. enferm.* 2010 nov/dez;63(6):939-9.
15. Silva BK, Bezerra AFB, Tanaka OY. Direito à saúde e integralidade: uma discussão sobre os desafios e caminhos para sua efetivação. *Interface: Comunicacao, Saude, Educacao.* 2012;16(40):249-59.
16. Conill EM. Avaliação da integralidade: conferindo sentido para os pactos na programação de metas dos sistemas municipais de saúde. *Cad. Saude Publica.* 2003 set/out;20(5):1417-23.
17. Viegas SMF, Penna CMM. A construção da integralidade no trabalho cotidiano da equipe saúde da família. *Esc Anna Nery.* 2013 jan/mar;17(1):133-41.
18. Banco Mundial. Banco Internacional para a Reconstrução e o Desenvolvimento. Envelhecendo em um Brasil mais velho: implicações do envelhecimento populacional para o crescimento econômico, a redução da pobreza, as finanças públicas e a prestação de serviços. Washington (USA): Banco Mundial; 2011.