



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

What the elderly think of the care provided by health services

Juliana Almeida Marques Lubenow¹ 

Antonia Oliveira Silva¹ 

Resumo

Objetivo: Identificar as representações sociais da pessoa idosa sobre o atendimento em serviços de saúde. **Método:** Pesquisa exploratória com abordagem qualitativa na qual foram entrevistados 238 idosos sobre o atendimento recebido em Unidades Básicas de Saúde e em um centro de atenção especializada. As falas foram gravadas e transcritas na íntegra, e processadas pelo *software* Iramuteq. Os resultados foram discutidos com aporte na Teoria das Representações Sociais. **Resultados:** Os idosos associaram um bom atendimento a serem tratados com respeito, atenção e educação; e, ao mesmo tempo, à solicitação de exames, encaminhamentos a médicos especialistas e prescrição de medicamentos. No seu imaginário, a Unidade Básica de Saúde atrapalha a obtenção de atendimento especializado e o médico desse serviço não sabe o suficiente para atender pessoas de diferentes faixas etárias e problemas de saúde, por isso, a necessidade de se consultar com um médico especialista. Na prática, encontraram dificuldades relacionadas à demora para serem atendidos e à obtenção de consultas com especialistas, de exames diagnósticos e de atendimento por ordem de chegada, limitado pelo número de vagas e pelos dias específicos. **Conclusão:** As práticas no atendimento ao idoso, nos serviços de saúde, precisam ser rediscutidas para que seja ofertada uma assistência humanizada e qualificada, que atenda às suas necessidades. Profissionais de saúde e gestores precisam considerar as especificidades da pessoa idosa em sua abordagem, tanto na atenção primária quanto nos demais níveis de atenção.

Palavras-chave: Saúde do Idoso. Assistência à Saúde. Atenção Primária à Saúde. Avaliação em Saúde.

¹ Universidade Federal da Paraíba, Departamento de Enfermagem, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. João Pessoa, Paraíba, Brasil.

Correspondência
Juliana Almeida Marques Lubenow
julianalmeidamarques@hotmail.com

Recebido: 18/10/2018
Aprovado: 23/04/2019

Abstract

Objective: To identify the social representations of the elderly on the care provided in health services. **Method:** An exploratory study with a qualitative approach was carried out, in which 238 elderly persons were interviewed about the care they received in Basic Health Units and in a center of specialized care. Their discourse was recorded and transcribed in its entirety, and processed using Iramuteq software. The results were discussed using Social Representation Theory. **Results:** The elderly associated good care with being treated with respect, attentiveness and politeness; and, at the same time, the requesting of diagnostic exams, referrals to medical specialists and the prescription of medicines. In their imaginary, the Basic Health Unit hinders their access to specialized care and doctors in this service do not know enough to meet the needs of people of different age groups and health problems, meaning that consulting with a specialist becomes more important. In practice, they encounter difficulties related to delays in being attended to and obtaining appointments with specialists, diagnostic exams and with the first come, first served appointment system, which is further limited by the number of places and treatment of specific groups on certain days. **Conclusion:** The practices in the care provided to the elderly in health services need to be reviewed to offer humanized and qualified care that can meet their needs. Health professionals and managers should consider the different characteristics of the elderly when approaching care.

Keywords: Elderly. Delivery of Health Care. Primary Health Care. Health Evaluation.

INTRODUÇÃO

No Brasil, o primeiro contato do usuário com o sistema de saúde, geralmente, é feito por meio das Unidades Básicas de Saúde (UBS), que incluem as Unidades de Saúde da Família (USF), onde são marcadas consultas e exames e realizados procedimentos de menor complexidade. Caso a necessidade de saúde do usuário ultrapasse a capacidade de resolução desses serviços, esse indivíduo será encaminhado para os demais níveis de atenção¹.

Garantir o acesso da população a esses níveis de atenção tem se constituído um desafio para o Sistema Único de Saúde (SUS)², especialmente porque, com o rápido envelhecimento da população e o aumento da incidência de doenças crônicas, as visitas aos serviços de saúde pela pessoa idosa tendem a ser mais frequentes. Assim, gestores e profissionais de saúde, além de lidar com as dificuldades já existentes, para oferecer acesso universal, integral, com equidade, longitudinalidade e coordenação, precisam adequar os serviços e capacitar as equipes de saúde quanto às demandas dos idosos para oferecer uma assistência com qualidade³. Para tal, é importante ouvir sobre

suas experiências com o atendimento oferecido nos serviços e sua opinião a respeito do que ainda precisa melhorar⁴.

Como a percepção de determinado fenômeno (nesse caso, o atendimento nos serviços de saúde) sofre interferência da forma como o indivíduo compreende a realidade que o cerca, baseado em um sistema de valores e de crenças, a Teoria das Representações Sociais (TRS), de Serge Moscovici, deu suporte à interpretação dos resultados encontrados⁵. Esse autor destaca três dimensões para a formação das representações sociais: atitude (posição dos sujeitos diante do objeto de representação), imagens ou campo de representação social (sentidos conferidos aos objetos por meio de conteúdos concretos responsáveis pela organização do campo de representação) e informação (conhecimento de um grupo sobre um objeto social).

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

MÉTODO

Pesquisa exploratória com abordagem qualitativa, realizada na cidade de João Pessoa, Paraíba, Brasil, em duas USF e no Centro de Atenção Integral à Saúde do Idoso (CAISI). As USF pesquisadas estão inseridas em um mesmo contexto socioeconômico e oferecem diversos serviços aos usuários, dentre eles: consulta médica e de enfermagem, assistência odontológica, visita domiciliar, aplicação de vacinas, aferição de pressão arterial e glicemia capilar, distribuição de medicamentos, além de possuírem grupos de acompanhamento da hipertensão arterial e diabetes e de Terapia Comunitária.

Quando chegam, os idosos se dirigem à recepção, informam o motivo de sua vinda e são atendidos por ordem de chegada. Caso necessitem de encaminhamento para médicos especialistas ou exames, os pedidos são encaminhados a um funcionário (marcador) que realiza o agendamento. O idoso então é informado sobre a data do atendimento no mesmo dia ou posteriormente, pois depende da disponibilidade de vagas ofertadas pelo município para determinado serviço.

Já o CAISI atende em média 2.500 idosos por mês, em 16 especialidades médicas (referenciadas pelas USF), oferece atendimento odontológico, de nutrição e de fisioterapia, e atividades que promovem o envelhecimento saudável como grupos de Memória, Convivência, Escola de Postura, Educação Física, Flauta e Dança. Quando chegam ao serviço, os idosos informam o nome para os atendentes, que conferem se houve agendamento prévio pela unidade de saúde, e são chamados por ordem de chegada.

Foram entrevistados ao todo 238 idosos (119 nas USF, e 119 no CAISI), compondo a amostra não aleatória, selecionada por conveniência e delimitada pelo critério de saturação dos dados, o que ocorre quando os dados acessados pelo pesquisador apresentam redundância e não é necessário ampliar a amostra, uma vez que as informações obtidas são consideradas suficientes⁶. Como critérios de inclusão foram selecionados os idosos com 60 anos de idade ou mais; que foram atendidos no mesmo serviço de saúde onde a entrevista foi realizada; sem deficit cognitivo para conceder as entrevistas; e que aceitaram participar do estudo. Para a avaliação

cognitiva, foi aplicado o Miniexame de Estado Mental (MEEM). Foram excluídos oito idosos que obtiveram menos de 27 pontos. Cerca de 20 idosos se recusaram a participar, alegando falta de interesse.

Os dados foram coletados entre janeiro e maio de 2016, de segunda a sexta-feira, por meio de entrevista semiestruturada, por um único entrevistador, após receber treinamento prévio por meio de aulas e apropriação teórica sobre esse tipo de entrevista. Os idosos foram abordados individualmente, nas salas de espera do CAISI e das USF, e questionados se tinham interesse de participar da pesquisa. Diante da afirmativa, foram convidados a acompanhar o pesquisador a uma sala reservada, disponibilizada pelo serviço, na qual receberam esclarecimentos quanto aos objetivos da pesquisa, bem como ao seu direito de se recusar a participar dela.

Depois de preencher os critérios de inclusão e de assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (ou imprimirem suas digitais), os idosos foram solicitados a responder a questão: “Como o (a) senhor (a) avalia o atendimento recebido nesse serviço?”. A entrevista também contemplou questões para caracterização dos entrevistados, como: idade, sexo, grau de instrução, estado civil e renda familiar.

As falas foram gravadas e transcritas na íntegra, e processadas e analisadas pelo *software* Iramuteq (*Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires*), versão 0.7 alpha 2. O conjunto de entrevistas foi dividido pelo programa em trechos menores de texto, chamados de Segmentos de Texto (ST), e submetido ao método de Classificação Hierárquica Descendente (CHD) e ao teste qui-quadrado (χ^2) para obtenção das classes, que são formadas em função da similaridade do vocabulário presente nas evocações⁷. Foi feita leitura aprofundada de cada classe por dois pesquisadores para interpretar as falas e identificar as representações sociais.

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Lauro Wanderley (HULW), protocolo nº 261/09 e CAAE: 0182.0.126.000-09. Os discursos foram identificados por sujeito 1, sujeito 2, e assim por diante. Para proteger também a identidade dos profissionais dos serviços pesquisados, as classes profissionais citadas

nas falas foram substituídas por “profissional”. Os demais trechos foram mantidos na sua versão original.

RESULTADOS

Entre os idosos entrevistados, a maioria possuía idade entre 60 e 69 anos (45,4%), era do sexo feminino (74,8%), com ensino fundamental (56,3%), era casada (42,0%), com renda familiar de dois salários mínimos ou mais (76,4%) (Tabela 1).

Em relação à análise do corpus pelo IRaMuTeQ, foram retidos 1240 segmentos de texto (ST), o que corresponde a 94,44% do total de 1313 ST deste estudo. Por meio da CHD, as representações sociais sobre o atendimento nos serviços de saúde para a pessoa idosa foram apontadas em cinco classes semânticas, denominadas a partir de seu conteúdo. O programa procedeu, ainda, à intersecção e à descrição das classes (CHD) e apresentou o Dendograma das classes do corpus, demonstrado na Figura 1.

Tabela 1. Características sociodemográficas dos idosos entrevistados nas Unidades de Saúde da Família e no Centro de Atenção Integral à Saúde do Idoso. João Pessoa, PB, 2016.

Variáveis	n	%
Idade		
60 a 69 anos	54	45,4
70 a 79 anos	50	42,0
> ou igual a 80 anos	15	12,6
Sexo		
Feminino	89	74,8
Masculino	30	25,2
Grau de instrução		
Não sabe ler e escrever	14	11,8
Sabe ler e escrever	3	2,5
Ensino fundamental	67	56,3
Ensino médio	24	20,2
Ensino superior	11	9,2
Estado civil		
Casado	50	42,0
Solteiro	14	11,7
Viúvo	44	37,0
Divorciado	7	5,9
Separado	4	3,4
Renda familiar		
< salário mínimo	4	3,4
um salário mínimo*	24	20,2
dois salários mínimos ou mais	91	76,4

* O valor do salário mínimo considerado no ano da pesquisa era de R\$ 880,00.

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

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

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

Para compor o dendograma, foram selecionadas as palavras com valor de qui-quadrado (χ^2) igual ou maior do que 3,84 ($p < 0,001$) e frequência nas classes igual ou maior a 14,45. Esse valor foi estabelecido pelo relatório completo do software IRAMuTeQ.

DISCUSSÃO

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

Classe 1 - Atendimento recebido

De uma forma geral, relatam serem bem atendidos e tratados, o que está vinculado a conversar, explicar, mostrar interesse pelo seu problema de saúde e sua vida pessoal, ser atencioso, escutar, ter educação:

“O profissional é atencioso, faz pergunta, explica, tira dúvida [...]” (Sujeito 11).

“Eu gosto muito do profissional porque ele é atencioso, delicado, educado, trata com carinho [...]” (Sujeito 150).

Verificou-se ainda que um bom atendimento resulta na imagem que os idosos constroem dos profissionais, como mãe, anjo, amigo, família, estabelecendo vínculo entre eles:

“O profissional é um anjo[...]” (Sujeito 43).

“É bom porque a gente se torna família daqui porque elas conhecem a gente há muito tempo, conhecem o nome da gente, já sabem tudo da gente, é bem familiar[...]” (Sujeito 51).

“A profissional é minha amiga[...]” (Sujeito 65).

“A profissional é uma mãe[...]” (Sujeito 144).

O relacionamento profissional-usuário é benéfico na medida que desenvolve uma relação de vínculo e confiança, resultando em uma maior adesão às ações de prevenção e promoção à saúde⁸.

Classe 2 - Atendimento idealizado

Quando questionados sobre como deveriam ser atendidos nos serviços de saúde, as respostas revelaram aspectos emocionais:

“Os idosos precisam de atenção, carinho. A pessoa tem que ter muita paciência [...]” (Sujeito 29).

“O idoso deveria ser atendido com respeito, paciência, prioridade, amor e compreensão [...]” (Sujeito 51).

Com o avançar da idade, o pensamento de morte iminente, a falta de suporte social pela perda do companheiro, a saída dos filhos de casa ou mesmo a falta de atenção dos familiares, mesmo morando com eles, implica em uma maior fragilidade emocional na pessoa idosa⁹.

Outros aspectos apontados pelos idosos referem-se à obtenção de atendimento mais rápido e com prioridade:

“O idoso deveria ser atendido rápido e muito bem. O idoso não pode esperar [...]” (Sujeito 138).

“Deveria ser tratado primeiro. Idoso tem prioridade. Aqui não tem isso [...]” (Sujeito 32).

O Estatuto do Idoso trouxe grande contribuição na defesa dos direitos da pessoa idosa. Um deles é o atendimento preferencial junto a órgãos públicos e privados, o que muitas vezes não é respeitado. No entanto, quando se trata de preferência no atendimento de saúde, deve-se considerar também a gravidade (e a necessidade) em que o usuário se encontra¹⁰.

O atendimento deve levar em conta as necessidades da pessoa idosa:

“Precisa procurar saber a necessidade, do que eles estão precisando. Se está precisando de remédio, de atenção. Muitos não dão atenção ao idoso [...]” (Sujeito 7).

Muitas dessas necessidades estão associadas à imagem que os entrevistados apresentam em relação à pessoa idosa como um indivíduo frágil, doente, na iminência de morrer¹¹. Alguns comparam o idoso com a criança, devido ao estado de fragilidade e de dependência e por serem discriminados e ignorados pela sociedade.

As necessidades apontadas pelas pessoas longevas podem, ainda, diferir daquelas identificadas pelos profissionais de saúde, o que pode prejudicar a adesão à terapêutica instituída¹². Quando suas demandas não são consideradas e existem barreiras ao acesso ou à utilização dos serviços, pode haver

um distanciamento entre esses locais e os idosos e o não acompanhamento pela equipe de saúde das modificações globais associadas ao processo de envelhecimento, expondo-os a riscos de saúde (e outros), bem como a complicações de doenças crônicas já instaladas¹³.

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

A visita domiciliar, prevista no Programa de Saúde da Família (PSF), veio beneficiar, especialmente, idosos incapacitados de se dirigir às unidades de saúde e que ficariam excluídos de assistência. No entanto, os idosos se queixam da pouca frequência com que essas visitas ocorrem:

“[...] poucas vezes ela vai em casa [...]” (Sujeito 22).

“[...] quando o idoso for acamado, deveria ter mais visita [...]” (Sujeito 43).

Muitas dificuldades em relação às visitas são relatadas pelos profissionais de saúde, como o número insuficiente de profissionais, a falta de transporte e problemas para acessar as áreas mais longínquas, o que também foi detectado por um estudo realizado no Rio de Janeiro¹⁴.

Classe 3 - Acolhimento nos serviços

O acolhimento preconizado pelo Ministério da Saúde (MS) envolve momentos de escuta, empatia, interesse, identificação de necessidades sociopsicobiológicas dos usuários, atentando-se ao princípio de equidade¹⁵. No entanto, a percepção de acolhimento de muitos profissionais e funcionários dos serviços está relacionada a um procedimento burocrático: receber o usuário e encaminhá-lo para atendimento. São, muitas vezes, inflexíveis e não levam em consideração suas necessidades¹⁶.

Nas USF pesquisadas, foi observado que o acolhimento é feito pelos funcionários da recepção e pelos agentes comunitários de saúde (ACS), que acabam decidindo quem tem prioridade no atendimento. Geralmente, os idosos são priorizados, mas casos mais urgentes podem ser negligenciados e orientados a comparecer outro dia ou procurar outros serviços por causa da falta de avaliação de um profissional de saúde mais qualificado. O MS orienta que o acolhimento seja realizado pelo enfermeiro que, depois de escutar as demandas do usuário, pode realizar intervenções da sua competência ou encaminhá-lo para os demais profissionais de saúde¹⁷.

No CAISI, as consultas com os profissionais são marcadas antecipadamente na USF. Quando chegam a esse local, aguardam a vez para serem atendidos:

“É por ordem de chegada. Tem que chegar primeiro, vai dando o nome. [...]” (Sujeito 46).

“A gente chega, fica sentado nas cadeiras, pede aos atendentes a ficha e vai chamando [...]” (Sujeito 123).

Os usuários costumam chegar de madrugada aos serviços, para que possam ser um dos primeiros a serem atendidos ou podem ficar sem atendimento, no caso da USF. Essa realidade também foi relatada em uma pesquisa no Rio de Janeiro (RJ)¹⁸. Uma das queixas dos idosos diz respeito à falta de pontualidade da equipe de saúde:

“Eu fiquei esperando 5 horas para ser atendido. A Profissional marca um horário, mas chega em outro. Agente perde um dia aqui [...]” (Sujeito 226).

Classe 4 - Dificuldades relacionadas ao atendimento

O número de atendimentos, nos serviços pesquisados, é limitado. Caso o médico solicite consulta com especialista ou exames diagnósticos, a peregrinação por atendimento continua. Devido ao número limitado de vagas para marcar esses procedimentos, muitos usuários aguardam meses para serem atendidos.

Alguns idosos recorrem a serviços particulares, sacrificam suas aposentadorias, solicitam ajuda de familiares e amigos, vendem bens ou solicitam

empréstimos em instituições financeiras para custear consultas e exames, para não precisar esperar por atendimento pelo sistema público de saúde:

“Eu prefiro pagar uma consulta do que ir para o PSF. Às vezes o profissional não está. Quando vem, às vezes a gente não consegue. Coloca o nome, passam dois, três meses para vir o encaminhamento[...]" (Sujeito 166).

Outros apontaram a ineficiência do sistema de marcação de exames e consultas e o descaso. Em casos como esse, os próprios funcionários orientam os idosos a procurarem serviços privados:

“Eu fui marcar o transvaginal. Eles falaram que não tinha vaga, que era para eu fazer particular[...]" (Sujeito 220).

Não é o objetivo deste trabalho discutir sobre a real necessidade da solicitação desses exames, no entanto, há estudos que alertam sobre a prática indiscriminada de prescrição de exames e medicamentos, que atende o complexo médico-industrial, e encaminhamentos a especialistas de indivíduos com problemas de saúde que poderiam ser acompanhados na atenção básica. Isso dificulta o acesso de usuários que realmente necessitam dessas tecnologias e onera os custos para o sistema de saúde¹⁹. Além disso, a marcação dos encaminhamentos para os serviços mais complexos deve considerar as necessidades de saúde dos usuários, e não, a ordem de solicitação²⁰.

A Atenção Primária é a porta de entrada do sistema de saúde para garantir mais eficiência e economicidade e a sua importância é reconhecida por muitos gestores que, na prática, não conseguem efetivá-la. Simultaneamente, é pouco valorizada pela população usuária do sistema de saúde. Em ambos os casos, podem-se listar algumas possíveis causas: baixa resolutividade, priorização política e financeira da atenção especializada; carência de médicos generalistas; e, horários de funcionamento das unidades básicas que não consideram as necessidades dos seus usuários²¹.

A APS, por não conseguir desempenhar sua função de coordenação do cuidado e prover resolução às demandas de saúde dos idosos, obrigam-nos a resolverem do seu jeito, desconsiderando a organização

dos serviços de APS preconizada por diretrizes nacionais para efetivação das Redes de Atenção à Saúde. Uma das formas para conferir maior legitimidade à Atenção Básica de Saúde (ABS) perante os seus usuários seria atribuir mais autonomia a esse nível de atenção, aumentando a sua capacidade de gerenciar efetivamente os processos regulatórios, possibilitando às equipes de saúde acessarem diretamente a marcação de consultas e aos médicos terem uma maior comunicação com as centrais de regulação, sempre que necessário²².

Outra questão a ser discutida é a programação do atendimento nas USF por dias temáticos. É necessário ter cautela para não transformar o acompanhamento de grupos prioritários de atendimento estabelecidos pelo MS (crianças, gestantes, hipertensos e diabéticos) em ações que limitem o acesso dos demais usuários ao atendimento²³. Os idosos reclamam da demora e da falta de atendimento nas USF pelo fato de não pertencerem à demanda programada, situação também encontrada em um estudo realizado no interior do estado de São Paulo²⁴:

“Eles dizem que hoje é dia de gestante. Eles não atendem. Dia de gestante, só gestante [...]" (Sujeito 130).

Alguns idosos confessam recorrer a familiares e a amigos ligados aos serviços, na esperança de agilizar a obtenção de atendimento:

“Como meu menino trabalha aqui, eu sou atendida [...]"(Sujeito 215).

“Eu só consegui marcar a densitometria óssea porque eu tenho uma amiga que trabalha no PSF[...]" (Sujeito 250).

“Eu passei 6 meses para fazer um exame. Falei com o profissional. Ele disse que em janeiro eu ia ser a primeira a ser atendida[...]"(Sujeito 57).

Além de todas essas dificuldades, os idosos, muitas vezes, são encaminhados a serviços distantes de sua residência, o que os obriga a utilizar transporte coletivo que, além de ocasionar gastos, pode sobrecarregá-los fisicamente. Muitos são encaminhados de um lugar para outro:

“Você mora em um bairro e perto da sua casa tem laboratório que atende aquela área e eles botam você em outro lugar e você tem que pegar ônibus. Consulta eles botam distante [...]” (Sujeito 202).

“Quando cheguei aqui, a profissional me botou pra Tambaú para fazer um implante no dente. Chegando lá, ela não estava. Outro dia, o aparelho estava quebrado, vem tal dia. Voltei outro dia, não tinha profissional. Não fui mais [...]” (Sujeito 3).

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

De acordo com os funcionários das USF pesquisadas, a escolha pelo serviço de referência se dá apenas em relação à disponibilidade de vagas, independentemente da localização, pois caso não fosse feito dessa forma, o acesso ao atendimento seria ainda mais comprometido, visto o número reduzido de vagas em relação à demanda.

Para a marcação das consultas e exames diagnósticos, é utilizado o Sistema Nacional de Regulação (SISREG), um sistema online (por meio de um *software*) que gerencia os recursos ambulatoriais especializados e hospitalares nos níveis municipal, estadual e regional. Esse sistema informatizado trouxe muitos benefícios, dentre eles, evitar deslocamentos para os serviços especializados para marcação de consultas, uma vez que pode ser realizada em ambiente virtual²⁵.

No entanto, alguns autores trazem as dificuldades na utilização desse sistema que podem ajudar a entender alguns dos problemas relatados pelos idosos nessa pesquisa, como: falta de protocolo de acesso nos serviços para definir quando o procedimento é de rotina, prioritário ou de urgência; inabilidade do operador do sistema, resultando em falha no preenchimento das solicitações; problemas técnicos

relacionados ao programa e à conexão com a *internet*; e, escassez de profissionais especialistas em determinadas áreas^{26,27}.

Foi verificada, ainda, a necessidade de melhorar a informação relacionada ao funcionamento do próprio serviço (observou-se falta de identificação nas salas de atendimento e orientação sobre os procedimentos necessários para obter receitas e marcar consultas) e aos encaminhamentos para outros serviços. Vale salientar que a informação deve ser passada para o idoso em linguagem apropriada e audível. Devem-se, conjuntamente, identificar deficiência auditiva e baixo grau de instrução.

Uma estratégia para melhorar a informação e otimizar e modernizar o atendimento seria utilizar mais as tecnologias. Muitos países desenvolvidos atendem os usuários por telefone ou *e-mail*, não para substituir sua avaliação física, mas para dar orientações e esclarecer dúvidas. Assim também o usuário não precisaria ir à unidade de saúde somente para saber se sua consulta foi marcada ou se há médico disponível para atendê-lo. Além do mais, o telefone poderia ser utilizado pelos funcionários para lembrar os idosos as datas e os horários de seus exames e consultas, o que poderia minimizar ausências e aproveitar as vagas dos desistentes^{28,29}.

Outra queixa trazida pelos idosos entrevistados é a obrigatoriedade em passar primeiro pela USF para marcar consulta com um médico especialista, pois configura-se como um grande empecilho para conseguirem atendimento, o que também foi verificado em um estudo, no estado de São Paulo³⁰, ou em um mero procedimento burocrático para receber receitas de medicamentos e encaminhamentos para médicos especializados ou para registrar a realização do atendimento:

“Depois que entrou o PSF, você passa pelo clínico. O clínico marca. Você entrega para o marcador. Um mês, dois, três, um ano. Quem está com um caso grave vai morrer sem ser atendido. O problema está mais no PSF [...]” (Sujeito 125).

“É a receita que a senhora quer? Qual é o medicamento e pronto. Eles não dão nem apreço, não estão nem aí. Eu só venho para pegar receita[...]” (Sujeito 30).

“Na sexta-feira eu vou ao profissional do PSF pedir encaminhamento para o cardiologista [...]” (Sujeito 109).

A percepção negativa dos idosos em relação à USF está relacionada à falta de resolutividade nesses serviços devido à dificuldade de acesso aos demais níveis de atenção, gerando insatisfação e falta de credibilidade no serviço e, conseqüentemente, no sistema de saúde como um todo³¹.

Classe 5 - Dimensões práticas do atendimento idealizadas

Os entrevistados destacam características do atendimento que se configuram como representações ancoradas na cultura medicocêntrica, da medicalização e da compartimentalização da assistência de saúde em especialidades³²:

“Atender bem é pedir os exames, passar medicação [...]” (Sujeito 217).

“Eu gosto daqui porque a gente tem a especialidade. Tinha um profissional que foi transferido que era bom, os remédios que ele passava para mim [...]” (Sujeito 131).

Isso se deve ao modelo biomédico de atenção à saúde a que a população vem sendo submetida e que se mantém no imaginário dos usuários e nas práticas de muitos profissionais de saúde, constituindo um grande desafio para sua desconstrução³³. A valorização do atendimento por especialidade está presente em algumas falas:

“Para o clínico geral é muita coisa para saber. Você vai para o urologista, é para aquilo, para o oculista, médico de cabeça. Agora ele é para tudo [...]” (Sujeito 3).

“Para melhorar o serviço precisa de especialista. Aqui tinha tudo, médico do coração, era bom demais. Tiraram tudo e colocaram esse outro [...]” (Sujeito 131).

Outro estudo realizado no Brasil apontou o não reconhecimento dos profissionais da Atenção Primária, especialmente de médicos, pelos usuários.

A qualificação desses trabalhadores deve ser uma das prioridades do governo, porque aumenta a credibilidade da população nesses serviços e a capacidade de resolver seus problemas de saúde³⁴.

Uma limitação deste estudo foi ter sido feito em serviços de saúde de um único município, no entanto, os resultados encontrados refletem muitos dos problemas de atendimento vivenciados por usuários de outras regiões do território brasileiro, e de países com Sistemas Universais de Saúde, que têm a atenção primária como base do sistema de saúde, conforme apontado ao longo do artigo. Outra limitação é que a percepção dos usuários pode ter sido influenciada pelo seu próprio contexto socioeconômico, pelo contexto onde estão os serviços, e pelo tipo de serviço recebido e esperado (na atenção básica ou especializada).

O fato de as entrevistas terem sido realizadas no mesmo local de atendimento poderia ser uma limitação. No entanto, foi observado que a maior parte dos entrevistados se mostrou disposta a falar sobre o atendimento recebido e suas dificuldades (somente 20 idosos se recusaram a participar da pesquisa) e consideraram as entrevistas como um espaço para falarem e serem ouvidos. O que pode ter contribuído para isso foi a garantia de sigilo da sua identidade, a pesquisa ter sido realizada em uma sala reservada, com a presença, somente, do idoso e do entrevistador, e ter sido conduzida por uma pessoa não ligada aos serviços³⁵.

CONCLUSÃO

O estudo trouxe como representações sociais os idosos associarem um bom atendimento a serem tratados com respeito, atenção e educação. Para eles, os profissionais de saúde devem conversar, explicar e mostrar interesse por seu problema de saúde e sua vida pessoal. Ao mesmo tempo, vincularam um bom atendimento à prescrição de medicamentos e exames, bem como a encaminhamentos a especialistas, o que reforça a cultura de valorização do modelo biomédico de atendimento de saúde.

No imaginário dos entrevistados, a USF representa mais um obstáculo do que uma porta de entrada para o sistema de saúde, pois atrapalha a obtenção de

atendimento especializado. Esse significado atribuído à USF é somado à percepção de que o médico da atenção básica não sabe o suficiente para atender ao mesmo tempo pessoas de diferentes faixas etárias e problemas de saúde, sendo necessária a consulta com o especialista.

Nos locais pesquisados, os idosos mostraram-se satisfeitos com o atendimento, no que se refere à relação afetiva com os funcionários, já que se sentem acolhidos e bem tratados. Ao mesmo tempo, queixam-se de muitos aspectos que precisam ser revistos e melhorados, alguns próprios da dinâmica dos locais investigados, e outros, relacionados ao funcionamento do sistema de saúde de uma forma geral. Independentemente se esses problemas estão relacionados aos serviços ou ao sistema, sua resolução

deve considerar a Política de Humanização do Ministério da Saúde e os Protocolos Internacionais de Atendimento ao usuário, especialmente à pessoa idosa (*Towards Age-friendly Primary Health Care*).

É importante ressaltar que não se objetivou neste estudo avaliar especificamente os serviços de saúde pesquisados, nem tampouco, os profissionais que lá atuam. Estes, por sua vez, precisariam ser ouvidos também para averiguar as possíveis dificuldades enfrentadas e que podem gerar insatisfação aos usuários. De qualquer forma, espera-se que estes resultados contribuam para modificar a visão e a prática dos profissionais e dos gestores sobre o atendimento oferecido à pessoa idosa, considerando as especificidades dessa faixa etária, para que obtenham mais resolutividade das suas necessidades de saúde.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde. O SUS de Aa Z: garantindo saúde nos municípios [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2005 [acesso em 01 abr. 2018]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sus_az_garantindo_saude_municipios_3ed_p1.pdf
2. Oliveira DC, Cecilio HPM, Gomes AMT, Marques SC, Spindola T, De Pontes APM. A universalização e o acesso à saúde: consensos e dissensos entre profissionais e usuários. *Cad Saúde Colet* [Internet]. 2017 [acesso em 09 out. 2018];25(4):483-90. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/cadsc/v25n4/1414-462X-cadsc-25-4-483.pdf>
3. World Health Organization. Summary. World report on ageing and health [Internet]. Geneva: WHO; 2015 [acesso em 09 out. 2018]. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/186468/1/WHO_FWC_ALC_15.01_eng.pdf?ua=1
4. World Health Organization. Towards age-friendly primary health care [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2004 [acesso em 09 out. 2018]. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/43030/1/9241592184.pdf>
5. Moscovici S. Representações Sociais: investigações em Psicologia Social. 7ed. Rio de Janeiro: Vozes; 2010.
6. Denzin NK, Lincoln YS, editors. Handbook of qualitative research. Thousand Oaks: Sage Publications; 2011.
7. Camargo BV, Justo AM. Tutorial para uso do software de análise textual IRAMUTEQ [Internet]. 2013 [acesso em 09 out. 2018]. [S.l.]: [S.n.]. Disponível em: <http://www.iramuteq.org/documentation/fichiers/tutoriel-en-portugais>
8. Soares JDL, de Araujo LFS, Bellato R, Petean E. Tecitura do vínculo em saúde na situação familiar de adoecimento crônico. *Interface (Botucatu)* [Internet]. 2016 [acesso em 09 out. 2018];20(59):929-40. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832016000400929&lng=pt&tlng=pt
9. Almeida MASO, Lemesa AG, do Nascimento VF, da Fonseca PIMN, da Rocha EM, Liba YHAO, et al. Fatores de risco associados à depressão em idosos no interior de Mato Grosso. *Rev Baiana Saúde Pública* [Internet]. 2015 [acesso em 09 out. 2018];39(3):627-41. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/295541043_Fatores_de_risco_associados_a_depressao_em_idosos_no_interior_de_Mato_Grosso
10. Silva KM, Dos Santos SMA. A práxis do enfermeiro da estratégia de saúde da família e o cuidado ao idoso. *Texto Contexto Enferm* [Internet]. 2015 [acesso em 03 abr. 2019];24(1):105-11. Disponível em: <https://www.redalyc.org/html/714/71438421013/>
11. Daniel F, Antunes A, Amaral I. Social representations of ageing. *AnálPsicol* [Internet]. 2015 [acesso em 09 out. 2018];33(3):291-301. Disponível em: <http://publicacoes.ispa.pt/index.php/ap/article/view/972/pdf>

12. Voigt I, Wrede J, Diederichs-Egidi H, Dierks M, Junius-Walker U. Priority Setting in General Practice: Health Priorities of Older Patients Differ from Treatment Priorities of Their Physicians. *CroatMed J* [Internet]. 2010 [acesso em 09 out. 2018];51:483-92. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.3325/cmj.2010.51.483>
13. Martins LB, D'Avila OP, Hilgert JB, Hugo FN. Atenção Primária a Saúde voltada as necessidades dos idosos: da teoria à prática. *Ciênc Saúde Colet* [Internet]. 2014 [acesso em 03 abr. 2019];19(8):3403-16. Disponível em: https://www.scielo.org/scielo.php?pid=S1413-81232014000803403&script=sci_abstract
14. Kebian LVA, Acioli S. A visita domiciliar de enfermeiros e agentes comunitários de saúde da Estratégia Saúde da Família. *RevEletrEnferm*[Internet]. 2014 [acesso em 18 mar. 2019];16(1):161-9. Disponível em: <https://www.revistas.ufg.br/fen/article/view/20260/16455>
15. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Envelhecimento e saúde da pessoa idosa. Brasília,DF: Ministério da Saúde; 2007.
16. Arruda CAM, Bosi MLM. Satisfação de usuários da atenção primária à saúde: um estudo qualitativo no Nordeste do Brasil. *Interface (Botucatu)*[Internet].2017 [acesso em 09 out. 2018];21(61):321-32. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832017000200321&lng=en&nrm=iso/&tlng=pt
17. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Acolhimento à demanda espontânea [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2011 [acesso em 09 out. 2018]. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/miolo_CAP_28.pdf
18. Campos RTO, Ferrer AL, da Gama CAP, Campos GWS, Trapé TL, Dantas DV. Avaliação da qualidade do acesso na atenção primária de uma grande cidade brasileira na perspectiva dos usuários. *Saúde Debate* [Internet]. 2014 [acesso em 09 out. 2018];38(Esp.):252-64. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v38nspe/0103-1104-sdeb-38-spe-0252.pdf>
19. Cuervo VS, Andrade MA, Gerlack LF, Bós AJG, Silva MVS, Oliveira AF. Prescrições medicamentosas de pacientes atendidos no ambulatório de geriatria de um hospital universitário: estudo transversal descritivo. *Ciênc Saúde Colet*[Internet]. 2014 [acesso em 09 out. 2018];19(8):3355-64. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232014000803355&lng=en
20. Santos L. Região de saúde e suas redes de atenção: modelo organizativo-sistêmico do SUS. *Ciênc Saúde Colet* [Internet]. 2017 [acesso em 03 abr. 2019];22(4):1281-9. Disponível em: https://www.scielo.org/scielo.php?pid=S1413-81232017000401281&script=sci_arttext&tlng=pt#
21. Bousquat A, Giovanella L, Campos EMS, de Almeida PF, Martins CL, Mota PHS, et al. Atenção primária à saúde e coordenação do cuidado nas regiões de saúde: perspectiva de gestores e usuários. *Ciênc Saúde Colet* [Internet]. 2017 [acesso em 03 abr. 2019];22(4):1141-54. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v22n4/1413-8123-csc-22-04-1141.pdf>
22. Cecilio LCO, Andrezza R, Carapineiro G, Araújo EC, de Oliveira SA, Andrade MGG, et al. A Atenção Básica à Saúde e a construção das redes temáticas de saúde: qual pode ser o seu papel?. *Ciênc Saúde Colet* [Internet]. 2012 [acesso em 03 abr. 2019];17(11):2893-2902. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v17n11/v17n11a05.pdf>
23. Tesser CD, Norman AH. Repensando o acesso ao cuidado na Estratégia Saúde da Família. *Saúde Soc* [Internet]. 2014 [acesso em 07 jul. 2018];23(3):869-83. Disponível em: https://www.scielo.org/scielo.php?pid=S0104-12902014000300869&script=sci_arttext&tlng=pt
24. Gomide MFS, Pinto IC, Bulgarelli AF, dos Santos ALP, Gallardo MPS. User satisfaction with primary health care: an analysis of access and care. (Botucatu) [Internet]. 2018 [acesso em 09 out. 2018];22(65):387-98. Disponível em: <http://go.galegroup.ez15.periodicos.capes.gov.br/ps/i.do?&id=GALE|A536243883&v=2.1&u=capes&it=r&p=AONE&sw=w#>
25. Brasil. Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde. Manual de implantação de complexos reguladores . Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2006.
26. Pinto JR, Carneiro MGD. Avaliação do agendamento online de consultas médicas especializadas através da central de regulação do SUS. *Saúde Colet* [Internet]. 2012 [acesso em 03 abr. 2019];9(58):123-8. Disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/842/84225063005.pdf>
27. Peiter CC, Lanzoni GMM, de Oliveira WF. Regulação em saúde e promoção da equidade: o Sistema Nacional de Regulação e o acesso à assistência em um município de grande porte. *Saúde Debate* [Internet]. 2016 [acesso em 03 abr. 2019];40(111):63-73. Disponível em: https://www.scielo.org/scielo.php?pid=S0103-11042016000400063&script=sci_arttext

28. Perron NJ, Dao MD, Righini NC, Humair JP, Broers B, Narring F, et al. Text-messaging versus telephone reminders to reduce missed appointments in an academic primary care clinic: a randomized controlled trial. *BMC Health Serv Res* [Internet]. 2013 [acesso em 03 abr. 2019];13(125):2-7. Disponível em: <https://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/1472-6963-13-125>
29. Campbell JL, Fletcher E, Britten N, Green C, Holt TA, Lattimer V, et al. Telephone triage for management of same-day consultation requests in general practice (the ESTEEM trial): a cluster-randomised controlled trial and cost-consequence analysis. *Lancet* [Internet]. 2014 [acesso em 03 abr. 2019];384:1859-68. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0140673614610588>
30. Marin MJS, Marchioli M, Moracvick MYAD. Strengths and weaknesses of the care delivered in the traditional Primary Healthcare Units and Family Healthcare Strategy units in the perspective of users. *Texto Contexto Enferm* [Internet]. 2013 [acesso em 07 jul. 2018];22(3):780-8. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v22n3/v22n3a26.pdf>
31. Protasio APL, Silva PB, Lima EC, Gomes LB, Machado LS, Valença AMG. Evaluation of the reference and counter-reference system based on the responses of the Primary Care professionals in the first External Evaluation cycle of PMAQ-AB in the state of Paraíba. *Saúde Debate* [Internet]. 2014 [acesso em 07 jul. 2018];38(Esp):209-20. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v38nspe/0103-1104-sdeb-38-spe-0209.pdf>
32. Ramos-Morcilloa AJ, Ruzafa-Martínez M, Fernández-Salazarb S, Del-Pino-Casado R. Expectations and user experiences of Roma women with health services in primary care. *AtenPrim* [Internet]. 2015 [acesso em 07 jul. 2018];47(4):213-9. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0212656714002285?via%3Dihub>
33. Melo SCC, de Santana RG, dos Santos DC, Alvim NAT. Práticas complementares de saúde e os desafios de sua aplicabilidade no hospital: visão de enfermeiros. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2013 [acesso em 07 jul. 2018];66(6):840-6. Disponível em: <https://www.redalyc.org/html/2670/267029915005/>
34. Arantes LJ, Shimizu HE, Merchán-Hamann E. Contribuições e desafios da Estratégia Saúde da Família na Atenção Primária à Saúde no Brasil: revisão da literatura. *Ciênc Saúde Colet* [Internet]. 2016 [acesso em 03 abr. 2019];21(5):1499-1509. Disponível em: https://www.scielo.org/scielo.php?pid=S1413-81232016000501499&script=sci_arttext&lng=en
35. MoimazI SAS, Marques JAM, Saliba O, Garbin CAS, Zina LG, Saliba NA. Satisfação e percepção do usuário do SUS sobre o serviço público de saúde. *Physis* [Internet]. 2010 [acesso em 03 abr. 2019];20(4):1419-40. Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/physis/2010>