



UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS EXATAS E DA NATUREZA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM MODELOS DE DECISÃO E SAÚDE

**ANÁLISE DAS PRÁTICAS DE CUIDADO AO IDOSO NA
ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE SOB A PERSPECTIVA DA
INTEGRALIDADE NA CIDADE DE JOÃO PESSOA/PB**

Vania Rodrigues de Araujo

João Pessoa-PB

2012

VANIA RODRIGUES DE ARAUJO

**ANÁLISE DAS PRÁTICAS DE CUIDADO AO IDOSO NA
ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE SOB A PERSPECTIVA DA
INTEGRALIDADE NA CIDADE DE JOÃO PESSOA/PB**

Dissertação apresentada ao Programa de
Pós Graduação em Modelos de Decisão e
Saúde da Universidade Federal da Paraíba
para obtenção do título de mestre.

Orientadoras:

Prof^a. Dra. Ana Maria Gondim Valença

Prof^a. Dra. Andréa Vanessa Rocha

**João Pessoa-PB
2012**

A663a Araujo, Vania Rodrigues de.

Análise das práticas de cuidado ao idoso na atenção básica em saúde sob a perspectiva da integralidade na cidade de João Pessoa/PB / Vania Rodrigues de Araujo.--João Pessoa, 2012.

154f. : il.

Orientadoras: Ana Maria Gondim Valença, Andréa Vanessa Rocha

Dissertação (Mestrado) – UFPB/CCEN

1. Saúde do idoso. 2. Assistência ao idoso – integralidade.
3. Idoso – atenção básica.

UFPB/BC

CDU: 613.98(043)

VANIA RODRIGUES DE ARAUJO

**ANÁLISE DAS PRÁTICAS DE CUIDADO AO IDOSO NA
ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE SOB A PERSPECTIVA DA
INTEGRALIDADE NA CIDADE DE JOÃO PESSOA/PB**

João Pessoa, 22 de março de 2012

Banca Examinadora

Profa. Dra. Ana Maria Gondim Valença
Orientadora

Profa. Dra. Andréa Vanessa Rocha
Orientadora

Profa. Dra. Ana Tereza Medeiros Cavalcanti da Silva
Membro Interno

Prof. Dr. Alexandre de Bustamante Simas
Membro Externo

Prof. Dr. Alberto Masayoshi Faria Ohashi
Membro Externo

Dedicatória

A Deus,

Que permitiu a realização desta pesquisa, bem como a concretização do meu curso de mestrado.

Aos meus pais, Adão e Lúcia,

Que sempre acreditaram em meu potencial e me apoiaram em todos os momentos da minha formação acadêmica, sem vocês não conseguiria chegar até aqui. Amo vocês!

À minha irmã, Kátia,

Pessoa importante na minha vida, sempre pronta a me ajudar, mesmo que fisicamente distante. Desculpas pela minha ausência e obrigada por tudo! Te amo muito!

Ao meu namorado, Éverton,

Companheiro de todas as horas, sempre carinhoso e disponível a colaborar para o alcance dos meus objetivos, participando desta conquista desde a sua idealização até a finalização do mestrado.

Ao meu avô, Julho,

Que em seu *centenário de vida* é exemplo de força, determinação e sabedoria, sempre nos alegrando com suas brincadeiras e histórias de vida. A você, vó, com todo carinho!

Às minhas avós Mercês e Antônia [*in memoriam*],

Por toda oração e apoio que sempre me dedicaram. Sei que, onde estiverem, estão intercedendo por mim.

Agradecimentos

A Família, especialmente aos primos Fábio, Evando e Jéssica, e a tia Darci,
Obrigada por toda força, incentivo e atenção dedicada.

Aos meus futuros sogros, Seu Adelmo e D. Francisca,
Obrigada por todas as orações e cuidados que sempre dedicaram a mim.

Ao meu futuro cunhado, Eládson e família,
Sempre ombros fortes a me sustentar nos momentos difíceis, longe da minha família.

Aos amigos de classe do mestrado, em especial Priscilla
Pelos momentos de estudo vividos e compartilhados com união e companheirismo.
Obrigada!

A amiga, Rackynelly,
Parceira e companheira nas atividades do mestrado, que se transformou em uma amizade pra vida inteira, para além dos muros da universidade. Obrigada por toda atenção.

As professoras Dras. Ana Maria e Andréa Rocha,
Obrigada por todo apoio, confiança e ensinamentos, fatores imprescindíveis na minha formação acadêmica.

A professora Dra. Ana Tereza,
Por sua contribuição significativa, desde o projeto até a finalização da pesquisa. Obrigada por acreditar em mim.

Aos professores Drs. Alberto Masayoshi e Alexandre de Bustamante,
Obrigada por aceitarem participar da banca examinadora e pelas considerações enriquecedoras.

**A coordenação do curso de Pós-Graduação em Modelos de Decisão e Saúde e aos
professores que compõem o referido programa,**
Obrigada por todo o esforço e dedicação a oferecer o melhor para a formação dos seus alunos.

Ao professor Antônio Marcos Moreira,

Por ter me aceitado como sua aluna assistente e por toda paciência e companheirismo durante a orientação das atividades da bolsa REUNI, tendo me iniciado na condução das rotinas acadêmica. Muito obrigada!

A CAPES,

Pela disponibilidade da bolsa de estudos.

A secretaria de saúde e ao distrito sanitário III,

Pela disponibilidade e prontidão em balizar a realização dessa pesquisa.

Aos gestores, profissionais e usuários que participaram da pesquisa,

Obrigada pela atenção dedicada e presteza em colaborar para a construção desse trabalho.

Agradeço a todas as pessoas que direta, ou indiretamente, contribuíram para a realização deste estudo.

Uma pessoa permanece jovem
na medida em que
ainda é capaz de aprender,
adquirir novos hábitos,
e tolerar contradições.

Marie von Ebner-Eschenbach



RESUMO

O envelhecimento da população brasileira é uma realidade que traz muitos desafios para o Sistema Único de Saúde. Estudos demográficos realizados no Brasil, por meio do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, apontam que a população do país está mais idosa. A redução do crescimento demográfico e a velocidade de crescimento da população idosa sinalizam a demanda por melhores políticas públicas de saúde, a necessidade de reestruturação da assistência e capacitação profissional para lidar com a nova situação. Este estudo teve como objetivo compreender o atual estado das práticas de cuidado ao idoso, no distrito sanitário III do município de João Pessoa-PB, segundo os preceitos da integralidade do SUS, bem como construir um modelo de decisão para avaliar o atendimento das necessidades de saúde dessa população. Constitui-se em um estudo observacional seccional, de natureza exploratória descritiva e analítica. Quanto ao período de coleta de dados da pesquisa, este compreendeu os meses de Julho a Outubro do ano de 2011. O tamanho da amostra do estudo foi definido mediante cálculo amostral, foram incluídos 109 usuários idosos, 92 profissionais de saúde e 5 gestores voltados para a saúde da pessoa idosa, alocados no Distrito Sanitário III e na Diretoria de Atenção a Saúde (DAS). Os dados foram analisados nos enfoques qualitativo e quantitativo. Os dados qualitativos foram analisados pela técnica de análise de conteúdo Bardin (2011) e na abordagem quantitativa os dados foram tratados por meio de Regressão logística, com a criação de um modelo logístico para fornecer informações para o processo de tomada de decisão. Como resultados, a análise de conteúdo apontou que as práticas de cuidado ao idoso no município de João Pessoa, especificamente no Distrito Sanitário III, estão se desenvolvendo em consonância com o princípio da integralidade do SUS. Entretanto, há alguns aspectos em que o serviço de saúde deixa a desejar principalmente no que se refere à continuidade do cuidado. Em resposta à análise quantitativa, o modelo logístico mostrou que a presença do médico e o acolhimento na ESF são fatores fundamentais para o alcance das necessidades de saúde dos idosos. Além disso, revelou que quanto maior a idade do usuário, maior a chance de o serviço de saúde atender as suas necessidades. Considerando os preceitos da integralidade do SUS, o estudo pôde concluir que o serviço de saúde do distrito sanitário III do município de João Pessoa atende parcialmente ao princípio da integralidade na assistência ao usuário idoso.

Palavras-Chaves: Saúde do idoso; Assistência Integral à Saúde; Atenção Básica.

ABSTRACT

The aging of Brazilian population has been bringing many challenges for public health system. Demographic studies accomplished in Brazil, through the Brazilian Institute of Geography and Statistics, point that the population of the country is growing older. Reduction of demographic growth and the speed growth rate of aged population evidence a demand for better public health policies and the need of restructuring attendance and professional training in order to deal with the new situation. The goal of this study was to understand elderly care practice in the "district sanitary III" of the city of Joao Pessoa-PB, according to the integrality principles of public Brazilian health system, as well as to build a decision model for evaluating senior population health attendance needs. For such, a sectional observation study of descriptive and analytic exploratory nature was accomplished. Data collection period was carried from July to October/2011. Sample size was defined by sample calculation in which 109 senior users, 92 health professionals and 5 managers were considered, all of them involved with senior people health and working at the Sanitary District III, in Health Attention Management. Data were analyzed both under qualitative and quantitative focuses. Qualitative data were analyzed by Bardin (2011) content analysis technique and, in quantitative approach, data were treated through Logistic Regression, with the creation of a logistic model that supplied information for the decision making process. As results, the content analysis showed that health care practices directed to senior people in municipal district of Joao Pessoa, specifically at Sanitary District III, are being carried out according with the integrality principle of public health system. However, there are some aspects in which the health service is not sufficient, mainly in what refers to continuity of care. In response to quantitative analysis, the logistic model showed that the doctor's presence and the reception in ESF are essential factors for reaching senior's health needs. Besides, the research also revealed that, as more aged is the user, larger is he chance of health service assisting his needs. Considering the integrality principles of Brazilian public health system, the study could guide to the conclusion that health service offered at the sanitary district III of João Pessoa municipal district assists partially to the integrality principle when attending senior users.

Key-words: Elderly healthcare; Integral attendance to Health; Basic attention.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Distribuição dos profissionais das Unidades de Saúde da família do Distrito Sanitário III segundo a capacitação ou especialização. João Pessoa-PB, 2011.....	55
Tabela 2 – Distribuição dos usuários idosos do distrito sanitário III segundo o Plano de saúde. João Pessoa-PB, 2011.....	62
Tabela 3 – Distribuição dos usuários idosos do distrito sanitário III de acordo com a utilização do SUS. João Pessoa-PB, 2011.....	62
Tabela 4 – Descrição das variáveis componentes do modelo logístico. João Pessoa, 2011.....	120
Tabela 5 – Variáveis componentes do modelo logístico. João Pessoa, 2011.....	120
Tabela 6 – Valores dos testes de avaliação da bondade do ajuste do modelo de regressão logística. João Pessoa, 2011.....	122
Tabela 7 – Probabilidades de atendimento das necessidades de saúde dos idosos associadas das variáveis do modelo logístico ajustado aos dados do estudo.....	125
Tabela 8 - OR das variáveis do modelo logístico ajustado aos dados do estudo. João Pessoa, 2011.....	127

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Relação entre as redes assistenciais do SUS.....	29
Figura 2 – Mapa da distribuição dos serviços de saúde e seus respectivos distritos sanitários, do município de João Pessoa, 2011.....	39
Figura 3 – Esquema Didático – passos da Análise do Conteúdo.....	45
Figura 4 – Esquema didático da análise qualitativa entre os gestores, profissionais e usuários.....	72

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Quadro-síntese abordando os conceitos de integralidade.....	28
Quadro 2 - Dados sócio demográficos dos gestores de saúde do município de João Pessoa-PB, 2011.....	51
Quadro 3 – Distribuição das Unidades de Registro (UR), Unidades de Significância (US) e Categorias (C), segundo a percepção dos gestores sobre os serviços direcionados ao idoso na ESF do município de João Pessoa-PB, 2011.....	63
Quadro 4 – Distribuição das Unidades de Registro (UR), Unidades de Significância (US) e Categorias (C), segundo a percepção dos gestores quanto a programação das ações direcionadas ao idoso na ESF do município de João Pessoa-PB, 2011.....	64
Quadro 5 – Distribuição das Unidades de Registro (UR), Unidades de Significância (US) e Categorias (C), segundo a percepção dos gestores quanto a comunicação das necessidades locais, das unidades, com os gestores do município de João Pessoa-PB, 2011.....	65
Quadro 6 – Distribuição das Unidades de Registro (UR), Unidades de Significância (US) e Categorias (C), segundo a percepção dos gestores Quanto às variáveis que interferem na qualidade de atenção a saúde do idoso na ESF do município de João Pessoa-PB, 2011.....	67
Quadro 7 – Distribuição das Unidades de Registro (UR), Unidades de Significância (US) e Categorias (C), segundo a percepção dos gestores quanto ao sistema de informação local sobre a saúde do idoso do município de João Pessoa-PB, 2011.....	69
Quadro 8 – Distribuição das Unidades de Registro (UR), Unidades de Significância (US) e Categorias (C), segundo a percepção dos gestores quanto à base de informação que apóia o processo de tomada de decisão no município de João Pessoa-PB, 2011.....	70
Quadro 9 – Distribuição das Unidades de Registro (UR), Unidades de Significância (US) e Categorias (C), segundo a percepção dos gestores quanto ao acesso do idoso aos serviços de saúde no município de João Pessoa-PB, 2011.....	73
Quadro 10 – Distribuição das Unidades de Registro (UR), Unidades de Significância (US) e Categorias (C), segundo a percepção dos usuários quanto ao primeiro local de busca ao atendimento de saúde no município de João Pessoa-PB, 2011.....	74
Quadro 11 –Distribuição das Unidades de Registro (UR), Unidades de Significância (US) e Categorias (C), segundo a percepção dos usuários quanto a acessibilidade física da unidade de saúde no município de João Pessoa-PB, 2011.....	75
Quadro 12 – Distribuição das Unidades de Registro (UR), Unidades de Significância (US) e Categorias (C), segundo a percepção dos profissionais quanto a forma de acesso ao atendimento médico do idoso na Atenção Básica no município de João Pessoa-PB, 2011.....	77
Quadro 13 – Distribuição das Unidades de Registro (UR), Unidades de Significância (US) e Categorias (C), segundo a percepção dos usuários quanto a forma de acesso ao atendimento médico na Atenção Básica no município de João Pessoa-PB, 2011.....	77

Quadro 14 – Distribuição das Unidades de Registro (UR), Unidades de Significância (US) e Categorias (C), segundo a percepção dos usuários quanto ao tempo de espera do atendimento na atenção básica no município de João Pessoa-PB, 2011.....	79
Quadro 15 – Distribuição das Unidades de Registro (UR), Unidades de Significância (US) e Categorias (C), segundo a percepção dos profissionais quanto aos Serviços direcionados ao idoso na ESF do município de João Pessoa-PB, 2011.....	82
Quadro 16 – Distribuição das Unidades de Registro (UR), Unidades de Significância (US) e Categorias (C), segundo a percepção dos usuários quanto aos serviços direcionados ao idoso na ESF do município de João Pessoa-PB, 2011.....	82
Quadro 17 – Distribuição das Unidades de Registro (UR), Unidades de Significância (US) e Categorias (C), segundo a percepção dos gestores quanto a referencia e contra referência dos serviços de saúde do idoso do município de João Pessoa-PB, 2011.....	89
Quadro 18 – Distribuição das Unidades de Registro (UR), Unidades de Significância (US) e Categorias (C), segundo a percepção dos profissionais quanto a referencia e contra referência dos serviços de saúde do idoso do município de João Pessoa-PB, 2011.....	90
Quadro 19 – Distribuição das Unidades de Registro (UR), Unidades de Significância (US) e Categorias (C), segundo a percepção dos usuários quanto a referencia dos serviços de saúde ao idoso do município de João Pessoa-PB, 2011.....	93
Quadro 20 – Distribuição das Unidades de Registro (UR), Unidades de Significância (US) e Categorias (C), segundo a percepção dos usuários quanto a visita domiciliar ao idoso e aos seus familiares no município de João Pessoa-PB, 2011.....	95
Quadro 21 – Distribuição das Unidades de Registro (UR), Unidades de Significância (US) e Categorias (C), segundo a percepção dos usuários idosos sobre a qualidade do atendimento na atenção básica. João Pessoa-PB, 2011.....	96
Quadro 22 – Distribuição das Unidades de Registro (UR), Unidades de Significância (US) e Categorias (C), segundo a percepção dos usuários idosos quanto a opinião dos idosos sobre qualidade do atendimento na atenção básica do município de João Pessoa-PB, 2011.....	97
Quadro 23 – Distribuição das Unidades de Registro (UR), Unidades de Significância (US) e Categorias (C), segundo a percepção dos usuários quanto ao acolhimento que o idoso recebe na atenção básica ao procurar assistência no município de João Pessoa-PB, 2011.....	98
Quadro 24 – Distribuição das Unidades de Registro (UR), Unidades de Significância (US) e Categorias (C), segundo a percepção dos gestores quanto a resposta às necessidades dos idosos do município de João Pessoa-PB, 2011.....	99
Quadro 25 – Distribuição das Unidades de Registro (UR), Unidades de Significância (US) e Categorias (C), segundo a percepção dos profissionais quanto a resposta às necessidades dos idosos do município de João Pessoa-PB, 2011.....	101

Quadro 26 – Distribuição das Unidades de Registro (UR), Unidades de Significância (US) e Categorias (C), segundo a percepção dos usuários quanto a resposta às necessidades dos idosos do município de João Pessoa-PB, 2011.....	102
Quadro 27 – Distribuição das Unidades de Registro (UR), Unidades de Significância (US) e Categorias (C), segundo a percepção dos profissionais quanto aos programas oferecidos pelo SUS, no tocante a saúde do idoso do município de João Pessoa-PB, 2011.....	103
Quadro 28 – Distribuição das Unidades de Registro (UR), Unidades de Significância (US) e Categorias (C), segundo a percepção dos usuários quanto aos programas oferecidos pelo SUS, no tocante a saúde do idoso do município de João Pessoa-PB, 2011.....	105
Quadro 29 – Distribuição das Unidades de Registro (UR), Unidades de Significância (US) e Categorias (C), segundo a percepção dos gestores quanto aos pontos positivos no serviço de saúde do idoso do município de João Pessoa-PB, 2011.....	107
Quadro 30 – Distribuição das Unidades de Registro (UR), Unidades de Significância (US) e Categorias (C), segundo a percepção dos profissionais quanto aos pontos positivos no serviço de saúde do idoso do município de João Pessoa-PB, 2011.....	107
Quadro 31 – Distribuição das Unidades de Registro (UR), Unidades de Significância (US) e Categorias (C), segundo a percepção dos usuários quanto aos pontos positivos no serviço de saúde do idoso do município de João Pessoa-PB, 2011.....	109
Quadro 32 – Distribuição das Unidades de Registro (UR), Unidades de Significância (US) e Categorias (C), segundo a percepção dos gestores quanto aos pontos negativos no serviço de saúde do idoso do município de João Pessoa-PB, 2011.....	111
Quadro 33 – Distribuição das Unidades de Registro (UR), Unidades de Significância (US) e Categorias (C), segundo a percepção dos profissionais quanto aos pontos negativos no serviço de saúde do idoso do município de João Pessoa-PB, 2011.....	113
Quadro 34 – Distribuição das Unidades de Registro (UR), Unidades de Significância (US) e Categorias (C), segundo a percepção dos usuários quanto aos pontos negativos no serviço de saúde do idoso do município de João Pessoa-PB, 2011.....	115

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Distribuição de requência dos profissionais de saúde entrevistados no Distrito Sanitário III segundo a categoria profissional. João Pessoa-PB, 2011.....	52
Gráfico 2 – Distribuição dos profissionais de saúde do distrito sanitário III segundo o Sexo. João Pessoa-PB, 2011.....	53
Gráfico 3 – Distribuição dos profissionais de saúde do distrito sanitário III segundo a faixa etária. João Pessoa-PB, 2011.....	53
Gráfico 4 – Distribuição dos profissionais de saúde do distrito sanitário III segundo a Escolaridade. João Pessoa-PB, 2011.....	54
Gráfico 5 – Distribuição dos profissionais de saúde do distrito sanitário III segundo o tempo de formação. João Pessoa-PB, 2011.....	54
Gráfico 6 – Distribuição dos profissionais das unidades de saúde da família do distrito sanitário III segundo o tempo de atuação no serviço de saúde. João Pessoa-PB, 2011	56
Gráfico 7 – Distribuição dos profissionais das unidades de saúde da família do distrito sanitário III segundo o Tempo de experiência na Estratégia Saúde da Família. João Pessoa-PB, 2011.....	56
Gráfico 8 – Distribuição dos profissionais das unidades de saúde da família do distrito sanitário III segundo a Atuação exclusiva no setor público. João Pessoa-PB, 2011..	57
Gráfico 9 – Distribuição dos usuários idosos do distrito sanitário III segundo a variável Sexo. João Pessoa-PB, 2011.....	58
Gráfico 10 – Distribuição dos usuários idosos do distrito sanitário III segundo a Faixa etária. João Pessoa-PB, 2011.....	58
Gráfico 11 – Distribuição dos usuários idosos do distrito sanitário III segundo a Escolaridade. João Pessoa-PB, 2011.....	59
Gráfico 12 – Distribuição dos usuários idosos do distrito sanitário III segundo o Tipo de moradia. João Pessoa-PB, 2011.....	59
Gráfico 13 – Distribuição dos usuários idosos do distrito sanitário III segundo o Número de pessoas na casa onde mora. João Pessoa-PB, 2011.....	60
Gráfico 14 – Distribuição dos usuários idosos do distrito sanitário III segundo a Ocupação. João Pessoa-PB, 2011.....	60
Gráfico 15 – Distribuição dos usuários idosos do distrito sanitário III segundo a renda familiar. João Pessoa-PB, 2011.....	61
Gráfico 16 – Gráficos dos resíduos do modelo de regressão logística ajustada às variáveis do estudo. João Pessoa, 2011.....	123
Gráfico 17 – Gráfico da curva ROC do modelo de regressão logística ajustado aos dados do estudo. João Pessoa, 2011.....	124

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	18
1.1 RELEVÂNCIA.....	21
1.2 MOTIVAÇÃO.....	22
1.3 JUSTIFICATIVA.....	23
2 OBJETIVOS.....	24
2.1 OBJETIVO GERAL.....	24
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	24
3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	25
3.1 O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS).....	26
3.2 O CONCEITO DE INTEGRALIDADE.....	27
3.3 A ATENÇÃO BÁSICA NA ASSISTÊNCIA À SAÚDE.....	30
3.3 O ENVELHECIMENTO E A SAÚDE DO IDOSO.....	31
3.4 O SUS E AS POLÍTICAS DE SAÚDE DO IDOSO.....	32
4 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS.....	36
4.1 TIPO DE ESTUDO.....	37
4.2 LOCAL DE ESTUDO.....	38
4.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA.....	39
4.4 COLETA DOS DADOS	41
4.5 ANÁLISE DOS DADOS.....	42
4.5.1 Análise de Conteúdo.....	43
4.5.2 Regressão Logística.....	45
4.6 ASPECTOS ÉTICOS.....	48
5 APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	49
5.1 CARACTERIZAÇÃO DOS GESTORES SEGUNDO OS DADOS SOCIOECONÔMICOS, DE FORMAÇÃO E ATUAÇÃO PROFISSIONAL.....	50
5.2 CARACTERIZAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE SEGUNDO OS DADOS SOCIOECONÔMICOS, DE FORMAÇÃO E ATUAÇÃO PROFISSIONAL..	52
5.3 CARACTERIZAÇÕES DOS USUÁRIOS SEGUNDO OS DADOS SOCIOECONÔMICOS, DE ESCOLARIDADE E UTILIZAÇÃO DO SUS.....	57
5.4 ANÁLISE QUALITATIVA DAS ENTREVISTAS COM OS GESTORES.....	63

5.5 ANÁLISE QUALITATIVA DO DISCURSO DOS GESTORES, PROFISSIONAIS E USUÁRIOS.....	71
5.6 ANÁLISE QUANTITATIVA.....	118
5.6.1 Regressão Logística.....	118
5.6.2 Processo de tomada de decisão.....	130
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	135
REFERÊNCIAS.....	138
APÊNDICES.....	145
Apêndice I - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido(Profissionais e gestores).....	146
Apêndice II - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Idosos).....	147
Apêndice III – Questionário (Direcionado aos idosos).....	148
Apêndice IV – Questionário (Direcionado aos profissionais de saúde).....	150
Apêndice V – Questionário (Direcionado aos gestores).....	152
Apêndice IV – Quadro do resultado do sorteio aleatório das amostras n_1 e n_2	154
ANEXOS.....	156
Anexo I – Lista das unidades de saúde da família do distrito sanitário III.....	157
Anexo II – Mapa da localização geográfica das USFs do Distrito Sanitário III.....	159
Anexo III – Certidão do Comitê de Ética.....	160
Anexo IV – Encaminhamento da Secretaria de Saúde.....	161

CAPÍTULO 1
INTRODUÇÃO

1 INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS) é um dos maiores sistemas públicos de saúde do mundo. Ele abrange os diversos níveis de complexidade com a finalidade de garantir integralidade, universalidade e gratuidade na assistência em saúde da população. Baseado em um conceito ampliado de saúde, o SUS foi criado em 1988 pela Constituição Federal Brasileira para ser o sistema do país (BRASIL, 2009).

Assim, esse sistema foi instituído para oferecer atendimento igualitário a todos, de modo a firmar-se como um “projeto social único” por meio de ações de promoção, prevenção e assistência à saúde. No entanto, sabe-se que o Brasil ainda sofre com diversos problemas de saúde, dentre eles os que dizem respeito à saúde da pessoa idosa.

Após a aprovação do Pacto pela Saúde, que versa sobre o Fortalecimento da Atenção Básica, no Pacto em Defesa da Vida, o Ministério da Saúde aprovou a Política Nacional da Atenção Básica (PNAB) por meio da Portaria nº 648/GM de 28 de março de 2006, que se fundamenta nos eixos transversais da universalidade, integralidade e equidade, cuja discussão enfatizou a descentralização, o controle social, os princípios assistenciais e organizativos do SUS (ARAÚJO, 2006).

Dentre os eixos que norteiam o sistema de saúde brasileiro, podemos perceber o princípio da integralidade como um dos maiores desafios na assistência em saúde. O princípio doutrinário da integralidade do SUS pressupõe a prestação continuada do conjunto de ações e serviços visando garantir a promoção, a proteção, a cura e a reabilitação dos indivíduos e dos coletivos. Este orientou a expansão e qualificação das ações e serviços do SUS que ofertam desde um elenco ampliado de imunizações até os serviços de reabilitação física e mental, além das ações de promoção da saúde de caráter intersetorial. Dentre as estratégias de promoção à saúde, estão as políticas públicas de saúde direcionadas às mais diversas áreas de atenção (MIYATA et. al., 2005).

O Caderno de Atenção Básica (2006), que trata do envelhecimento e da saúde da pessoa idosa, afirma que é função das políticas de saúde contribuir para o aumento da expectativa de vida, a fim de que mais pessoas alcancem as idades avançadas com melhor estado de saúde possível.

O alargamento da pirâmide etária do país, demonstrado na pesquisa do IBGE (2010) (CENSO, 2010), mostra que o contingente idoso é o que mais vem crescendo. Estima-se que exista atualmente cerca de 17.6 milhões de idosos no país, representando uma resposta ao aumento da expectativa de vida e a diminuição da natalidade (IBGE, 2008).

O processo de envelhecimento traz inúmeras mudanças ao modo de vida. Os idosos convivem mais frequentemente, com problemas crônicos de saúde, que afetam a funcionalidade do organismo aumentando a procura e utilização dos serviços de saúde, bem como elevando o consumo de medicamentos. Essas mudanças não são apenas fisiológicas, pois a incapacidade de realizar atividades antes corriqueiras, a solidão, a desintegração social e a dependência financeira causam desconforto psíquico e emocional, podendo desencadear outras doenças (RODRIGUES et. al., 2009).

Apoiado nas evidências explicitadas, a tendência pelo envelhecimento da população brasileira, apresenta desafios significativos para a sociedade e especificamente para o idoso. Dentre tais desafios encontram-se os relacionados ao processo saúde/doença, como a atenção à pessoa idosa para redescobrimento de possibilidades de viver com a máxima qualidade possível. Nesse sentido, a atenção integral e integrada à saúde da pessoa idosa deve ser estruturada nos moldes de uma linha de cuidados, com foco no usuário, baseado nos seus direitos de cidadão, necessidades, preferências e habilidades, estabelecendo fluxos direcionais funcionantes, aumentando e facilitando o acesso a todos os níveis de atenção e provendo condições essenciais (infraestrutura física adequada), insumos e pessoal qualificado para a boa qualidade técnica (BRASIL, 2006a).

Nessa perspectiva, percebe-se a importância da elaboração e implementação de políticas públicas de saúde específicas ao idoso, como também a utilização de práticas de cuidado baseados na convivência. Essas práticas podem ser vistas como estratégias para aumentar a qualidade de vida dos idosos; já as políticas públicas de saúde, como mecanismos que objetivam contribuir para que mais pessoas alcancem as idades avançadas com o melhor estado de saúde possível.

Entretanto, para a formulação de políticas públicas efetivas, faz-se necessária uma base de informação para análise das necessidades reais da população idosa, bem como a existência de um processo de tomada de decisão confiável, baseado em dados consistentes. Partindo dessa premissa, os métodos estatísticos se destacam como ferramentas fundamentais para o conhecimento da realidade, de forma a subsidiar a tomada de decisão frente a diversos problemas (ARANGO, 2009).

Ainda segundo o autor, a estatística compreende a área do conhecimento que se encarrega da reunião e tratamento dos dados com o objetivo de, a partir destes, fornecer informações sobre características de um grupo de pessoas ou de coisas. Essas informações possibilitam conhecer aspectos específicos relacionados a esses grupos, que servirão de base para a tomada de decisão. Nessa perspectiva, saliente-se que a elaboração de uma política

pública, que vise enfrentar os vários problemas de uma população, pressupõe a utilização de informações seguras e ferramentas adequadas que sustentem e direcionem a tomada de decisão (MENICUCCI, 2009).

Além da formulação de políticas, considerando ainda a saúde de forma ampliada, tornam-se necessárias algumas mudanças em direção à produção de um ambiente social e cultural mais favorável para população idosa. A prática de cuidados com o idoso exige abordagem integral, interdisciplinar e multidimensional, que leve em conta a grande interação entre os fatores físicos, psicológicos e sociais que influenciam em sua saúde. Esta abordagem também precisa ser flexível e adaptável às necessidades dessa clientela específica, as intervenções devem ser feitas e orientadas com vista à promoção da autonomia e independência da pessoa idosa, estimulando-a para o autocuidado (BRASIL, 2006b). Nesse sentido, foram criados alguns programas específicos para a população idosa no município de João Pessoa. Dentre esses programas podemos destacar os grupos de convivência entre idosos, o qual tem como finalidade buscar a inserção dos senis na comunidade, bem como viabilizar a participação social e a qualidade de vida.

Diante do contexto, o cuidado com os idosos implica a oferta de serviços cuja estrutura apresente características que possibilitem o acesso e o acolhimento de maneira adequada, respeitando as limitações e objetivando acima de tudo a funcionalidade e a independência dessas pessoas (SANTOS, 1999).

Partindo desse contexto, torna-se relevante o desenvolvimento de um estudo para investigar como estão as práticas de cuidado ao idoso na Atenção Básica em Saúde (ABS), sob a perspectiva da integralidade, bem como dar respostas às seguintes indagações: Quais as práticas de cuidado aos idosos existentes na atenção básica e quais são implementadas no Distrito Sanitário III? Quais dessas práticas são mais utilizadas para a população idosa das comunidades assistidas nesse Distrito? Como essas práticas são compreendidas, pelos gestores, profissionais de saúde e usuários idosos, levando-se em consideração o princípio da integralidade do SUS?

1.1 RELEVÂNCIA

Apesar da elaboração da Política Nacional da Saúde do Idoso, em 1999, e do Estatuto do Idoso em 2003, apenas em 2006, por intermédio do Pacto pela Saúde, o SUS passou a considerar a saúde da população idosa como prioridade (LIMA COSTA et. al., 2007). Na atenção básica, o objetivo principal passou a ser a manutenção da capacidade

funcional do idoso, de forma a garantir a prioridade no atendimento aos identificados como frágil/alto risco.

Desde então, foram realizados dois inquéritos para avaliar a saúde do idoso no Brasil, em 1998 e em 2003, constatando-se que, apesar de os mais pobres apresentarem piores condições de saúde, são os que menos usam os serviços públicos de saúde (LIMA COSTA et. al., 2007). Poucos são os estudos que se remeteram a análise das condições de assistência à saúde do idoso no Brasil, além de serem muito escassas as pesquisas com esse propósito no estado da Paraíba, especificamente no município de João Pessoa, considerada a segunda capital do Nordeste em número de idosos.

Nessa perspectiva, torna-se relevante o desenvolvimento desse estudo com o objetivo de investigar as práticas de cuidado ao idoso na atenção básica no município de João Pessoa-PB. Esse estudo dará suporte para o direcionamento de ações em saúde, buscando tornar mais eficazes e fortalecidas as políticas públicas de saúde do idoso. Além disso, a pesquisa produzirá informações que auxiliarão no processo de tomada de decisão para implantação de estratégias voltadas à saúde da população idosa.

1.2 MOTIVAÇÃO

A implantação do SUS tem sido um grande desafio para gestores, profissionais de saúde e sociedade como um todo. O conceito ampliado de saúde, no qual o SUS se fundamenta, e os princípios da integralidade, equidade e universalidade, que o norteiam, trazem inúmeros desafios na oferta de um cuidado em saúde de qualidade.

O termo “cuidado em saúde” tem interpretação pouco precisa, tal como ocorre com o conceito de qualidade. Assim sendo, tratar da qualidade do cuidado em saúde constitui-se um grande desafio, na medida em que a compreensão de seu significado depende de um conjunto de fatores que derivam de princípios científicos, expectativas individuais e valores sociais (FEKETE, 2000).

Considerando a conjuntura demográfica atual do nosso país, em que a taxa de natalidade é cada vez menor, a expectativa de vida tem aumentado consideravelmente ao longo dos anos e o contingente idoso é o que mais tem crescido, verifica-se a necessidade de realização de estudos que subsidiem o planejamento e o preparo para disponibilização de um cuidado em saúde de qualidade, para atender as necessidades dessa população idosa. Nesse sentido, esse estudo foi instigado e motivado pelo desafio de analisar a qualidade das práticas

de cuidado ao idoso, bem como pela pretensão de contribuir para uma assistência integral e equânime a população idosa.

1.3 JUSTIFICATIVA

O envelhecimento da população brasileira levanta várias questões no que diz respeito às políticas de saúde do país. Conforme a Organização Panamericana de Saúde (OPAS, 2005), ainda é grande a desinformação sobre a saúde do idoso e as particularidades e desafios do envelhecimento populacional para a saúde pública em nosso contexto social.

Segundo o Ministério da Saúde (2010), a saúde da pessoa idosa e o envelhecimento são preocupações relevantes do Ministério da Saúde. Nesse sentido, os gestores encontram-se atentos à necessidade de reestruturação da linha de cuidado, para atender a essa população, bem como a procura de parcerias que subsidiem tal reestruturação. Neste contexto, encontram-se as universidades e instituições de ensino público como parceiras na construção de conhecimento e realização de pesquisas que contribuam com a sociedade.

Estudos relacionados à política de saúde tratam de questões pertinentes às decisões a respeito dos serviços tanto diretamente, pelo fornecimento de respostas a questões importantes, quanto indiretamente, pelo provimento de informações que ajudam a entender um problema de forma que soluções alternativas possam ser colocadas (STARFIELD, 2002).

Contudo, essa pesquisa se justifica pela importância da construção do conhecimento no âmbito da saúde do idoso, bem como pela contribuição que dará à gestão de saúde do município, no processo de tomada de decisão para o cuidado da população idosa.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Compreender o atual estado das práticas de cuidado ao idoso, no distrito sanitário III do município de João Pessoa-PB, segundo os preceitos da integralidade do SUS.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar quais as práticas são destinadas aos usuários idosos nas Unidades de Saúde;
- Investigar como os gestores, profissionais e os usuários compreendem tais práticas de cuidado, levando em consideração o princípio da integralidade do SUS;
- Investigar as variáveis que interferem no atendimento das necessidades de saúde da população idosa no distrito sanitário III, do município de João Pessoa-PB.

CAPÍTULO 3

FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Este capítulo apresenta uma breve contextualização teórica da pesquisa, abordando os principais aspectos conceituais e conjunturais dos eixos temáticos em torno dos quais orbitam os objetivos desse trabalho. A fim de lançar uma base consistente para o estudo, foram abordados os seguintes eixos teóricos: o Sistema Único de Saúde (SUS), o conceito de Integralidade, a Atenção Básica na Assistência à Saúde, o envelhecimento e a saúde do idoso e Políticas Públicas do SUS voltadas para a saúde do idoso.

3.1 O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS)

Podemos definir o SUS como um arranjo organizacional desenvolvido para dar suporte à efetivação da política pública de saúde no Brasil. Ele foi instituído com o objetivo de integrar as ações de saúde das esferas nacionais, estaduais e municipais, e pressupõe a articulação de subsídios dessas três esferas de governo para atender de maneira funcional às demandas por atenção à saúde (ARRETCHE, 2002). Desta forma, o sistema de saúde brasileiro não se restringe em apenas um sistema de prestação de serviços, constitui-se de um sistema complexo responsável por articular e coordenar ações de prevenção e promoção de saúde, bem como de cura e reabilitação. Este é diferenciada da rede privada de saúde não só pela gratuidade, mas também por englobar atividades que vão além do campo assistencial.

A incorporação de um conceito ampliado de saúde, no contexto da reforma sanitária brasileira, deu fôlego à criação do SUS. O Sistema Único de Saúde é um produto da reforma sanitária, processo político que mobilizou a sociedade brasileira para propor novas políticas e novos modelos de organização de serviços e práticas de saúde (ARRETCHE, 2002).

A concepção ampliada de saúde, discutida e incorporada ao sistema de saúde brasileiro, inclui os condicionantes econômicos, sociais, culturais, uma visão abrangente e integrada das ações e serviços de saúde e busca superar a visão dominante de focar a saúde pela doença, sobretudo nas dimensões biológica e individual (VASCONCELOS; PASCHE, 2008). A partir dessa visão de saúde e da busca social por uma assistência de saúde mais acessível, o SUS incorporou os seus princípios doutrinários e suas diretrizes organizativas, que conferem ampla legitimidade ao sistema. Essas diretrizes são a Universalidade, Integralidade e Equidade.

A Integralidade pressupõe uma assistência holística, que considera a pessoa como um todo, incluindo seus aspectos físicos, psíquicos, sociais e espirituais. Dessa forma,

pressupõe a produção de uma atenção baseada nas necessidades, bem como a articulações de ações de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação (MATTOS, 2009).

A Universalidade pode ser entendida como o princípio que defende o direito de todos à saúde e ao acesso de serviços, em qualquer nível de complexidade, ofertados pelo sistema (VASCONCELOS; PACHE, 2008). Já a Equidade prevê o acesso igualitário aos serviços de saúde, de forma a diminuir as desigualdades sociais na assistência à saúde (MATTOS, 2009).

A Lei orgânica da saúde (Lei nº 8.080/ 90), além de dispor sobre a promoção, organização e funcionamento dos serviços de saúde, define as atribuições e competências das três instâncias governamentais do SUS. Dentre essas atribuições encontram-se: a articulação de planos e políticas e a coordenação de ações; o planejamento das ações e formulação do plano de saúde; financiamento, administração e controle dos recursos; a avaliação e fiscalização sobre os serviços de saúde; organização e coordenação dos sistemas de informação; a realização de estudos e pesquisas na área de saúde e a implementação de políticas específicas.

Nesse contexto, a abrangência do SUS inclui desde a atenção básica até a assistência de reabilitação, passando pelos serviços especializados e pela distribuição regular de medicamentos para doenças crônicas. Entretanto, apesar dessa dimensão da rede de serviços do sistema de saúde brasileiro, verifica-se uma grande dificuldade de integração entre eles, provocando deste modo problemas na qualidade de atenção oferecida à população. Dentre esses problemas destaca-se a fragmentação da assistência à saúde, comprometendo assim o princípio da integralidade.

3.2 O CONCEITO DE INTEGRALIDADE

No Brasil, o conceito de integralidade tem sido cunhado como um dos princípios do SUS; entretanto, seus significados são diversos, e a literatura apresenta distintas interpretações. Segundo Mattos (2007), trata-se de uma noção polissêmica, ou seja, que tem múltiplas configurações. Para entendermos melhor a construção do conceito de integralidade moldado ao longo dos anos, faremos uma breve revisão histórica de documentos que atribuíram à integralidade um conceito polissêmico. Para tanto, utilizaremos um quadro-síntese (Quadro 1), proposto por Ferreira e Monken (2009), no qual foram inseridas considerações complementares acerca do conceito de integralidade.

Quadro 1 – Quadro-síntese abordando os conceitos de integralidade

Constituição Federal 1988	Art. 198. As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes: I - descentralização, com direção única em cada esfera de governo; II - atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais; III - participação da comunidade.
Lei n.8.080	Art. 7º As ações e serviços públicos de saúde e os serviços privados contratados ou conveniados que integram o Sistema Único de Saúde - SUS são desenvolvidos de acordo com as diretrizes previstas no artigo 198 da Constituição Federal, obedecendo ainda aos seguintes princípios: II - integralidade de assistência, entendida como um conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema;
Carvalho (1991)	Integralidade em dois níveis: individual e coletivo, assegurando aos indivíduos o direito à saúde, dos níveis mais simples aos mais complexos (...) bem como a compreensão do indivíduo em sua totalidade e dos indivíduos/coletividades em suas singularidades (“articulação entre as atividades de prevenção, promoção e recuperação/interdisciplinaridade”).
Dalmaso (1994)	Integralidade com base na agregação da assistência médica individual a atividades de promoção de saúde (integração a partir de ações programáticas, hierarquização do sistema).
Furtado e Tanaka (1998)	Integralidade entendida tomando-se por base cinco dimensões: o ser humano como centro da atenção e não a doença; o ser humano ou grupo visto na sua totalidade; a assistência propiciada nos diversos níveis; o tratamento diferenciado para quem está em situação desigual; a interferência nas condições gerais de vida da população.
Mattos (2001)	Integralidade como conceito não definitivo, composto por vários sentidos ‘os sentidos da integralidade’. Os principais sentidos são: Atributos das práticas dos profissionais de saúde; atributos da organização dos serviços; e as respostas governamentais aos problemas de saúde.
Cecílio (2001)	Integralidade em duas dimensões a partir da necessidade: micro/focalizada: abordagem multiprofissional, centrada no espaço do serviço; macro/ampliada: articulação dos serviços de saúde e outros. A integralidade focalizada é pensada como parte de uma integralidade mais ampliada que se realiza em uma rede de serviços de saúde.
Pinheiro (2001)	Integralidade é entendida valendo-se de duas dimensões: no plano individual, na relação entre os atores que mediam a oferta e demanda, e no plano sistêmico, em que se garante a integralidade na rede de serviços.
Giovanella (2002)	Integralidade em dois níveis: atributos relacionados ao sistema de atenção (garantia de ações e articulação entre promoção, prevenção e recuperação para o indivíduo e coletividade); e atributos relacionados ao processo de atenção individual (abordagem bio-psico-social). Incorpora ainda a premissa de garantir a atenção nos três níveis de complexidade da assistência, suscitando o conceito de rede de assistência à saúde.
Cecílio e Merhy (2003)	Atenção integral de um paciente seria o esforço de uma abordagem completa, holística, portanto integral, de cada pessoa portadora de necessidades de saúde. O cuidado integral em saúde ocorreria a partir de uma combinação generosa e flexível de tecnologias duras, leve- duras e leves.

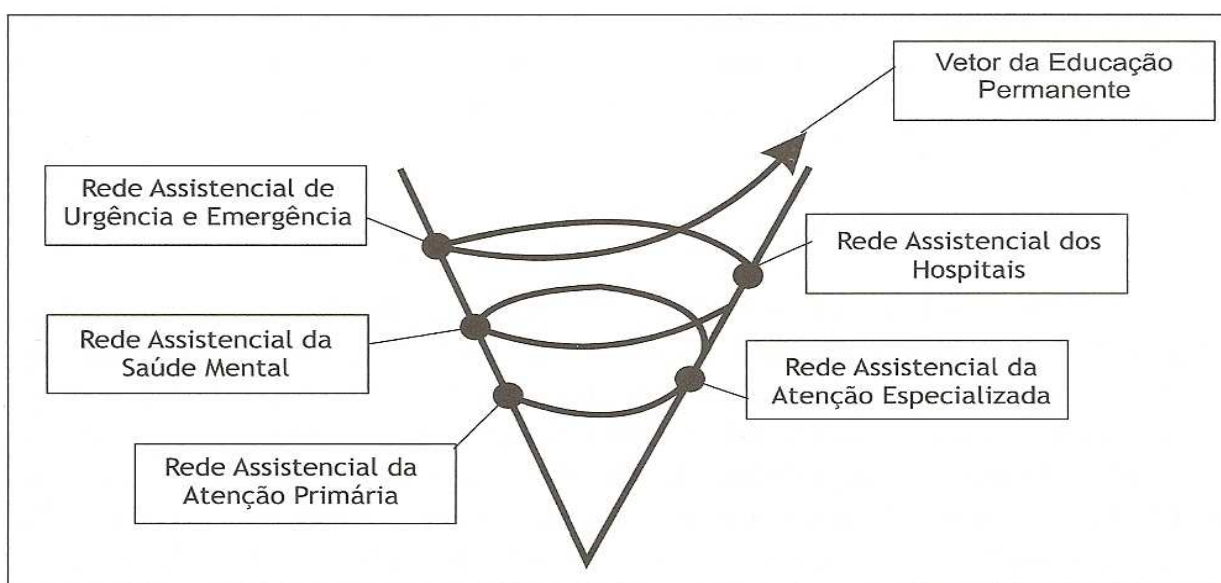
Fonte: Adaptado, FERREIRA, et. al., 2009.

Considerando as ideias expostas no quadro 1, podemos compreender a integralidade, de modo geral, como um conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema (BRASIL, 2006a). Dentre os conceitos abordados, adotaremos o proposto por Giovanella et al. (2002) como base para análise.

Entretanto, outro significado importante será adicionado, aquele que aponta para a capacidade dos sistemas de saúde de garantir a continuidade do cuidado entre os diferentes tipos de serviços que compõem uma rede assistencial, incluindo a atenção primária, secundária e terciária (LIMA, 2009).

Conforme Giovanella *et. al.* (2008), podemos conceituar Redes de assistência à saúde como um conjunto de estabelecimentos voltados a prestação de serviços comuns, e complementares, interligados mediante sistema de referência e contrarreferência. Entre as redes de assistência do SUS estão a rede da Atenção Básica, de atenção especializada (secundária), hospitalar (terciária), rede de serviços de urgência e emergência e a rede de serviços de atenção à saúde mental. A figura 1 representa graficamente a complexidade das relações entre as redes assistenciais do SUS, que no entendimento dos autores pode ser potencializada pela educação permanente em saúde.

Figura 1 – Relação entre as redes assistenciais do SUS



Fonte: Andrade (2006, Apud Minayo *et. al.* 2009)

Para que essa rede de assistência seja eficaz, faz-se necessário que os usuários sejam encaminhados a unidades mais complexas, quando necessário, de modo que possam retornar a

sua unidade de origem para acompanhamento (referência e contrarreferência). Isso sugere um fluxo de informação adequado e articulação de diferentes gestores para promover a integração da rede de serviços do SUS que extrapole o espaço político-administrativo de um município ou estado. A garantia da integralidade da atenção exige, portanto, a estruturação de redes capazes de oferecer, de maneira coordenada, ações que articulem os diversos serviços e que viabilizem a continuidade do cuidado (NORONHA *et. al.*, 2008).

3.3 A ATENÇÃO BÁSICA NA ASSISTENCIA À SAÚDE

A Atenção Primária em Saúde (APS), também chamada atenção básica, é uma forma estratégica de organização dos serviços de saúde para integrar todos os aspectos do sistema de saúde, tendo como ponto de partida as necessidades da população (BRASIL, 2007). Nesse sentido, ela surgiu no Brasil para tornar o sistema de saúde mais efetivo, menos dispendioso, mais satisfatório às necessidades da população e ainda propiciar o alcance da equidade e integralidade pressupostas pelo SUS.

Os indícios do termo Atenção Primária aparecem no cenário da assistência à saúde com a divulgação do texto Lord Dawson of Penn (1920), que tratou da organização dos serviços de saúde, dividindo-os em três principais níveis: centro de saúde primário, centros de saúde secundários e hospitais escola. Na mesma ocasião foram propostos vínculos formais entre os três níveis e descritas as funções de cada um deles (STARFIELD, 2002). Desde então, as discussões sobre regionalização e reorganização dos serviços foi ampliada, desencadeando uma série de atividades que tiveram grande impacto a respeito da atenção primária. Entretanto, foi na conferência realizada na cidade de Alma Ata que o termo foi anunciado oficialmente.

Conforme Santana (2000), a APS foi implantada no país por meio do Programa de Saúde da Família (PSF) e configurou-se como estratégia de reorganização do SUS e de reorientação do modelo assistencial, possibilitando melhor visualização dos problemas a serem enfrentados, assim como das possibilidades de intervenção para resolução de tais problemas.

O enfoque da APS encontra-se em consonância com as diretrizes do SUS e tem como valores a busca por um sistema de saúde voltado a promover a equidade social, a corresponsabilidade entre população e setor público, a solidariedade e um conceito de saúde amplo (TAKEDA, 2006).

Esse nível de atenção deve ser disposto de forma a ser a porta de entrada do sistema de saúde e o local responsável pela organização do cuidado à saúde dos indivíduos, de suas famílias e da população, relacionando-se aos outros componentes do sistema de saúde. Para tanto, sua atenção está voltada para os problemas mais comuns, simples ou complexos, que se apresentem na comunidade (STARFIELD, 2005).

Um serviço é porta de entrada quando a população e a equipe o identificam como o primeiro recurso de saúde a ser buscado quando há uma necessidade (BRASIL, 2007). Dessa forma, a unidade básica de saúde deve ser de fácil acesso e disponível, pois, em caso contrário, a procura será desviada a ponto de afetar negativamente o manejo do problema e até superlotar outros serviços. A procura pelos serviços de APS depende da boa resolubilidade das equipes, do acolhimento, da capacidade de determinar os recursos necessários para resolver os problemas e de uma prática humanizada.

Estudos evidenciam que a atenção primária tem capacidade para responder a 85% das necessidades em saúde, desempenhando serviços preventivos, curativos, reabilitadores e de promoção da saúde. Além disso, é capaz de integrar os cuidados quando existe mais de um problema, lidando com o contexto de vida e influenciando as respostas das pessoas a seus problemas de saúde (STARFIELD, 2002). Dessa forma, a atenção básica revela-se como uma estratégia de organização forte na busca de um serviço de saúde integral, equânime e de qualidade. Porém, ainda se constitui como um desafio para os gestores, profissionais de saúde e sociedade, ao modo que precisa superar a visão de saúde, baseado na doença, e do modelo assistencialista, firmado na figura do médico, para então se estabelecer na ótica da prevenção e promoção a saúde, em que a atenção básica se apóia.

3.4 O ENVELHECIMENTO E A SAÚDE DO IDOSO

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), incluem-se como idosos as pessoas com idade igual ou superior a 65 anos, em países desenvolvidos, e a partir de 60 anos em países em processo de desenvolvimento (GIATTI, 2003). Considerando o envelhecimento como um processo natural da vida, dentre outros conceitos de envelhecimento, adotaremos neste estudo a definição citada pela Organização Panamericana da Saúde (OPAS):

“... envelhecer é um processo seqüencial, individual, acumulativo, irreversível e não patológico de deterioração de um organismo maduro, de maneira que o tempo o torne menos capaz frente ao

estresse do meio ambiente e, portanto aumente sua possibilidade de morte.” (DUARTE, 2001p.185).

Estudos demográficos realizados no Brasil, por meio do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, apontaram que a população do país está mais velha, ou seja, há mais pessoas consideradas idosas. Dados do IBGE (2008) apontam que, no período de 1997-2007, a população idosa cresceu 47,8%, número muito superior ao crescimento da população brasileira total (21,6%). Além disso, o referido instituto estima que em 2050 as pessoas com idade superior a 65 anos serão 1,8% da população brasileira, igualando-se às de 0 – 14 anos.

A redução do crescimento demográfico e a velocidade de crescimento da população idosa brasileira sinalizam a demanda por melhores políticas públicas de saúde, a necessidade de reestruturação da assistência e capacitação profissional para lidar com a nova situação. O SUS terá que comportar uma crescente demanda por procedimentos diagnósticos e terapêuticos das doenças crônicas não transmissíveis, principalmente as cardiovasculares e as neurodegenerativas, e ainda uma demanda maior por serviços de reabilitação física e mental (RAMOS, 2003).

Esse processo de envelhecimento pode resultar na presença de múltiplas doenças, prejuízos e incapacidades. O nível desse desgaste da saúde está em função da influência de diferentes variáveis, como genética, danos acumulados e estilo de vida (ANDERSON, 1998).

Nesse sentido, existem alguns fatores determinantes a serem considerados para que haja qualidade de vida para um indivíduo idoso: cultura, condições socioeconômicas, equilíbrio psicológico por meio de relações sociais e familiares, o ambiente físico no qual o idoso está inserido, moradia segura, saneamento básico e alimentação de qualidade. Consideram-se também como fatores importantes para um envelhecimento saudável: a prática de exercícios físicos, abstenção e não tabagismo. Complementando, a Organização Panamericana de Saúde (2005) aponta que medidas de promoção da saúde mediante acessos a serviços de qualidade e assistência digna e respeitosa finalizam para um envelhecer saudável.

3.5 O SUS E AS POLÍTICAS DE SAÚDE DO IDOSO

Até o início da década de 1990, não havia uma política pública de saúde específica para os idosos, somente alguns programas governamentais ou ações de iniciativa privada. Em 1975, surgiu o Instituto Nacional da Previdência Social (INPS) e o Programa de Atendimento ao Idoso (PAI), que reunia os idosos que frequentavam os ambulatórios do INPS, para discutir

assuntos de interesse da classe. Posteriormente, em 1985, foi fundada a Associação Nacional de Gerontologia (ANG), com a finalidade de trabalhar por melhores condições de vida para os idosos do país (CARVALHO; PAPALÉO NETTO, 2006). Nesse contexto, percebe-se que até esse momento a assistência à saúde do idoso era praticamente inexistente e que, a partir de então, as discussões em torno do assunto começaram a emergir na busca de um cenário mais favorável à população idosa.

Em janeiro de 1994, foi criada a Política Nacional de Saúde do Idoso (PNSI), a qual tem como finalidade assegurar direitos sociais, garantir a promoção da autonomia, integração e participação efetiva do idoso na sociedade (BRASIL, 2006a). A PNSI estabelece as diretrizes essenciais que norteiam a definição ou a redefinição dos programas, projetos e atividades do setor na atenção integral às pessoas em processo de envelhecimento e à população idosa. Essas diretrizes estão ancoradas na promoção do envelhecimento saudável, promovendo a manutenção da capacidade funcional, a assistência às necessidades de saúde dos idosos, a reabilitação da capacidade funcional comprometida e a capacitação de recursos humanos, além de apoiar o desenvolvimento de cuidados informais e a ampliação de estudos e pesquisas (MYATA et. al., 2005).

Nesse contexto de envelhecimento saudável, é comum entre as pessoas ter a autonomia e a independência como metas no processo de envelhecimento. Essa busca pela autonomia é realçada na velhice pelo fato de haver maior limitação funcional na realização de tarefas antes corriqueiras. A superação das limitações funcionais, vivenciadas pelas pessoas, envolve questões físicas, emocionais e sociais. Nesse sentido, as intervenções em saúde devem ser feitas e orientadas com vista à promoção da autonomia e independência da pessoa idosa, estimulando-a para o autocuidado (MARTINS, 2007).

Dentro dessa discussão, outros autores complementam:

“... a equipe de saúde precisa estar sempre atenta à pessoa idosa, na constante atenção ao seu bem-estar, à sua rotina funcional e à sua inserção familiar e social, jamais deixando à margem o seu contexto, mantendo-a o mais independente possível no desempenho de suas atividades rotineiras.” (COSTA NETO; SILVESTRE, 1999, p.11).

Em outubro de 2003, com o objetivo de nortear ações sociais e de saúde, garantir os direitos da população idosa e obrigar a proteção dos mesmos pelo estado, o Estatuto do Idoso foi decretado (MARTINS; MASAAROLLO, 2006). Esta foi uma conquista importante, pois

os idosos adquiriram alguns privilégios, fundamentadas em suas limitações, além da criação de novas ações e prioridades na atenção em saúde.

Nessa conjuntura, o Ministério da Saúde aponta que a porta de entrada do usuário idoso ao Sistema Único de Saúde (SUS) deve ser idealmente a Atenção Básica/Saúde da Família, via demanda espontânea ou busca ativa, tendo como referência a rede de serviços especializada de média e alta complexidade (BRASIL, 2007). Entretanto, a falta de conhecimento dos profissionais sobre o envelhecimento e a saúde da pessoa idosa diminuiu a resolubilidade neste nível de atenção.

Buscando aumentar essa resolubilidade na assistência ao idoso, foi criada a caderneta do idoso, a qual surge como um instrumento valioso para auxiliar a identificação das pessoas idosas frágeis ou em risco de fragilização. Ademais, almeja possibilitar o planejamento e organização das ações, resultando assim em um melhor acompanhamento do estado de saúde da população em questão. A caderneta do idoso e o Caderno de Atenção Básica: Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa representam dois instrumentos de fortalecimento da atenção básica (BRASIL, 2007). Esses instrumentos, além da finalidade de aprimoramento do acompanhamento do usuário idoso na UBS, também são amplamente utilizados como veículo de difusão de práticas voltadas ao bem estar do idoso.

Conforme o Ministério da Saúde, a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa oferece continuamente medidas de prevenção e promoção da saúde, atenção básica e suporte social. Dentre as medidas ofertadas atualmente estão: o programa de envelhecimento ativo; programa de suporte farmacêutico, que disponibiliza medicamentos para doenças crônicas; prevenção de violência; alimentação saudável e prevenção de quedas. Além disso, são desenvolvidas campanhas de vacinação e educação em saúde, que são direcionadas de acordo com as necessidades apontadas pelas secretarias de saúde dos estados e municípios do país (BRASIL, 2006b).

Embora o Brasil tenha avançado na consolidação de mecanismos de atenção à saúde do idoso, o cenário atual clama por políticas públicas e programas de atenção específicos, que vão além da imunização e da oferta de medicamento. Nesse sentido, torna-se prioritária a criação de bancos de informação e indicadores que subsidiem as decisões no desenvolvimento de ações estratégicas em toda a atenção básica do país, implantando assim de fato uma política de saúde do idoso atuante em todos os serviços de saúde.

Em João Pessoa, atividades comunitárias na assistência aos idosos vêm sendo realizadas obtendo uma resposta positiva, na medida em que os reinsere no convívio social e promove a sua autoestima. Ademais, a utilização dessa estratégia proporciona o

fortalecimento do vínculo entre a equipe de saúde e comunidade. Dentre essas ações estão a Terapia Comunitária e os Grupos de Convivência (JOÃO PESSOA, 2006).

Ações populares, com significado prático, atuantes no nível da atenção básica, são importantes estratégias de inclusão da comunidade nos programas de reconhecimento das necessidades comunitárias e participação na promoção de saúde. Além disso, essas ações propiciam a criação e fortalecimento de elos entre os integrantes da comunidade, possibilitando o enfrentamento de problemas de modo solidário e ainda mobilizam poucos recursos financeiros (BARRETO, 2005).

CAPÍTULO 4

PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

4 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

4.1 TIPO DE ESTUDO

O desenho de investigação adotado foi do tipo observacional seccional, que tem como unidade de observação o indivíduo, sendo essa observação de forma direta e em um único momento no tempo. Esse desenho de estudo possibilita adoção de hipóteses etiológicas, apresenta simplicidade analítica, baixo custo e alto potencial descritivo (MEDRONHO et al, 2009). Quanto ao período de coleta de dados, o estudo compreendeu os meses de Julho a Outubro do ano de 2011.

A pesquisa tem natureza exploratória descritiva e analítica, na qual os dados foram analisados de forma qualitativa e quantitativa. A utilização dessa análise conjunta possibilitou maior aproximação ao objeto de estudo, de modo que permitiu a exploração do caráter subjetivo e objetivo dos dados coletados. Nesse sentido, o uso de múltiplos instrumentos e focos de observação é também considerado uma forma de avaliar a coerência dos resultados, sugerindo uma maior confiabilidade interna dos dados utilizados, aumentando assim sua validade (HARTZ, 2002).

A pesquisa qualitativa trabalha com o universo dos significados, motivos, valores, das crenças e atitudes, ou seja, privilegia os aspectos subjetivos dos atores. Assim, permite conhecer-se o contexto social pelos significados que eles têm para o sujeito (MINAYO, 2006). Neste tipo de abordagem a atenção é voltada para os pressupostos que servem de fundamento para a vida das pessoas, contemplando-se as questões do cotidiano e tendo-se o ambiente natural como fonte direta dos dados e o pesquisador, como instrumento-chave da pesquisa (TRIVIÑOS, 2009). Portanto, este estudo abordou os temas em seu cenário natural, buscando ouvir o que os sujeitos da pesquisa têm a dizer, explorando assim as suas ideias.

Já a abordagem quantitativa procura descrever os significados dos objetos e atos, tendo como foco principal a estruturação e a pontualidade, realizando análises com a utilização de técnicas dedutivas e chegando a resultados generalizáveis (GIL, 2006).

A pesquisa exploratória compreende um estudo que parte de uma hipótese acerca de uma realidade específica, considerando os limites do cenário estudado. Buscam-se, pois, conhecimentos mais amplos sobre a realidade, que possam subsidiar o planejamento de uma pesquisa descritiva ou experimental. Aplica-se também a situações que exigem delimitação de uma teoria, cujos enunciados não estejam bem definidos, bem como para levantar possíveis problemas de pesquisa (TRIVIÑOS, 2009).

Na pesquisa descritiva, focaliza-se essencialmente a busca de informações sobre uma determinada realidade, propondo-se a descrever fatos e fenômenos dessa realidade com exatidão (TRIVIÑOS, 2009). Em consonância com o que foi dito anteriormente, a pesquisa descritiva permite o estudo de uma realidade concreta e de uma situação prática, sendo normalmente desenvolvida com o apoio da pesquisa exploratória (GIL, 2006).

4.2 LOCAL DE ESTUDO

O município de João Pessoa, capital do estado da Paraíba, conta com uma área territorial de 211 Km². Situado no litoral do nordeste brasileiro, apresenta 30 km de praia e tem um clima quente e úmido (JOÃO PESSOA, 2006).

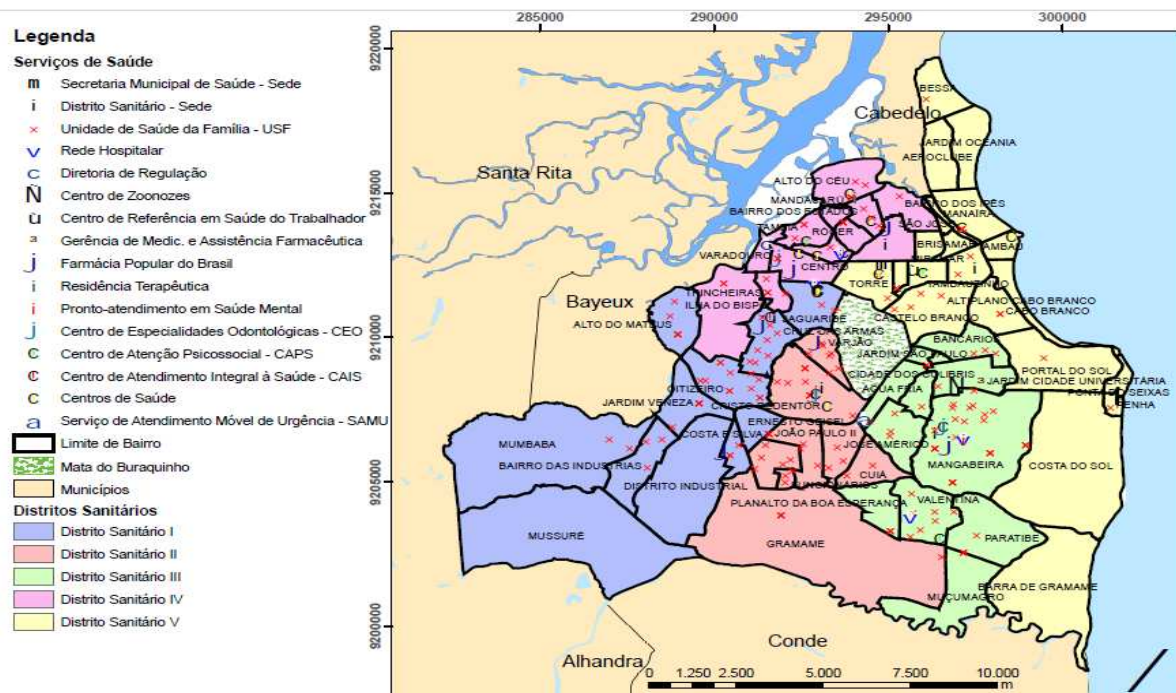
De acordo com a pesquisa Censo (2010), realizada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), a capital possui um total de 723.514 habitantes, entre os quais 46,68% são homens e 53,32% são mulheres. A expectativa média de vida de seus habitantes é de 68 anos, configurando-se como a segunda capital nordestina em número de idosos (JOÃO PESSOA, 2006). É constituído por 65 bairros, dentre os quais se destaca o bairro de Mangabeira como o mais populoso, com aproximadamente 67 mil habitantes, representando 11% da população do município.

No âmbito dos serviços de saúde, o município disponibiliza um total de 446 estabelecimentos de saúde, distribuídos da seguinte forma: 30 hospitais (incluindo hospitais públicos, privados e filantrópicos, totalizando a oferta de 2.987 leitos para internação), 305 unidades ambulatoriais, 95 centros de saúde, 10 ambulatórios e 6 postos de assistência médica (IBGE, 2009).

No que se refere à atenção básica, a rede de serviços de saúde de João Pessoa dispõe de 180 Unidades de Saúde da Família (USF), organizadas e gerenciadas por intermédio dos distritos sanitários. O município está dividido em cinco distritos, sendo cada um deles responsável pelo gerenciamento das atividades de saúde executadas em seus respectivos territórios. Seguindo uma estrutura organizacional, tais distritos são gerenciados pela Secretaria de Saúde do município de João Pessoa, que por sua vez está inserida na rede de assistência do SUS (IBGE, 2009).

A figura 2 apresenta os serviços de saúde do município de João Pessoa, bem como seus respectivos distritos sanitários.

Figura 2 – Mapa da distribuição dos serviços de saúde e seus respectivos distritos sanitários, do município de João Pessoa, 2011



Fonte: JOÃO PESSOA [secretaria de saúde], 2010.

O local de realização deste estudo foi o Distrito Sanitário III, composto por 53 unidades de saúde da família (USF), no qual é atendida uma população de 171.450 usuários, entre estes 15.129 idosos cadastrados pela Secretaria de Saúde do Município em novembro de 2010. Justificou-se a escolha desse local da pesquisa por ser ele caracterizado como o distrito de maior abrangência territorial do município, compreendendo os seguintes bairros: Mangabeira, Valentina, Jardim Cidade Universitária, Jardim São Paulo, Bancários, Planalto da Boa Esperança, Cidade dos Colibris, Paratibe, José Américo e Gramame. Buscando maior apoio, segurança e melhores condições estruturais para a assistência da população, algumas Unidades de Saúde da Família (USFs) encontram-se organizadas em um mesmo espaço físico, caracterizando as denominadas unidades de saúde integradas (Anexo I e II).

4.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA

A população foi constituída pelos usuários idosos, profissionais de saúde das Unidades básicas e gestores que constituem o Distrito Sanitário III e a Diretoria de Atenção a Saúde (DAS) voltada à saúde da pessoa idosa.

Segundo Gil (2002), população abrange uma totalidade ou conjunto de objetos e membros que estão em concordância com elementos que possuam características como referência, como exemplo o total de habitantes de determinado espaço.

Para Fanchin (2006), população refere-se ao conjunto de indivíduos da mesma espécie, localizado em determinado tempo e espaço; ao passo que a amostra é um subconjunto do universo ou população estudada, por meio do qual se estabelecem características das mesmas (GIL, 2002).

A amostra foi composta por parte dos usuários idosos, profissionais de saúde das unidades de saúde da família e a totalidade dos gestores envolvidos na atenção a saúde do idoso no referido local de estudo.

Para seleção das unidades amostrais foi utilizada a técnica de amostragem aleatória simples. Inicialmente, foi feito o cálculo tamanho da amostra dos usuários idosos (n_1), por meio da seguinte fórmula, para populações infinitas, justificada pelo total de idosos cadastrados no distrito sanitário III, que foi de 15. 129, até o mês de Novembro de 2010.

$$n_1 = \frac{0,25 \times \left(\frac{Z_{\alpha}}{2} \right)^2}{\varepsilon^2},$$

Onde $\frac{Z_{\alpha}}{2}$ é o valor crítico da normal para uma confiança $1-\alpha$, e ε significa o erro.

Nesse estudo, foi adotada uma confiança de 95% e um erro de 0,08, obtendo assim, um tamanho amostral de 106 indivíduos. Em seguida foi realizado um sorteio aleatório para definir quantos indivíduos iriam participar da pesquisa, em cada unidade de saúde da família (Apêndice VI).

Já na determinação do tamanho da amostra dos profissionais de saúde (n_2), foi utilizada a seguinte fórmula para populações finitas, uma vez que estes são representados em número menor, listando 686 profissionais. Dentre esses estão: enfermeiros, médicos, dentistas e agentes comunitários de saúde.

$$n_2 = \frac{0,25 \times \left(\frac{Z_{\alpha}}{2} \right)^2}{0,25 \times \left(\frac{Z_{\alpha}}{2} \right)^2 + (N-1) \times \varepsilon^2},$$

Onde $\frac{Z_{\alpha}}{2}$ é o valor crítico da normal para uma confiança $1-\alpha$, N representa o número total de profissionais e ε significa o erro.

Onde foram mantidos os mesmos os mesmos padrões adotados na amostragem anterior, confiança de 95% e erro de 0,08, obtendo assim, um tamanho amostral de 92 indivíduos. Posteriormente, foi feito um sorteio aleatório para determinar quais profissionais de saúde iriam participar do estudo em cada unidade de saúde (Apêndice VI).

4.4 COLETA DOS DADOS

Os dados foram coletados após aprovação deste estudo por Comitê de Ética em Pesquisa e devida autorização pela Secretaria de Saúde do Município de João Pessoa. Com vistas a testar os instrumentos de coleta de dados, procedeu-se a um estudo piloto do que resultaram mudanças nos questionários. Após as modificações necessárias, realizou-se um novo piloto para testar a adequação das perguntas frente aos objetivos da presente pesquisa.

De acordo com Kirchhof (2009), a realização do estudo piloto é fundamental nas pesquisas de campo, especialmente quando são utilizados extensos instrumentos de coleta de dados. Ademais, apesar da maioria dos pesquisadores considerar a testagem do instrumento como principal objetivo de um estudo piloto, é importante ressaltar sua utilização também para a capacitação dos entrevistadores.

Dando início à efetivação da coleta de dados da presente pesquisa, foram realizadas visitas às Unidades de Saúde da Família do distrito sanitário III e feito um contato inicial com o profissional responsável pela unidade, objetivando a apresentação da pesquisadora, bem como do encaminhamento do referido distrito sanitário para a execução da coleta de dados (Anexo IV).

Posteriormente, a pesquisadora foi conduzida aos profissionais a serem entrevistados e, com auxílio dos ACSs, direcionada aos usuários idosos que poderiam participar da pesquisa. Em raros casos os profissionais e usuários se recusaram a participar do estudo e, nessas situações, estes eram substituídos respectivamente por profissionais da mesma categoria e por outro usuário idoso disposto a colaborar.

Na ocasião de coleta de dados, primeiramente foi apresentado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) dos indivíduos do estudo (Apêndice I e II) e garantido um ambiente reservado, a fim de proporcionar privacidade e não constrangimento do entrevistado, conforme a Resolução 196/96 do código de ética em pesquisas. O instrumento de coleta foi um questionário (Apêndice III, IV e V) contendo perguntas gerais e específicas, direcionadas a cada uma das unidades de observação:

IDOSOS=> sobre a atenção recebida no atendimento em saúde;

PROFISSIONAIS=> sobre as práticas de saúde do idoso ofertadas na unidade;

GESTORES=> sobre o sistema de informação local e comunicação das necessidades nas unidades de saúde.

A coleta de dados se deu por meio de uma entrevista semiestruturada, utilizando-se de um gravador de voz. Por intermédio dessa entrevista, a pesquisadora fez as perguntas contidas no instrumento de coleta de dados, procedeu a transcrição fiel das falas e, a partir das respostas obtidas, realizou a categorização das questões a fim de subsidiar a análise quantitativa. Dessa forma, obteve informações necessárias para a análise qualitativa, mediante os discursos dos sujeitos, e para a análise quantitativa, por meio das categorias identificadas a partir da fala dos entrevistados.

A entrevista semiestruturada é aquela que parte de certos questionamentos básicos, apoiados em teorias e hipóteses, que interessam à pesquisa, e que, em seguida, oferecem amplo campo de interrogativas, fruto de novas hipóteses que vão surgindo à medida que se recebem as respostas do informante. Ao mesmo tempo em que valoriza a presença do investigador, esse método oferece todas as perspectivas possíveis para que o informante alcance a liberdade e a espontaneidade necessária, enriquecendo a investigação (TRIVIÑOS, 2009).

4.5 ANÁLISE DOS DADOS

Conforme Marconi e Lakatos (2006), nessa etapa o pesquisador entra em maiores detalhes sobre os dados decorrentes do trabalho a fim de conseguir respostas às indagações, e procura estabelecer as relações necessárias entre os dados obtidos e as hipóteses formuladas. Por tratar-se de uma pesquisa de natureza exploratória descritiva e analítica, os dados deste estudo foram analisados nos enfoques qualitativo e quantitativo.

Os dados qualitativos foram analisados pela técnica de análise de conteúdo Bardin (2011). A análise de conteúdo é definida como um conjunto de técnicas de análise das comunicações, que objetiva obter, por meio de procedimentos objetivos e sistemáticos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção dessas mensagens (BARDIN, 2011).

Na abordagem quantitativa, os dados foram tratados por meio do modelo de Regressão logística. Para tanto, foi utilizado o software R-project, que tem distribuição gratuita e seu código é aberto.

4.5.1 Análise de Conteúdo

Esta análise se baseia em operações de desmembramentos do texto em unidades, ou seja, descobrir os diferentes núcleos de sentido que constituem a comunicação e posteriormente realizar o seu reagrupamento em classes ou categorias analógicas. Entre as técnicas utilizadas para a realização da análise de conteúdo, destaca-se a análise léxica e a análise categorial, sobretudo esta por ser cronologicamente mais antiga e mais frequentemente usada (BARDIN, 2011).

A análise léxica tem como material de análise as próprias unidades de vocabulário, as palavras portadoras de sentido: substantivos, adjetivos, verbos etc., relacionados ao objeto de pesquisa. Já a análise categorial considera a totalidade do texto na análise, submetendo-o a um crivo de classificação e de quantificação, segundo a frequência de presença ou ausência de elementos de sentido. É considerado um método de gavetas ou de rubricas significativas que permitem a classificação dos elementos de significação constitutivos da mensagem (OLIVEIRA, 2008).

Nesse estudo foi adotada a análise categorial, que preconiza a seguinte sequência processual, segundo Oliveira (2008):

- 1) Leitura flutuante, intuitiva, ou parcialmente orientada do texto: implica a leitura exhaustiva do conjunto de textos a ser analisado, de forma que o pesquisador se deixe impressionar pelos conteúdos presentes (das transcrições das entrevistas), sem a intenção de perceber elementos específicos na leitura;

- 2) Definição de hipóteses provisórias sobre o objeto estudado e o texto analisado: a leitura flutuante permite a construção de hipóteses, sempre provisórias sobre o objeto estudado e sobre os conteúdos do texto analisado.

- 3) Determinação das Unidades de Registro (UR): consiste na escolha do tipo de unidade de registro que será adotada pelo pesquisador ao longo da análise, ressaltando que apenas um tipo de unidade é utilizada durante uma mesma análise, de forma a permitir a aplicação de regras de quantificação. As unidades de registro podem ser: palavras, frases, parágrafos, temas (regra de recorte do sentido e não da forma, representada por frases, parágrafos, resumo, entre outros), objeto ou referente (temas eixos, agregando-se ao seu redor tudo o que o locutor diz a seu respeito), personagem (papel familiar, idade, sexo, entre outros), acontecimento (elementos factuais importantes para o objeto em estudo), documento (artigo de jornal, a resposta a uma questão aberta, uma entrevista).

4) Marcação no texto do início e final de cada UR observada, a maior parte do texto é transformada em UR;

5) Definição das unidades de significação ou temas: associação das UR a unidades de significação ou temas, ou seja, cada tema é composto por um conjunto de UR.

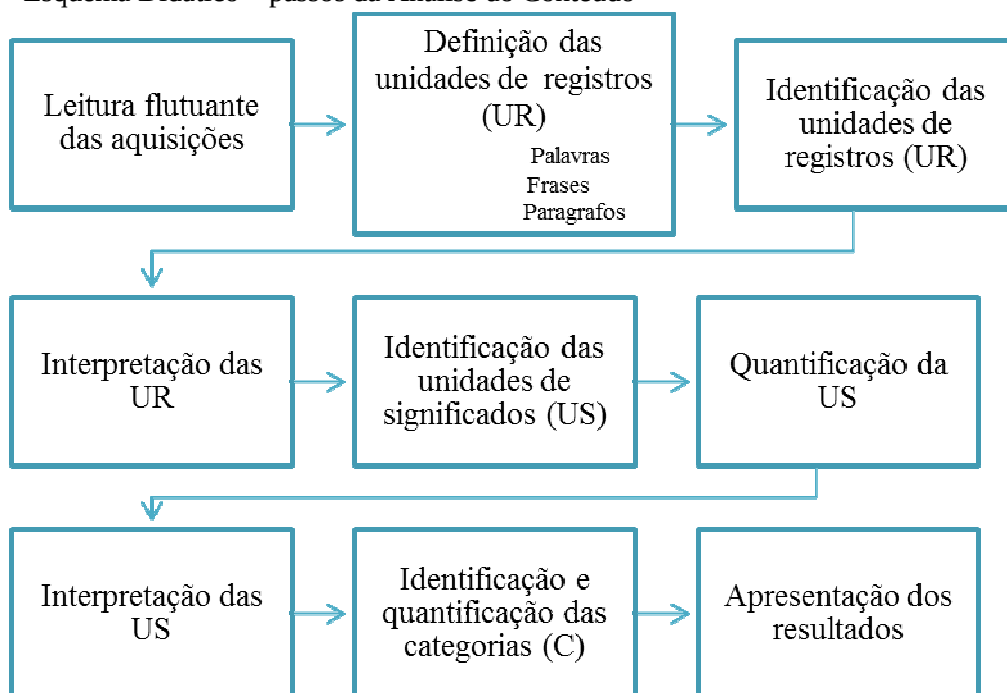
6) Análise temática das UR: quantificação dos temas em número de UR, para cada entrevista, que deve ser registrado a totalização;

7) Análise categorial do texto: a partir dos temas determinados e da sua quantificação, são definidas as dimensões nas quais os temas aparecem, agrupando-os segundo critérios teóricos ou empíricos e as hipóteses de análise. Para o desenvolvimento da análise categorial, calculam-se opcionalmente as frequências relativas e passa-se ao agrupamento dos temas formando as categorias;

7) Tratamento e apresentação dos resultados: os resultados poderão ser apresentados em forma de descrições cursivas, acompanhadas de exemplificação de unidades de registro significativas para cada categoria ou, ainda, em forma de tabelas e gráficos, quadros seguidos de descrições cursivas e outros;

8) Discussão dos resultados e retorno ao objeto de estudo: as categorias representam a reconstrução do discurso a partir de uma lógica impressa pelo pesquisador, portanto expressam uma intencionalidade de reapresentar o objeto de estudo, a partir de um olhar teórico específico. Essa lógica aplicada ao objeto de estudo e as construções teóricas dela emanadas precisam ser explicitadas, em termos do objeto reconstruído pela análise num trabalho posterior à aplicação da técnica.

9) Produção de planilha de frequência das categorias, quantificando os resultados da análise de conteúdo.

Figura 3 – Esquema Didático – passos da Análise do Conteúdo

Fonte: BARDIN (2011); OLIVEIRA (2008).

4.5.2 Regressão Logística

A Regressão Logística caracteriza-se como uma técnica estatística que nos permite estimar a probabilidade de ocorrência de determinado evento em face de um conjunto de variáveis explanatórias. Essa técnica surgiu em resposta ao desafio de realizar predições ou explicar a ocorrência de determinados fenômenos quando a variável dependente fosse de natureza binária. Quanto às variáveis independentes podem ser tanto quantitativas quanto qualitativas (CORRAR *et. al.*, 2007).

Devido a sua facilidade de interpretação, a regressão logística tem se constituído num dos principais métodos de modelagem estatística de dados. Mesmo quando a resposta de interesse não é originalmente do tipo binário, alguns pesquisadores têm dicotomizado a resposta de modo que a probabilidade de sucesso possa ser ajustada através da regressão logística (PAULA, 2010).

Admitindo que variáveis binárias possam ser classificadas como sucesso ou fracasso, por meio de uma variável aleatória y assumindo valores 1 ou 0 respectivamente, podemos caracterizá-las como uma distribuição de Bernoulli. Nessa classificação, geralmente é chamado de “sucesso” o resultado mais importante para o pesquisador, ou aquele que se

pretende relacionar com outras variáveis de interesse. As probabilidades como podem ser descritas como:

$$P(Y = 1/X = x) = \pi(x) \quad \text{e} \quad P(Y = 0/X = x) = 1 - \pi(x),$$

Onde, $\pi(x)$ é a probabilidade de ocorrência do sucesso, $x = (1, x_2, \dots, x_p)'$ é o vetor de covariáveis.

Neste trabalho, a regressão logística foi utilizada objetivando avaliar quais variáveis estão mais relacionadas com a satisfação do usuário idoso frente às políticas de saúde do idoso do município de João Pessoa-PB.

A regressão logística pode ser explicada por um conjunto de “(p-1)” variáveis independentes ou explicativas que por sua vez podem ser categóricas ou contínuas (PAGANO *et. al.*, 2004). O modelo de regressão logística é definido por:

$$\log \left\{ \frac{\pi(\mathbf{x})}{1 - \pi(\mathbf{x})} \right\} = \beta_1 + \beta_2 x_2 + \dots + \beta_p x_p,$$

onde: $\beta_1, \beta_2, \dots, \beta_p$ são os parâmetros do modelo logístico (PAULA, 2010).

Após definido o conjunto de covariáveis a ser incluído num modelo logístico, procede-se à investigação de qual o melhor modelo: o mais reduzido que inclui apenas as covariáveis e interações mais importantes para explicarmos a probabilidade de sucesso $\pi(x)$. Posteriormente a definição do modelo, é necessário testar a sua validade. Esse procedimento permite identificar as variáveis que não se ajustam ao modelo proposto, ou que têm forte influência sobre a estimação dos parâmetros (PENHA, 2002). Para tanto, há uma série de gráficos residuais, testes de ajuste, e outras medidas diagnósticas para assegurar a validade do modelo.

Um dos mecanismos para avaliação do grau de acurácia do modelo logístico é o Teste Hosmer e Lemeshow. Em síntese, esse indicador é um teste Qui-quadrado que consiste em dividir o número de observações em cerca de dez classes e, em seguida, comparar as frequências preditas com as observadas. A finalidade desse teste é verificar se existem diferenças significativas entre as classificações realizadas pelo modelo e a realidade observada. Adotando-se certo nível de significância, busca-se aceitar a hipótese de que não existem diferenças entre os valores preditos e observados. A interpretação do teste procede-se da seguinte forma: se houver diferenças entre as classificações preditas e as observadas, então

ele não representa a realidade de forma satisfatória. Em outras palavras, nas circunstâncias admitidas no estudo o modelo não será capaz de produzir estimativas e classificações muito confiáveis (CORRAR *et. al.*, 2007).

Outra ferramenta utilizada com objetivo de analisar a credibilidade do modelo é o teste Le Cessie-van Houwelingen. Esse teste de avaliação propõe a mesma interpretação do teste de Hosmer e Lemeshow e, também, é considerado importante na investigação da bondade do ajuste do modelo.

Além dos mecanismos de avaliação apresentados, admitimos nesse estudo a utilização da técnica chamada Curva ROC. Esse método consiste no emprego de gráficos ROC para avaliar a taxa de acertos e de erros que o modelo assume. Conforme Silva (2006), Receiver Operating Characteristic (ROC) é uma técnica para visualizar, avaliar, organizar e selecionar classificadores baseado em seus desempenhos.

A área sob a curva ROC é uma medida resumo usado do desempenho de um teste. Quanto mais próximo de 0,5 for a área sob a curva, pior é a capacidade do modelo de discriminar indivíduos com ausência ou presença da característica de interesse, a exemplo, doentes daqueles não doentes. De maneira complementar, quanto maior a capacidade do teste em discriminar os indivíduos, mais a curva se acerca do canto superior esquerdo do gráfico, e a área sob a curva se aproxima de 1 (MARTINEZ *et. al.*, 2003).

Uma das grandes vantagens do modelo de regressão logística é que ela oferece a possibilidade de emprego do *Odds Ratio* (razão de chance) para as variáveis do modelo. O *Odds Ratio* é obtido por meio da comparação de indivíduos que diferem apenas na característica de interesse e que tenham os valores das outras variáveis constantes (HOSMER; LEMESHOW, 2000).

Considerando um modelo logístico linear simples,

$$\log \left\{ \frac{\pi(x)}{1 - \pi(x)} \right\} = \alpha + \beta x$$

onde β e α são parâmetros desconhecidos. É possível calcular a probabilidade da ocorrência de um desfecho frente a um fator particular. A chance de sucesso do evento, dado a presença do fator, é dada por:

$$\frac{\pi(1)}{1 - \pi(1)} = e^{\alpha + \beta}$$

enquanto que a chance de acontecimento do evento para cenário com ausência do fator é:

$$\frac{\pi(0)}{1-\pi(0)} = e^{\alpha}$$

Sendo assim, a razão de chances definida como:

$$OR = \frac{\pi(1)\{1-\pi(0)\}}{\pi(0)\{1-\pi(1)\}} = e^{\beta}$$

dependendo apenas do parâmetro β .

Segundo Paula (2010), essa é uma das grandes vantagens da regressão logística, a possibilidade de interpretação direta dos coeficientes como medidas de associação. Esse tipo de interpretação pode ser estendido para qualquer problema prático.

4.6 ASPECTOS ÉTICOS

De acordo com as normas da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP), para a pesquisa envolvendo seres humanos (Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde/ MS), o projeto foi submetido ao Comitê de Ética do Centro Universitário de João Pessoa (UNIPÊ) para análise e obteve parecer favorável a sua execução (Anexo V).

Os participantes do estudo foram informados do teor e objetivo da pesquisa, expressando sua autorização por meio da assinatura de um termo de consentimento livre e esclarecido (Apêndice I e II).

CAPÍTULO 5

APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

5 APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Como mencionado no capítulo anterior, este estudo adotou duas abordagens de análise, qualitativa e quantitativa. Além disso, teve como unidades de observação indivíduos pertencentes a três esferas: Gestores, Profissionais e Usuários idosos. A seguir serão apresentados os resultados e realizada sua discussão de acordo com as etapas do estudo dispostas na seguinte forma: 1) caracterização dos gestores segundo os dados sociodemográficos, de formação e atuação profissional; 2) caracterização dos profissionais segundo os dados sociodemográficos, de formação e atuação profissional; 3) caracterização dos usuários segundo os dados sociodemográficos, de escolaridade e utilização do SUS; 4) análise qualitativa dos discursos dos gestores; 5) Análise qualitativa dos discursos dos gestores, profissionais e usuários; 6) Análise quantitativa das categorias obtidas por meio das informações dos sujeitos do estudo.

5.1 CARACTERIZAÇÃO DOS GESTORES SEGUNDO OS DADOS SOCIOECONÔMICOS, DE FORMAÇÃO E ATUAÇÃO PROFISSIONAL

Nesta seção será descrita a análise descritiva dos dados referentes à etapa inicial do questionário aplicado aos gestores (Apêndice V), que trata das questões socioeconômicas e de formação e atuação profissional. Dentre os seis gestores identificados para participar do estudo, cinco foram entrevistados, entre estes se encontram os responsáveis pela área temática de saúde do idoso e os representantes do distrito sanitário III.

Segundo a variável Sexo, foi observado que os gestores envolvidos na área temática de saúde do idoso, em sua totalidade, são do sexo feminino e que a gerência do distrito sanitário III, representado por um colegiado incluindo três componentes, contém apenas um gestor do sexo masculino, prevalecendo assim o sexo feminino entre os gestores.

Em relação à idade, verificou-se a predominância de pessoas jovens, entre 25 e 35 anos, nos cargos gerenciais; entretanto a área temática de saúde do idoso conta com a participação de duas gestoras com idade acima de 55 anos, que estão atuantes na secretaria de saúde do município desde a criação dessa área de atenção. Quanto à escolaridade, 100% dos entrevistados possuem ensino superior completo na área de saúde e 80% tem especialização, dentre os quais 60% são especialistas em gerontologia.

Quando investigado sobre o tempo decorrido do término do curso de formação superior foi constatado que os gestores concluíram seus cursos de formação há pouco tempo (4 a 10 anos), apenas 2 gestores declararam ter finalizado a graduação há mais de vinte anos, conforme o esperado, por se tratar predominantemente de jovens. A respeito da experiência em cargos de gerência, corroborando com os achados anteriores, verificou-se que apenas dois dos entrevistados têm mais de três anos de atuação. O quadro 2 ilustra os dados sociodemográficos obtidos por meio das entrevistas com os gestores.

Quadro 2 – Dados sociodemográficos dos gestores de saúde do município de João Pessoa-PB, 2011

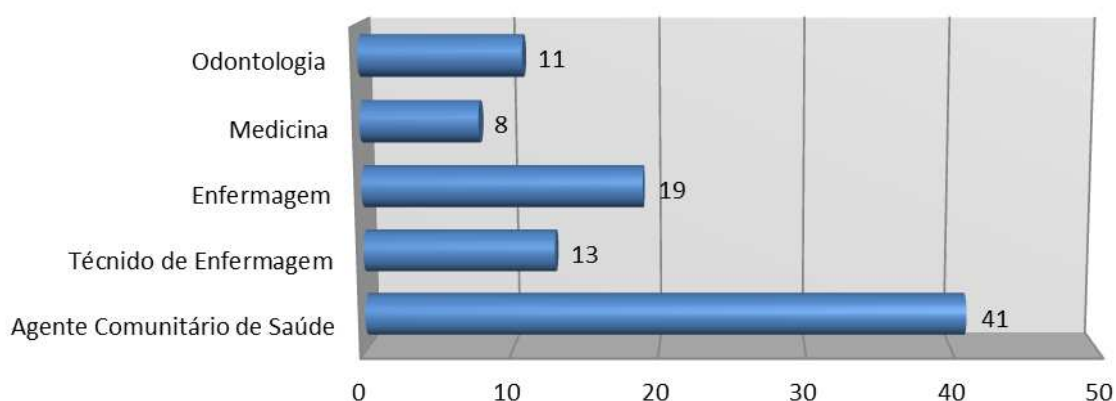
Variável	Categoria	Frequência
Idade (anos)	29	n=5 100%
	57	
	37	
	70	
	28	
Sexo	Feminino	n=5 100%
Nível de escolaridade	3º Grau	n=5 100%
Tempo de formação	> 20 anos	n=2 40%
	10 anos	n=1 20%
	04 anos	n=2 40%
Pós-graduação	Sim	n=4 80%
	Não	n=1 20%
Pós-graduação em saúde do idoso	Sim	n=3 60%
	Não	n=2 40%
Experiência em gestão	≥ 3 anos	n=2 40%
	Até 3 anos	n=3 60%

5.2 CARACTERIZAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE SEGUNDO OS DADOS SOCIOECONÔMICOS, DE FORMAÇÃO E ATUAÇÃO PROFISSIONAL

Nesta seção serão descritos os dados segundo variáveis socioeconômicas, de formação e atuação dos profissionais de saúde, concernentes à primeira parte do Questionário (Apêndice B), analisando-os por meio de métodos estatísticos exploratórios.

O Gráfico 1 demonstra a distribuição das classes profissionais entrevistadas, nas quais foram incluídas Agentes comunitários de saúde, Técnicos de enfermagem, Enfermeiros, Médicos e Cirurgiões-dentistas. Pode-se observar que, dentre as classes profissionais citadas, destacou-se a participação dos Agentes de saúde e dos profissionais de Enfermagem em maior quantidade, salientando-se ainda que o número de profissionais de cada categoria foi definido por meio de sorteio.

Gráfico 1 – Distribuição de frequência dos profissionais de saúde entrevistados no Distrito Sanitário III segundo a categoria profissional. João Pessoa-PB, 2011



O fato de haver expressiva parcela de Agentes Comunitários de Saúde dentre os profissionais componentes desse estudo configura uma vantagem, uma vez que estes são responsáveis pela linha de frente na prestação do serviço à comunidade, inclusive ao idoso. Desse modo, o profissional ACS pode ter informações mais apuradas sobre o estado de saúde da comunidade idosa assistida, bem como das práticas voltadas para essa população na ABS.

No tocante ao gênero e à faixa etária dos profissionais de saúde entrevistados, esses se caracterizam por serem majoritariamente do sexo feminino (78%) e possuírem idade entre 22 e 32 anos (35,9%), conforme mostram, respectivamente, os gráficos 2 e 3.

Gráfico 2 – Distribuição dos profissionais de saúde do distrito sanitário III segundo o Sexo. João Pessoa-PB, 2011

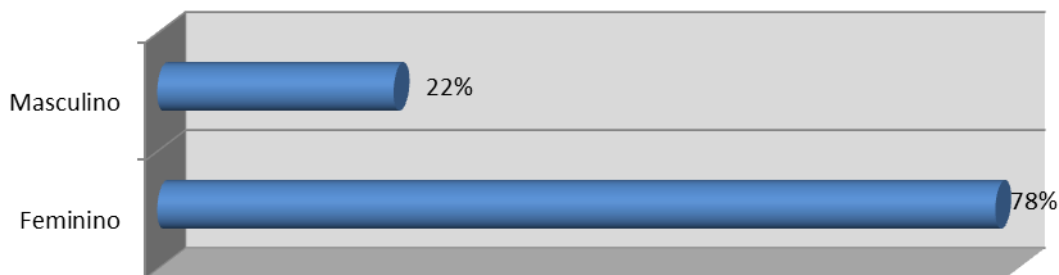
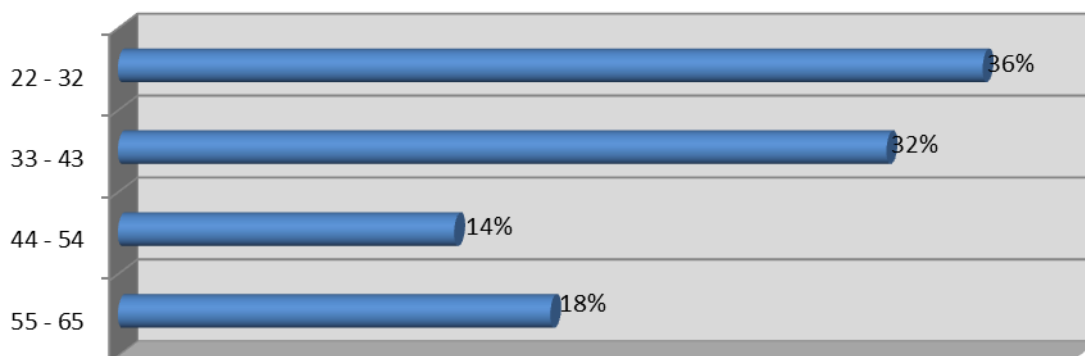


Gráfico 3 – Distribuição dos profissionais de saúde do distrito sanitário III segundo a faixa etária. João Pessoa-PB, 2011



Em estudo conduzido por Tomasi *et al.* (2008), no qual se buscou traçar o perfil sociodemográfico e epidemiológico dos profissionais da ABS, foi constatado que nas USFs da região Sul e Nordeste há predominância de profissionais do sexo feminino (em torno de 80%). Isso corrobora com os resultados do presente estudo. Igual constatação foi feita por Cotta *et al.* (2006), no município de Teixeira – MG, ao constatar que 57% da amostra do estudo era do sexo feminino.

Também foram convergentes com os resultados da presente investigação os resultados de Tomasi *et al.* (2008) e Cotta *et al.* (2006), no tocante à predominância de profissionais jovens com menos de 31 anos nas equipes de saúde da família.

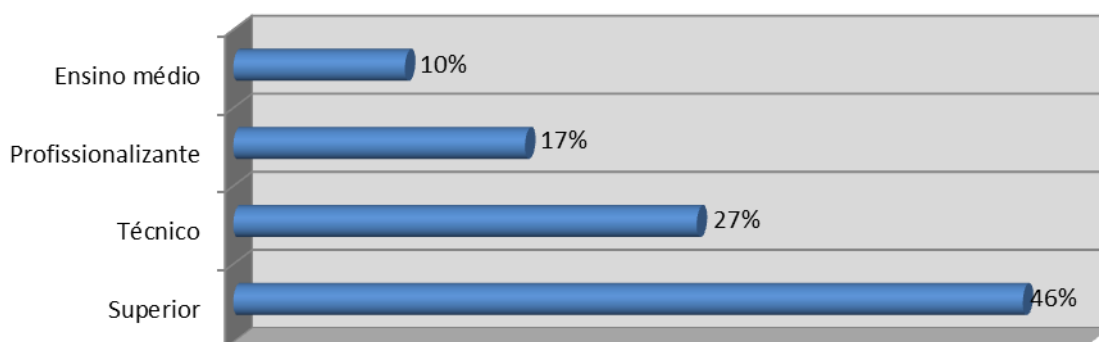
O impacto disso para o serviço prestado à população na ABS pode ter repercussões positivas, por um lado, e negativas, por outro.

O impacto negativo advém da falta de conhecimento prático para o enfrentamento de situações extraordinárias que podem surgir durante a prestação do serviço. Por outro lado, profissionais jovens podem figurar como um potencial de aprimoramento dos serviços

primários à saúde, uma vez que estes têm uma formação recente que se aproxima dos preceitos da estratégia de atenção básica.

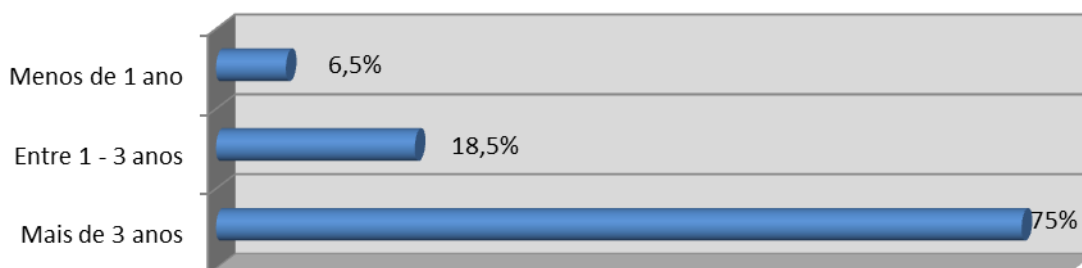
No que se refere à Escolaridade, a análise revelou que a maioria 46% dos profissionais das Unidades de Saúde da Família, especificamente no distrito sanitário III, tem ensino superior completo. Observou-se ainda que o campo de formação desses profissionais, além das ciências da saúde, engloba outras áreas. Porém, embora possuam capacitação superior, muitos continuam atuantes na Estratégia de Saúde da Família, em cargos de nível médio ou técnico.

Gráfico 4 – Distribuição dos profissionais de saúde do distrito sanitário III segundo a Escolaridade. João Pessoa-PB, 2011



Quanto ao intervalo de tempo desde a conclusão de seus respectivos cursos de graduação até os dias atuais, verifica-se que grande parte (75%) concluiu seu curso há mais de três anos, conforme demonstra o gráfico 5.

Gráfico 5 – Distribuição dos profissionais de saúde do distrito sanitário III segundo o tempo de formação. João Pessoa-PB, 2011



Esse resultado pode ter um impacto positivo para o serviço de saúde, visto que é possível que profissionais formados há mais de três anos tenham substancial carga de conhecimento prático aliado ao teórico. Por outro lado, isso potencialmente se configura

como uma variável negativa, tendo em vista que, quanto maior o período desde a sua última titulação até os dias atuais, maior a possibilidade de desatualização da formação profissional.

Nesse sentido, vale salientar que o tempo de formação tem relação direta com a necessidade de manutenção dos conhecimentos profissionais, com o intuito de mantê-los atualizados para, assim, sustentar a qualidade do serviço.

Ainda sobre a formação dos profissionais, 68,5% dos entrevistados possuíam alguma capacitação ou especialização na área de saúde e, destes, apenas 11% escolheram a área de saúde do idoso para se capacitar, conforme observado na tabela 1.

O estudo de Tomasi *et al.* (2008) apurou que 37% dos profissionais dos PSFs, da região por eles pesquisada, possuíam especialização. Essa discrepância, entre o presente estudo e o de Tomasi *et al.* (2008), talvez seja explicada por este último tratar exclusivamente do curso de pós-graduação lato sensu (especialização), sem incluir na investigação capacitação como modalidade de formação complementar.

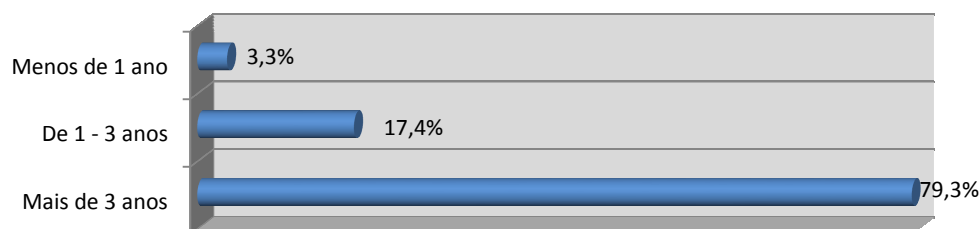
Tabela 1 – Distribuição dos profissionais das Unidades de Saúde da família do Distrito Sanitário III segundo a capacitação ou especialização. João Pessoa-PB, 2011

Não tem capacitação ou especialização na área de saúde		Tem capacitação ou especialização na área de saúde	
29 (31,5%)		Em saúde do idoso	Em outra área
		7 (11%)	56 (89%)
TOTAL	29 (31,5%)	63 (68,5%)	

Conforme se observa na tabela 1, há um número modesto de profissionais capacitados na área de saúde do idoso, o que, sem dúvidas, impacta na forma de prestação de serviço a essa população. No entanto, levando-se em conta que a ABS não se trata de um serviço especializado, é possível ponderar que seja natural uma formação mais plural, e até mesmo mais generalista, dos profissionais. De fato, nos relatos dos profissionais foi identificada a predominância de capacitação na área de saúde coletiva.

Quando questionados sobre o tempo de atuação no serviço de saúde, como um todo, verificou-se que 79,3% dos profissionais estão inseridos neste mercado a mais de três anos, como ilustra o Gráfico 6.

Gráfico 6 – Distribuição dos profissionais das unidades de saúde da família do distrito sanitário III segundo o tempo de atuação no serviço de saúde. João Pessoa-PB, 2011

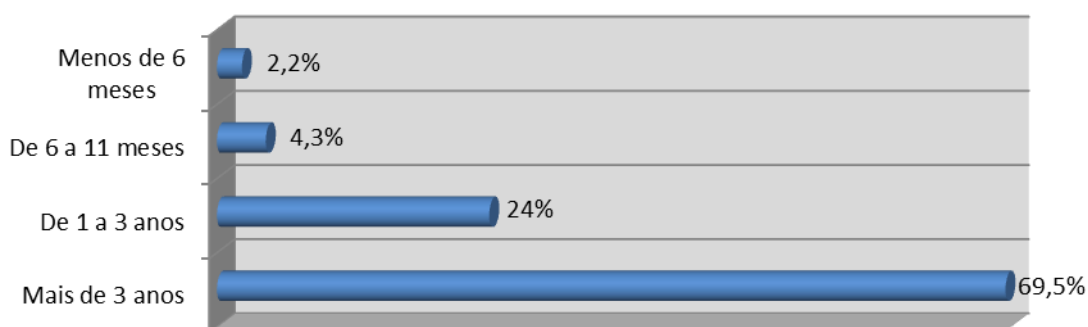


Vale salientar que a taxa do tempo de atuação em serviços na área de saúde, abordado nesse estudo, engloba todos os níveis de atenção que absorvem profissionais dessa área, por exemplo: rede hospitalar, rede de urgência e emergência e especializada. Desse modo, a vivência dos profissionais em outros níveis da rede assistencial do SUS agrega benefícios à atuação na atenção básica, à medida que estes profissionais estão mais aptos para lidar com situações de pouca saúde.

Por outro lado, a mesma carga de experiência pode trazer malefícios, quando edificada em preceitos que vão de encontro aos pilares da assistência na Atenção Básica. Um exemplo da possível influência danosa à qualidade do serviço, na atenção básica, é quando o profissional é oriundo da rede hospitalar, onde há maior foco na cura e reabilitação, diferindo da prevenção e promoção da saúde, características da ABS.

Há, no entanto, a variável Tempo de experiência na Estratégia Saúde da Família, para a qual a análise revelou que 69,5% dos profissionais estão atuantes a mais de três anos, caracterizando profissionais experientes neste programa de saúde pública (Gráfico 7).

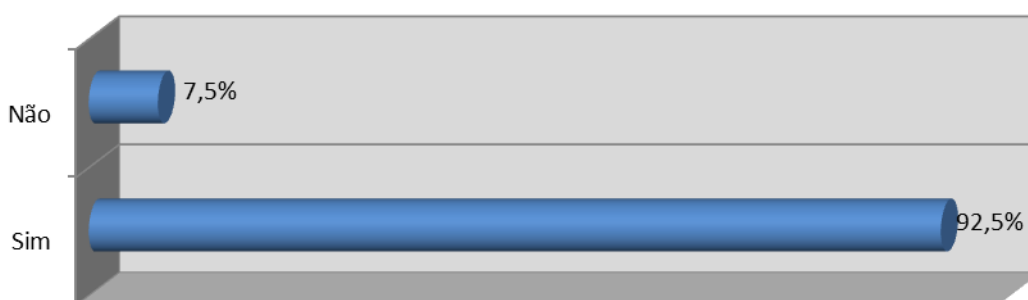
Gráfico 7 – Distribuição dos profissionais das unidades de saúde da família do distrito sanitário III segundo o Tempo de experiência na Estratégia Saúde da Família. João Pessoa-PB, 2011



Esse resultado traz contribuições positivas para o presente trabalho, visto que profissionais mais antigos do nível de Atenção Básica apresenta maior chance de conhecer o seu funcionamento. Dessa forma, poderão ter mais habilidade em responder os questionamentos dessa pesquisa, bem como em identificar vantagens e limitações do serviço.

De modo geral, a maioria dos profissionais (92,4%) não desempenha outra atividade remunerada além do trabalho da USF, situação esta visualizada no Gráfico 8.

Gráfico 8 – Distribuição dos profissionais das unidades de saúde da família do distrito sanitário III segundo a Atuação exclusiva no setor público. João Pessoa-PB, 2011



Esse resultado pode ser justificado pela carga horária de trabalho que os profissionais da ESF desempenham (40 horas semanais), que inviabiliza a dedicação a outra atividade remunerada.

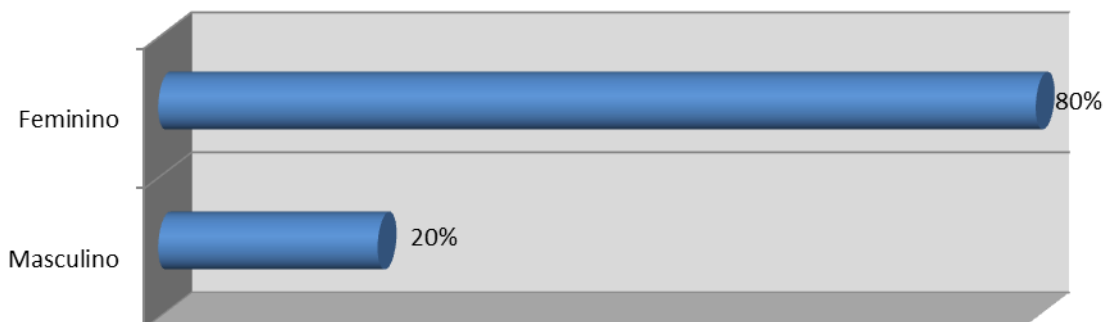
Com isso, aqui se encerra a análise descritiva dos perfis dos profissionais que compõem as equipes multiprofissionais de saúde visitadas no distrito sanitário III.

5.3 CARACTERIZAÇÕES DOS USUÁRIOS SEGUNDO OS DADOS SOCIOECONÔMICOS, DE ESCOLARIDADE E UTILIZAÇÃO DO SUS

Neste tópico serão apresentados e analisados, por meio de métodos estatísticos exploratórios, os dados segundo variáveis socioeconômicas, de escolaridade e de utilização dos serviços de saúde do SUS pelos usuários idosos do distrito sanitário III.

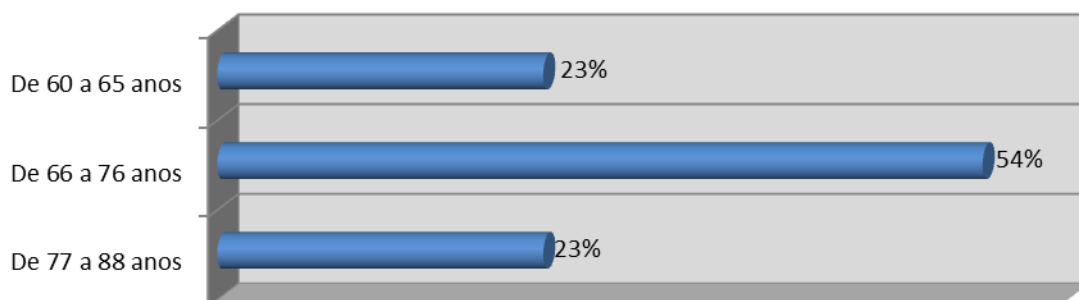
No que diz respeito ao sexo, à faixa etária e ao nível de escolaridade, os usuários idosos do distrito sanitário III são predominantemente do sexo feminino (80%), como mostra o Gráfico 11, e caracterizam-se por apresentarem idade entre 66 e 76 anos (54%) e por possuírem ensino fundamental (75,2%), conforme os gráficos 9 e 10.

Gráfico 9 – Distribuição dos usuários idosos do distrito sanitário III segundo a variável Sexo. João Pessoa-PB, 2011



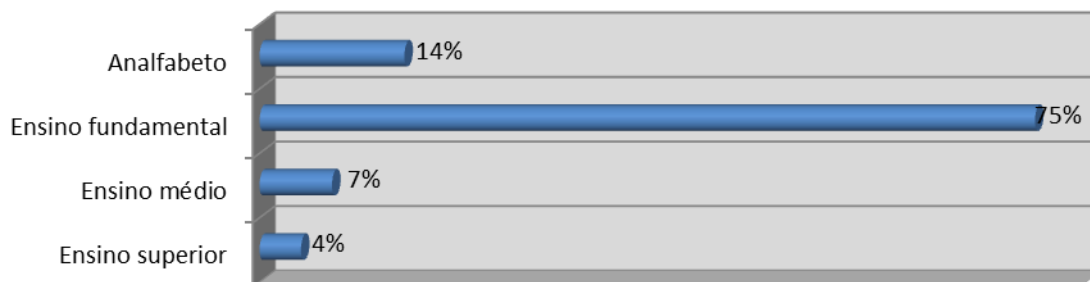
Corroborando com esse estudo, Camarano Kanso e Mello (2004) apontaram em seus estudos a tendência de feminização da população acima de 60 anos. Para os autores, o envelhecimento é uma questão de gênero, posto que uma análise desagregada da população idosa, pelos subgrupos de idade, aponta que essa tendência se acentua à medida que direciona-se o foco de análise às idades mais avançadas. Ainda segundo os mesmo autores, uma possível explicação desse fato aponta para mortalidade diferencial entre sexo, havendo maior mortalidade do sexo masculino.

Gráfico 10 – Distribuição dos usuários idosos do distrito sanitário III segundo a Faixa etária. João Pessoa-PB, 2011



Outra pesquisa realizada por Camarano e Kanso (2009) revelou que a faixa etária predominante entre os idosos brasileiros é de 60 a 64 anos. De forma distinta aos resultados desses autores, este estudo mostrou que no município de João Pessoa a faixa etária predominante é de 66 a 76 anos. Esse resultado pode ser atribuído ao fato de que a cidade atrai grandes contingentes de idosos, que migram em busca de melhor qualidade de vida, contribuindo para que a cidade ocupe o posto de segunda capital no *ranking* nordestino em numero de idosos.

Gráfico 11 – Distribuição dos usuários idosos do distrito sanitário III segundo a Escolaridade. João Pessoa-PB, 2011



O perfil dos idosos do presente trabalho, quanto à escolaridade, corrobora com outras pesquisas já realizadas, Cotta *et. al.* (2005) apontaram em suas pesquisas que 54,7% dos idosos assistidos na ESF do Município de Teixeira-MG, local da sua investigação, referiram ter estudado quatro anos apenas, ou seja, ter ensino fundamental incompleto. A diferença de quase 20% entre o resultado dessa pesquisa e o estudo de Cotta e seus colaboradores, pode ser atribuído as condições sociais distintas que as regiões Sul e Nordeste apresentam.

Diversos autores observaram associação entre o grau de escolaridade e a satisfação com os serviços oferecidos, isto é, um menor grau de escolaridade tende a emitir menos juízos de valor e ser mais complacente com os serviços de saúde recebido (López *et. al.*, (1994); Rodríguez *et. al.*, 2002). Com isso, atenta-se para o fato da tendência por parte dos usuários de classes sociais menos favorecidas de avaliar positivamente os serviços que lhe são prestados (COTTA *et. al.*, 2005).

No que se refere à habitação, como ilustra os Gráficos 12 e 13, a maioria dos usuários (75%) mora em casa própria e, predominantemente, residem com 1 a 3 pessoas (44,9%), seguido da taxa significativa de idosos (33,1%) que moram com 4 a 6 pessoas.

Gráfico 12 – Distribuição dos usuários idosos do distrito sanitário III segundo o Tipo de moradia. João Pessoa-PB, 2011

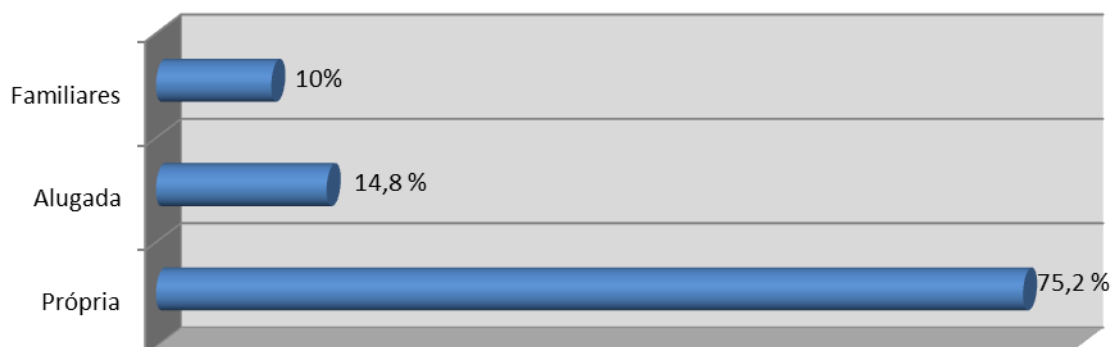
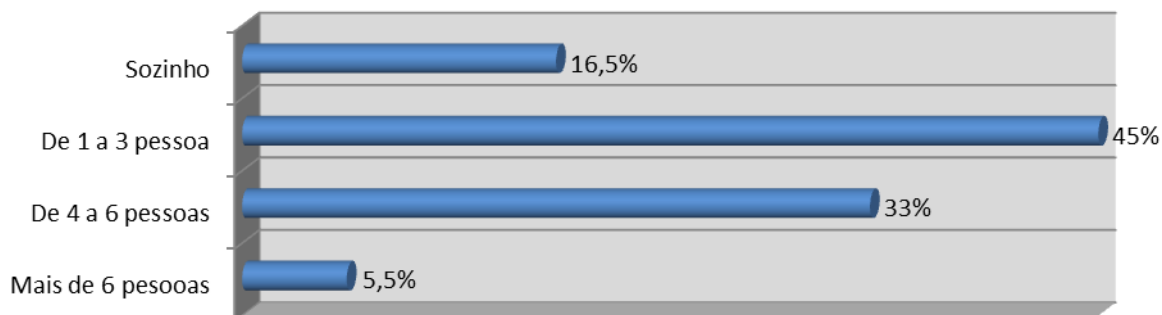


Gráfico 13 – Distribuição dos usuários idosos do distrito sanitário III segundo o Número de pessoas na casa onde mora. João Pessoa-PB, 2011

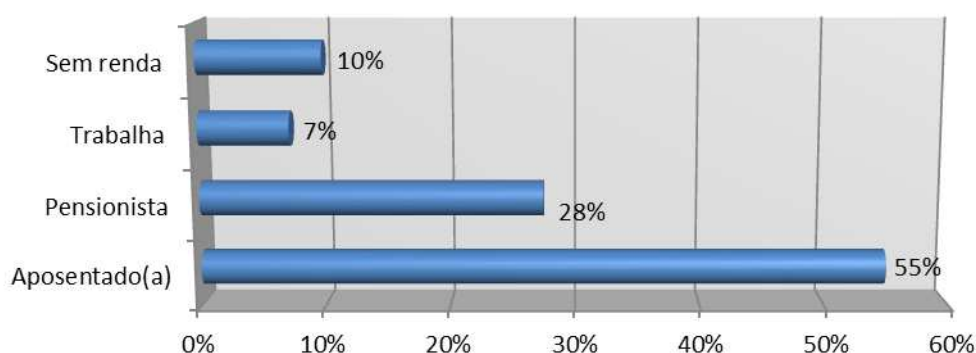


Por se tratar de bairros populares do município de João Pessoa, com grande densidade demográfica, já se esperava que nesse estudo o número de habitantes por residência fosse elevado. Por um lado, essa situação pode ser vista como um fator positivo a saúde do idoso e, por outro, como negativo. O impacto positivo se refere ao apoio familiar e social recebido pelo idoso quando ele não vive sozinho. Já o negativo pode surgir nos casos em que a aposentadoria é a única ou principal fonte de renda familiar.

Além disso, a influência da baixa renda é apontada como um fator ligado ao aumento das complicações crônicas de saúde, estabelecendo-se um ciclo vicioso entre esses dois fatores. Quanto menor a renda familiar do idoso, maior o acometimento dos mesmos por doenças crônicas, sendo a recíproca também verdadeira, segundo Mendes (2011).

Quanto à variável ocupação, como observado no gráfico 14, a análise revelou que 55% dos usuários idosos do distrito sanitário III são aposentados, seguida de uma taxa de 28% de pensionistas. Observou-se ainda que apenas 7% não contribuem com a renda familiar e poucos (10%) são economicamente ativos.

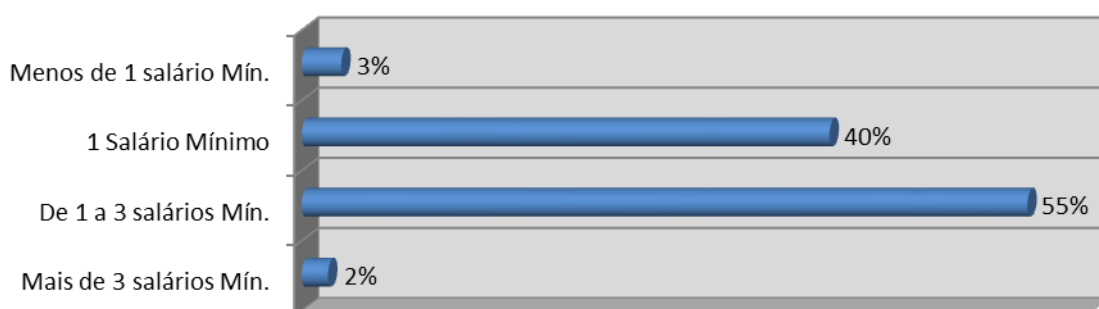
Gráfico 14 – Distribuição dos usuários idosos do distrito sanitário III segundo a Ocupação. João Pessoa-PB, 2011



Em concordância com esse resultado, Camarano *et.al.* (2004), afirmaram em seus estudos que a maioria (53%) dos idosos entrevistados trabalhava apenas no lar ou era aposentado. A desocupação do idoso pode se figurar como potencial fator no desenvolvimento de doenças relacionadas ao desestímulo e à sensação de inutilidade. O desenvolvimento dessas moléstias, a exemplo da depressão, vai depender do modo de vida que o idoso leva e da sua procura por acompanhamento de saúde, influenciando diretamente na qualidade de vida do mesmo.

Quanto à renda, os usuários se caracterizam por apresentarem renda familiar de 1 a 3 salários mínimos (55%), seguida de uma parcela significativa (40%) de idosos que possuem renda familiar de apenas um salário mínimo, como ilustra o gráfico 15.

Gráfico 15 – Distribuição dos usuários idosos do distrito sanitário III segundo a renda familiar. João Pessoa-PB, 2011



Percebeu-se, mediante os relatos dos usuários idosos, que a aposentadoria, por eles recebida, correspondia à principal fonte de renda familiar. Com isso, as finanças pessoais dos idosos, que potencialmente poderiam ser utilizadas para o provimento do bem-estar, aquisição de medicamentos e investimento em atividades de entretenimento fica comprometida. Essa realidade implica diretamente no estado de saúde/doença do indivíduo idoso, uma vez que, nessa situação, há o risco do mesmo vir a ser privado de condições mínimas de subsistência (alimentação, moradia, medicação).

Quando investigado sobre o uso de serviços de saúde privados e a respeito da utilização dos serviços do SUS, 82,6% dos usuários alegaram não possuir plano de saúde e dependerem exclusivamente do Sistema Público de Saúde. Outros 17,4% dos entrevistados afirmaram ter plano de saúde privado, mas apesar disso, a maioria faz uso de algum serviço da rede de assistência do SUS, principalmente do nível primário de atenção.

Tabela 2 – Distribuição dos usuários idosos do distrito sanitário III segundo o Plano de saúde. João Pessoa-PB, 2011

Tem plano de saúde	
Sim	Não
19 (17,4%)	90 (82,6%)
TOTAL:	109 (100%)

O principal fator, relatado pelos idosos, como determinante para a busca por serviços de saúde privados foi o não atendimento das suas necessidades de saúde por meio dos serviços do SUS. Os idosos que afirmaram possuir planos de saúde alegaram que, apesar de não ter condições financeiras confortáveis para tal, recorreram ao mecanismo porque sentiam falta de apoio dos serviços do SUS, incluso da ABS, em momentos de pouca saúde. Sobre a rede privada de saúde, o Ministério da Saúde prevê que essa deve ser uma complementar às redes assistenciais do SUS, e não substitutivas a ele (BRASIL, 2009).

Quando investigado sobre a utilização dos serviços ofertados na rede do SUS, 94,5% dos usuários idosos declararam recorrer ao SUS. Dentre os 109 usuários entrevistados apenas 6 relataram não buscar assistência no sistema público de saúde. A tabela 3 mostra esse resultado.

Tabela 3 – Distribuição dos usuários idosos do distrito sanitário III de acordo com a utilização do SUS. João Pessoa-PB, 2011

Faz uso do SUS	
Sim	Não
103 (94,5%)	6 (5,5%)
TOTAL:	109 (100%)

Dentre os usuários entrevistados que afirmaram não utilizar o SUS, quatro não possuíam plano de saúde, sendo os outros dois portadores de convênio de assistência privada. Diferentemente do que se esperava, os idosos que possuíam plano de saúde relataram fazer uso da rede assistencial do SUS, principalmente para acompanhamento na ESF, com exceção de dois usuários.

5.4 ANÁLISE QUALITATIVA DAS ENTREVISTAS COM OS GESTORES

Nesta seção serão apresentadas as informações gerenciais de comunicação, organização, bem como sobre o processo de tomada de decisão no planejamento e oferta de serviços de saúde à população idosa na atenção básica do município de João Pessoa-PB, especificamente no distrito sanitário III.

Como mostra o Quadro 3, quando investigado sobre os serviços específicos à saúde do idoso oferecidos na estratégia de saúde da família, 60% dos gestores afirmaram que os programas são direcionados a população, de forma geral, e que os idosos estão incluídos em todas as ações de assistência à saúde que a unidade dispõe. Porém, não há uma programação diferenciada e específica ao idoso, o que geralmente ocorre é que alguns programas têm na maior parte da sua clientela as pessoas idosas, por ser a população mais acometida pela condição em questão, como é o caso do programa Hiperdia e diabetes em que a maior parte dos usuários assistidos são idosos.

Quadro 3 – Distribuição das Unidades de Registro (UR), Unidades de Significância (US) e Categorias (C), segundo a percepção dos gestores sobre os serviços direcionados ao idoso na ESF do município de João Pessoa-PB, 2011

UR	US	%US	C	%C
<i>“Tudo que é oferecido aos demais usuários”</i>	São os mesmos para todos	n=3 60%	O idoso tem a mesma assistência que qualquer outro usuário.	n=3 60%
<i>“É atendido dentro do cronograma da unidade, idoso tem prioridade”</i>				
<i>“Grupo de convivência, ações de lazer e educação física”</i>	Além do cronograma da equipe, a unidade oferece atividade específicas ao idoso	n=2 40%	O idoso tem assistência diferenciada.	n=2 40%
<i>“Atendimento integral a saúde do idoso”</i>				
	TOTAL	N=5 100%	TOTAL	N=5 100%

A seguir estão algumas falas, retiradas do discurso dos entrevistados, que corroboram com a unidade de registro de maior frequência à cima citada.

UR (1): *“Tudo que é oferecido para os demais usuários também está disponível ao idoso, todos os outros cuidados englobam o idoso”.*

UR (2): *“As ações giram em torno da promoção da saúde, perpassa as demais áreas temáticas. Na saúde da mulher tem o citológico, na saúde do homem - a prevenção do câncer de próstata, tem o programa de hipertensão e diabetes..., entre outros”.*

UR (3): “O idoso é acompanhado e tem prioridade em todos os serviços, ele é acolhido e faz todo o acompanhamento dentro da programação da unidade”.

Após investigar quais serviços são direcionados a população idosa na atenção básica, houve a necessidade de conhecer como é realizada a programação e a quem compete a decisão de quais atividades serão desenvolvidas e ofertadas.

De acordo com o Ministério da Saúde (2006) é recomendado que cada equipe, responsável por seiscentas a mil famílias residentes em área geográfica delimitada, conheça as famílias do seu território de abrangência e, além disso, identifique os problemas de saúde e as situações de risco existentes na comunidade, elabore programações de atividades para enfrentar os determinantes do processo saúde/doença, desenvolva ações educativas e intersectoriais relacionadas aos problemas de saúde identificados e preste assistência integral às famílias sob sua responsabilidade no âmbito da atenção básica.

Em concordância com o Ministério da Saúde, conforme se observa no quadro 4, por meio do relato dos gestores foi possível compreender que as ações direcionadas ao idoso na ESF são planejadas e ofertadas por cada equipe de saúde da família, de forma independente. Cada unidade se baseia na realidade e necessidades locais para programar e implementar ações. Alguns relatos que corroboram com o resultado exposto podem ser destacados: UR (1) “As equipes fazem a programação considerando a necessidade, mas estimulamos a criação dos grupos de convivência, exercício físico, trabalhos intergeracionais...”, As ações não são colocadas pela secretaria de saúde”; UR (2) “As ações não são direcionadas a partir da área técnica, são diferentes em cada unidade de acordo com as características de cada território”.

Quadro 4 – Distribuição das Unidades de Registro (UR), Unidades de Significância (US) e Categorias (C), segundo a percepção dos gestores quanto a programação das ações direcionadas ao idoso na ESF do município de João Pessoa-PB, 2011

UR	US	%US	C	%C
“É oferecido ao idoso o que o ministério da saúde preconiza”	As atividades são programadas e direcionadas ao município a partir de um órgão superior.	n=2 40%	As ações são direcionadas pela Secretaria de saúde.	n=2 40%
“Geralmente a área temática, da secretaria de saúde, faz as programações e dispõem no município todo”				
“Cada equipe faz sua programação, de acordo com a necessidade da área”	As atividades ofertadas ao idoso são programadas e executadas por cada equipe de forma independente, considerando a necessidade local.	n=3 60%	A programação é feita pela USF.	n=3 60%
“As atividades oferecidas dependem das características de cada unidade, não são direcionadas pela secretaria”				
	TOTAL	N=5 100%	TOTAL	N=5 100%

Entretanto, apesar das ações serem planejadas por cada unidade, a equipe de saúde da família não é a única responsável pela programação de saúde. No município de João Pessoa – PB, embora a programação das atividades de saúde do idoso seja realizada pelas USF, existe uma comunicação entre a unidade, distrito sanitário e secretaria de saúde. Após a identificação das necessidades locais, a unidade de saúde planeja as atividades de enfrentamento, respeitando as normas e pactuações do serviço, e comunicam ao distrito sanitário e secretaria de saúde, por meio dos apoiadores, a intenção de implantação da ação. O distrito e, em casos mais complexos, a secretaria de saúde, analisam a viabilidade da ação e conforme seja possível, apoia e incentiva a iniciativa.

Em consonância, Giovanella *et. al.* (2008) afirmam que no SUS, de forma geral, a garantia de atenção em saúde é de responsabilidade da administração municipal e que cabe aos gestores dos sistemas locais a responsabilidade em seu território pela organização e execução das ações de saúde em unidades de saúde próprias.

Em complemento, para a programação de ações na ESF, é necessário que sejam definidos mecanismos de articulação para que não haja conflitos entre as metas, recursos e os tempos nos quais se pretendem realizar as atividades. Ademais, é preciso que sejam conhecidas e pactuadas as normas, regulamentos e rotinas que serão adotados visando assegurar o desempenho da equipe e conferir direcionamento às ações (FEKETE, 2010).

Nesse sentido, foi investigado como se dá a comunicação das necessidades locais, das unidades de saúde, com a gestão de saúde do município. O estudo revelou que há uma comunicação entre as equipes de saúde e o distrito sanitário, e que esse, por sua vez, repassa as informações para a secretaria de saúde. No Quadro 5 são visualizadas estas informações.

Quadro 5 – Distribuição das Unidades de Registro (UR), Unidades de Significância (US) e Categorias (C), segundo a percepção dos gestores quanto a comunicação das necessidades locais, das unidades, com os gestores do município de João Pessoa-PB, 2011

UR	US	%US	C	%C
“Por intermédio dos distritos sanitários”	As equipes se comunicam semanalmente com os distritos sanitários, por intermédio dos apoiadores nas reuniões matriciais, e o distrito repassa as necessidades para a secretaria de saúde.	n=5 100%	A comunicação acontece respeitando o fluxo unidade - distrito sanitário - secretaria de saúde.	n=5 100%
“Apoiadores”				
“Apoio matricial do núcleo NASF”				
“Reuniões matriciais”				
	TOTAL	N=5 100%	TOTAL	N=5 100%

Como observado no quadro anterior, 100% dos gestores apontaram para um mesmo desfecho, a seguir estão expostos recortes das falas que corroboram com a US de mais frequência.

UR (1): *“Tem ações que as unidades de saúde da família procuram diretamente a sede, mas, o fluxo realmente que é pra ocorrer na secretaria municipal de João Pessoa é a unidade de saúde procurar o distrito sanitário, falar das suas demandas, necessidades ou informações, e o distrito entrar em contato com a sede.”*

UR (2): *“Essa comunicação acontece tanto em lócus, como também através do apoio matricial, os apoiadores, a gente se encontra toda semana nas reuniões de matriciamento. Os matriciamentos acontecem nos distritos sanitários todas as quintas-feiras, à tarde, a agente do DAS também participa dessas reuniões. Então, as necessidades sempre veem das unidades de saúde, através do apoiador, para o distrito e deste para a área técnica da secretaria de saúde. Caso a necessidade seja muito grande, mais urgente, ela vem por telefone mesmo, direto da unidade ou do distrito para a área técnica”.*

UR (3): *“Temos dois apoiadores por unidade, eles é que fazem a interlocução com o distrito sanitário, que nos traz a informação”.*

UR (4): *“Através das reuniões matriciais, eles avisam o que está acontecendo. Também por telefone, eles ligam e a gente [secretaria de saúde] já resolve o que for possível”.*

Em consonância com o resultado obtido, em que os gestores apontam para a o Distrito Sanitário como elo de comunicação entre o serviço e a gestão municipal, Paim (2008) coloca que o Distrito Sanitário é uma unidade operacional e administrativa mínima do sistema de saúde, organizada para resolver a maior quantidade possível de problemas de saúde em sua delimitação geográfica e comunicar-se com a gestão municipal. Segundo o autor, a distritalização não se restringe a um recorte arbitrário do espaço urbano ou à instalação de uma instância burocrática, ela contempla uma política definida, a saber: uma rede de serviços de saúde, equipamentos comunitários, participação da comunidade e impacto epidemiológico, tudo direcionado para atender às necessidades locais e oferecer melhor assistência a população.

Foram analisadas também quais as variáveis que, segundo os gestores, interferem na qualidade da assistência à saúde do idoso no nível da atenção básica. As opiniões foram bem homogêneas, apontando duas categorias igualmente mencionadas, como mostra o quadro 6.

Quadro 6 – Distribuição das Unidades de Registro (UR), Unidades de Significância (US) e Categorias (C), segundo a percepção dos gestores Quanto às variáveis que interferem na qualidade de atenção a saúde do idoso na ESF do município de João Pessoa-PB, 2011

UR	US	%US	C	%C
“Presença do médico na equipe de saúde da família”	Presença do médico	n=1 20%	A infra-estrutura da unidade e a presença do médico na equipe são fundamentais.	n=2 40%
“Ambiente físico da unidade”	Estrutura e acessibilidade da unidade	n=1 20%		
“Acessibilidade da unidade”				
“Atenção e carinho dos profissionais ao receber o idoso”	Atenção e respeito ao idoso	n=1 20%	A relação interpessoal, entre equipe e o idoso, interfere na qualidade da assistência.	n=2 40%
“Respeito da equipe de saúde”				
“Bom acolhimento”	Forma de receber o usuário na USF	n=1 20%		
“Escuta das necessidades”				
”Situação sócio-econômica do usuário”	Renda e presença da família	n=1 20%	A situação familiar e financeira do idoso é um determinante na qualidade de assistência em saúde.	n=1 20%
“Atenção familiar”				
	TOTAL	N=5 100%	TOTAL	N=5 100%

As falas a seguir ilustram as categorias com maior frequência mencionadas, trata-se de recortes das entrevistas realizadas com os gestores que apóiam as unidades de registros indicadas.

1ª categoria

UR (1): *“Acho que quando a gente chega a uma unidade de saúde que é acanhadinha, vai ficando mais doente. Então, a estrutura e o ambiente físico interferem na qualidade do atendimento..., ao chegar a uma sala de espera e não ter uma cadeira confortável, vem uma cadeira de plástico que agente vê a hora de cair, agente fica mais doente.”*

UR (2): *“A presença do médico na equipe interfere na qualidade de assistência, claro, e pra melhor.”*

UR (3): *“A presença do médico é fundamental, as pessoas se sentem mais seguras quando conseguem falar com ele, saem satisfeitas, nem que seja pra o médico revalidar uma informação previamente dada.”*

2ª categoria

UR (1): *“Acolhimento é fundamental, a gente sabe que as pessoas não estão preparadas para acolher, embora sempre estejamos trabalhando com capacitações. Os profissionais ainda veem os idosos como aquela pessoa teimosa e impaciente não tem ainda um olhar mais social e humanizado.”*

UR (2): *“Um bom acolhimento influencia de mais, pois se o idoso for a unidade e não for bem recebido e atendido direito, ele não volta mais no posto.”*

UR (3): *“O idoso, às vezes, vai numa equipe de saúde pra ser escutado e não atrás de médico. Quer atenção praquela queixa de dor de cabeça, de mal estar, que não é patologia e sim uma queixa pela questão do isolamento, de negligência e da falta de escuta. Se não escuta esse idoso, o perde por falta de acolhimento.”*

Colaborando com os gestores, Barqueiro e Oliveira (2000) afirmam que a relação interpessoal no âmbito da saúde é particularmente forte e decisiva para a eficácia da assistência. Um relacionamento inadequado entre profissional e usuário pode afastar o idoso do seu tratamento, bem como dificultar o acompanhamento de sua saúde pela equipe multiprofissional.

A infraestrutura da unidade também é apontada, pelos gestores, como um fator influente na qualidade de assistência da pessoa idosa. Em consonância, o ministério da saúde aponta que a UBS deve ser compatível com as atividades desenvolvidas pela equipe, bem como adequada para receber a população por demanda espontânea, dessa forma poderá dar resposta às necessidades de saúde a população de sua área de abrangência. Os espaços apropriados a realidade local e ao quantitativo da população assistida, viabilizam a continuidade da assistência e aumentam a possibilidade de satisfação do usuário, visto que ele se sente mais confortável na unidade de saúde enquanto espera seu atendimento. Além disso, a infraestrutura da unidade e a disposição de insumos estão intimamente ligadas ao bom atendimento, pois não há como dispor de serviços qualificados quando não existe suporte adequado que subsidie o trabalho.

Outro elemento citado como importante foi a presença do médico na equipe de saúde da família. Em concordância, Giovanella *et. al.* (2008) afirmam que esse profissional é imprescindível como membro da equipe de saúde da família, visto que cada componente da equipe tem papel fundamental na assistência à população. Ao médico compete a resolução de problemas clínicos de baixa e média complexidade, evitando congestionamento desnecessário nos demais níveis de atenção, o encaminhamento do usuário à rede especializada ou hospitalar, quando necessário, e o acompanhamento domiciliar daqueles que não podem se locomover até as instituições de saúde. Contudo, a ausência desse profissional na equipe de saúde da família, coloca a continuidade da assistência em risco.

No que se refere à base de informação, que subsidia as decisões, e sobre o processo de tomada de decisão no âmbito da saúde do idoso, foi perguntado aos gestores sobre a existência de um sistema de informação que agrega os dados sobre a população idosa do

município de João Pessoa-PB. A Organização Mundial da Saúde define Sistema de Informação em Saúde (SIS) como um mecanismo de coleta, processamento, análise e transmissão da informação necessária para se planejar, organizar, operar e avaliar os serviços de saúde.

O estudo revelou que não há um sistema de informação, 100% dos gestores afirmaram que acesso às informações ainda é limitado e encontram-se fragmentadas, restringindo-se às temáticas abordadas por outros bancos de dados dispostos por faixas etárias. Embora haja um projeto de construção de um sistema dessa natureza, a gestão municipal ainda não dispõe de ferramentas que agrupem os dados dessa população a fim de subsidiar a execução de estudos, bem como o planejamento e avaliação das ações voltadas ao idoso. Uma das dificuldades apontadas pelos gestores, na construção de um banco de dados, é a falta de ações específicas ao idoso, o que inibe a formação de um sistema particular - UR (1): *“Não, próprio do idoso ainda não, estamos lutando pra construir. É muito difícil fazer um acompanhamento porque as ações não são específicas do idoso.”*; UR (2): *“Não, temos os sistemas de informação normais onde podemos filtrar pela faixa etária. O que temos aqui é uma relação dos grupos de convivência, onde eles funcionam apenas”*; UR (3): *“Não, nós temos uma fragilidade muito grande, não só no município mais a nível nacional. As informações encontram-se muito fragmentadas, misturadas dentro de um universo amplo de dados de saúde”*. O quadro 7, demonstra o resultado obtido.

Quadro 7– Distribuição das Unidades de Registro (UR), Unidades de Significância (US) e Categorias (C), segundo a percepção dos gestores quanto ao sistema de informação local sobre a saúde do idoso do município de João Pessoa-PB, 2011

UR	US	%US	C	%C
<i>“As informações encontram-se fragmentadas”</i>	Não existe um sistema de informação sobre a saúde do idoso no município.	n=5 100%	Não há Sistema de Informação (SI)	n=5 100%
<i>“As informações são limitadas”</i>				
<i>“As informações não estão aglutinadas em um mesmo banco de dados”</i>				
TOTAL		N=5 100%	TOTAL	N=5 100%

Segundo Campos *et. al.* (2009), como em qualquer outra atividade, no setor saúde a informação deve ser entendida como um redutor de incertezas, um instrumento para detectar focos prioritários, levando a um planejamento responsável e a execução de ações de que condicionem a realidade às transformações necessárias. O planejamento é um processo de tomada de decisões que, com base na situação atual, visa a determinação de providências a

serem tomadas objetivando atingir uma situação futura desejada. Portanto, trata-se de um elemento essencial na gestão e na tomada de decisão em saúde.

Entretanto, quando investigado sobre a base de informação que apóia as decisões sobre a saúde do idoso no município, o estudo observou que, apesar do esforço da gestão municipal, não existe uma base de informação consistente que subsidiem o processo de tomada de decisão no âmbito da saúde do idoso. As informações em que os gestores se apóiam para planejar e implantar ações, são advindas das reuniões matriciais (realizados nos distritos sanitários), que abordam cada problema encontrado nas unidades, ou por meio da ouvidoria municipal, que coleta reclamações e necessidades da população assistida.

Em concordância com os gestores, o apoio matricial visa dar suporte técnico especializado e multidisciplinar, tanto em nível assistencial quanto técnico-administrativo, promovendo a comunicação, a construção compartilhada, somando conhecimentos e contribuindo com intervenções que aumentem a capacidade resolutiva de casos individuais, familiares e/ou comunitários (CAMPOS *et. al.*, 2007).

O quadro 8 ilustra os resultados dessa investigação, posteriormente encontra-se recortes das falas dos gestores que confirmam as unidade de registro apresentadas com maior frequência no quadro.

Quadro 8 – Distribuição das Unidades de Registro (UR), Unidades de Significância (US) e Categorias (C), segundo a percepção dos gestores quanto à base de informação que apóia o processo de tomada de decisão no município de João Pessoa-PB, 2011

UR	US	%US	C	%C
<i>“Tem indicadores que embasam as decisões”</i>	Existem indicadores	n=1 20%	Existem indicadores que servem de parâmetro para apoiar o processo de tomada de decisão.	n=1 20%
<i>“Quando há necessidade, discutimos, avaliamos e operamos”</i>	Discussões entre os gestores	n=2 40%	Não existe um sistema de informação de apoio a tomada de decisão na assistência a saúde do idoso.	n=4 80%
<i>“Base de informação, não”</i>				
<i>“As decisões passam pelo controle social”</i>	Participação social	n=1 20%		
<i>“As informações chegam por meio dos matriciamentos ou da reclamação dos usuários, então resolvemos”</i>	Apoiadores e ouvidoria fornecem informações para a decisão	n=1 20%		
	TOTAL	N=5 100%	TOTAL	N=5 100%

UR (1): *“Não, as informações chegam através das reuniões matriciais e até por reclamação da ouvidoria e a gente vai fazendo o acompanhamento e procurando saber o que está acontecendo, o que for preciso a gente senta e resolve.”;*

UR (2): *“Não, as decisões são tomadas a partir das necessidades do território, havendo necessidade a gente avalia e é operado.”;*

UR (3): *“Dentro da política municipal de atenção a pessoa idosa algumas diretrizes tem que ser tomadas, mas elas têm que ser ouvida e discutida. Toda proposta ligada ao idoso, ou qualquer faixa etária, é levada pra o controle popular, para a participação social. A idéia vai crescendo e ela só acontece se tiver uma base, essa base é ouvir os conselhos, os idosos... , caso contrário, essa proposta vai se evaporar”.*

Em razão dos riscos e das incertezas que envolvem o processo de tomada de decisão no âmbito da saúde, cada vez mais os decisores têm encontrado dificuldade em realizar escolhas entre um conjunto de possibilidades (KLEINDORFER, 2001). Para tanto, torna-se importante a construção de uma base de informação, que subsidie a análise do problema, bem como de um modelo de decisão que permita auxiliar o gestor/ profissional no sentido de adotar estratégias efetivas, no que se refere à assistência à população idosa.

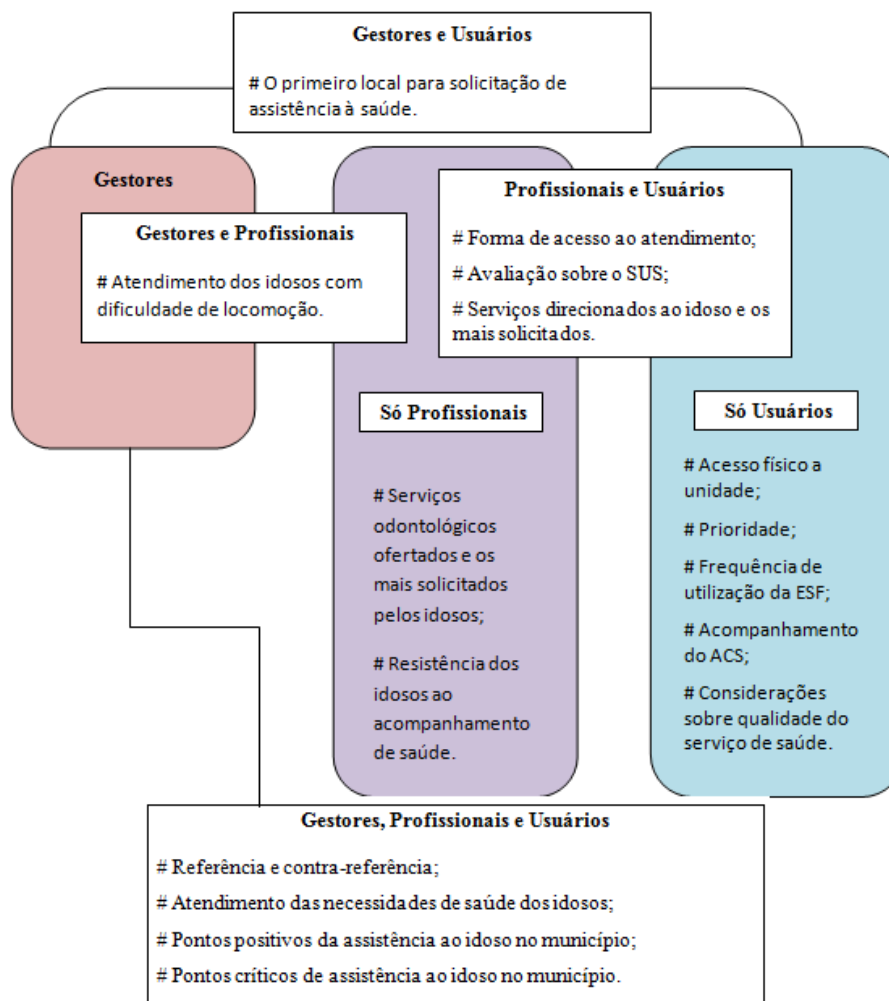
Nesse sentido, os gestores da saúde do município de João Pessoa devem ficar atentos para a coleta de informações confiáveis, a construção de base de dados consistente, a adoção de mecanismos de análise e o desenvolvimento de um modelo de decisão. Ademais, torna-se necessário a criação de mecanismo de avaliação da efetividade da decisão tomada. Com isso torna-se mais fácil, e mais efetivo, o processo decisório, o que implica numa maior oferta de serviços adequados, bem como possibilita o atendimento das reais necessidades da população idosa, premissas fundamentais para o alcance da integralidade da assistência.

5.5 ANÁLISE QUALITATIVA DO DISCURSO DOS GESTORES, PROFISSIONAIS E USUÁRIOS

Nesta seção serão descritos os dados segundo o discurso dos gestores, profissionais e usuário, analisando-os por meio da análise de conteúdo bem como realizando o confronto entre os relatos observados sobre as questões investigadas nas três categorias mencionadas. Além disso, será apresentada uma apreciação crítica da literatura sobre os achados da análise.

Para melhor visualização das questões analisadas, e das respectivas categorias envolvidas em cada discussão, está o esquema a seguir (Figura 4).

Figura 4 – Esquema didático da análise qualitativa entre os gestores, profissionais e usuários



Em relação ao acesso aos diferentes serviços de saúde, o Ministério da Saúde preconiza que esse deve se dar por meio da atenção básica que é a porta de entrada para os serviços de saúde do SUS. Segundo Giovanella *et. al.* (2008), o primeiro atributo da atenção primária é constituir como serviço de primeiro contato, porta de entrada do sistema de saúde, que deve ser procurado regularmente pelo usuário a cada vez que for necessário, incluindo a atenção em casos de adoecimento e o acompanhamento rotineiro à saúde.

Complementando, os sistemas integrados de saúde em que o clínico geral atua como porta de entrada obrigatória, na qual se inclui a atenção básica, são reconhecidos como menos onerosos e mais aptos a conter a progressão dos gastos ambulatoriais (STARFIELD, 2002).

Em consonância com os autores citados, os gestores afirmaram que o acesso aos serviços de saúde no município de João Pessoa deve acontecer preferencialmente por meio da atenção básica, como observado no Quadro 9.

Quadro 9 – Distribuição das Unidades de Registro (UR), Unidades de Significância (US) e Categorias (C), segundo a percepção dos gestores quanto ao acesso do idoso aos serviços de saúde no município de João Pessoa-PB, 2011

UR	US	%US	C	%C
“É atendido em qualquer lugar que for”	O acesso pode-se dar a partir de qualquer nível de atenção.	n=1 20%	Não há fluxo definido	n=1 20%
“Acolhimento na ESF”	O acesso deve ser por meio da atenção básica.	n=4 80%	A ABS deve ser a porta de entrada dos serviços de saúde	n=4 80%
“Acompanhamento na atenção básica”				
“A escuta qualificada na ESF identifica as necessidades”				
“Unidade de saúde da família é a porta de entrada”				
TOTAL		N=5 100%	TOTAL	N=5 100%

A seguir pode-se observar a expressão de alguns gestores que confirmam a categoria de maior frequência apresentada no quadro.

UR (1): “O acesso deve ser igualitário e equitativo, principalmente ao idoso, temos que refletir diante das diretrizes do SUS. O sistema de saúde tem os graus de atenção, ele tem que entrar pela atenção primária, a gente tenta preservar e fazer com que isso seja realmente validado. Tentamos acolher da melhor forma para que ele saia com a resposta do que ele veio procurar”.

UR (2): “Esse acesso a saúde acontece na porta de entrada do atendimento, que é a unidade de saúde da família. Não tem como ele ser atendido se ele não passa numa unidade básica. E até tem, se ele está em casa, a situação agravou, então ele procura um hospital mais a unidade vai ser avisada disso e o ACS vai lá saber o que houve”.

UR (3): “A gente nunca deixa o idoso solto, se ele é atendido no CAISI, teve o acompanhamento assistencial, tudo bem. Porém, depois a gente direciona e comunica para a unidade básica pra ele ser acompanhado de perto e seguir de acordo com o fluxo da referencia e contra-referencia”.

UR (4): “A unidade de saúde faz o atendimento e encaminha pra outros atendimentos de média e alta complexidade, mas tem que seguir o caminho”.

Segundo Campos (2006), é comum verificar que, por falta de orientação, a população procura os serviços, em busca de atendimentos especializados, a partir de sua própria percepção de necessidades. A partir dos sintomas, elege um suposto especialista que possa resolver o problema, sem buscar assistência no nível primário de atenção, acarretando em filas intermináveis na porta dos hospitais e demais serviços de saúde desde a madrugada.

Em desacordo com o autor, quando investigado qual o primeiro local em que o usuário idoso procura assistência de saúde, a maioria (67%) respondeu que recorria à unidade

básica de saúde, procurando prioritariamente os hospitais somente em casos de urgência, conforme os relatos ilustram - UR (1): “Primeiro venho no PSF, depois em outro lugar onde for”; UR (2): “Venho primeiro no posto, pra mim dar a ordem pra o médico da Universidade ou de outro posto”; UR (3): “Vou na unidade”. O quadro 10, a seguir, apresenta as categorias obtidas nessa investigação por meio dos relatos dos usuários.

Quadro 10 – Distribuição das Unidades de Registro (UR), Unidades de Significância (US) e Categorias (C), segundo a percepção dos usuários quanto ao primeiro local de busca ao atendimento de saúde no município de João Pessoa-PB, 2011

UR	US		C	%US
“Eles vem aqui em minha casa”	É atendido exclusivamente em casa, por meio das visitas domiciliares.	n=1 0,9%	Atendimento domiciliar	n=1 0,9%
“vou pra o hospital do Valentina”	Inicialmente, o usuário busca atendimento em hospitais públicos.	n=9 8,3%	Rede Hospitalar do SUS	n=9 8,3%
“Vou aqui ao hospital”				
“Quando quero ir ao médico eu pago”	O usuário busca atendimento apenas na iniciativa privada, por intermédio de planos de saúde ou particular.	n=7 6,3%	Rede particular	n=20 18,3%
“Procuro o plano de saúde”				
“Se for urgente, eu vou aqui mesmo. Se der pra esperar um pouco, procuro meu médico pelo plano de saúde.”	Em casos mais urgentes o usuário procura busca atendimento no posto, a depender da situação também solicita serviços da iniciativa privada.	n=13 12%		
“Procuro o posto, mas se for consulta vou pelo plano”				
“Procuro o CAIS, minha área é descoberta.”	O primeiro local em que o idoso procura atendimento de saúde é o Centro de Referencia a saúde do idoso ou os CAIS, nível de atenção secundária.	n=6 5,5%	Rede ambulatorial especializada	n=6 5,5%
“Sempre vou ao centro do idoso, raramente vou ao PSF”				
“Vou ao posto”	O usuário inicialmente busca atendimento no posto de saúde do bairro, nível de atenção primária.	n=73 67%	Rede de Atenção Básica de Saúde (ABS)	n=73 67%
“Primeiro venho ao PSF, depois em outro lugar.”				
“Procuro aqui na unidade, é mais perto”				
	TOTAL	N=109 100%	TOTAL	N=109 100%

Conforme Giovanella (2008), para a constituição de um órgão como porta de entrada do sistema de saúde, o primeiro requisito é que este seja acessível a população, eliminando barreiras financeiras, geográficas, organizacionais e culturais, o que possibilita a utilização por parte dos usuários a cada situação de necessidade.

Em relação a variável acesso físico, a pesquisa desvendou que as unidades de saúde da família do município se encontram em locais de fácil acesso, segundo 64,2% dos entrevistados, possibilitando que os usuários, inclusive os idosos, cheguem com facilidade ao local de atendimento - UR (1): “É fácil, é na principal”; UR (2): “É fácil, agora calçaram a rua e ficou ainda melhor, antes era de barro”; UR (3): “No geral é acessível, só tem que prestar atenção pra atravessar a rua que tem muito carro”; UR (4): “Minha rua é bem pertinho, se não fosse perto eu não ia não”.

O Quadro 11 demonstra o resultado da análise sobre o acesso físico à unidade.

Quadro 11—Distribuição das Unidades de Registro (UR), Unidades de Significância (US) e Categorias (C), segundo a percepção dos usuários quanto a acessibilidade física da unidade de saúde no município de João Pessoa-PB, 2011

UR	US	%US	C	%C
“Não é fácil não, é muito longe, tem que ir de ônibus.”	Unidade distante dos usuários	n=4 3,7%	A unidade de saúde encontra-se em local de difícil acesso para o usuário idoso, tornando-se inacessível a essa população.	n=9 8,3%
“É muito longe, cheio de buraco e de lama.”	Caminho com obstáculos	n=5 4,6%		
“Não é acessível, tem muita decida, muito buraco.”				
“Não é difícil, mas é um pouco distante.”	Unidade não muito distante, mas acesso ruim	n=30 27,5%	A unidade de saúde tem localização pouco acessível para a população idosa.	n=30 27,5%
“É mais ou menos, tem um caminho meio nojento, a rua é cheia de pedra e de terra.”				
“Não é muito longe, mas é de areia preta e quando chove vira tudo lama e não da pra passar.”				
“É muito perto e fácil de chegar.”	Unidade próxima e de fácil acesso	n=70 64,2%	A unidade básica de saúde está acessível a população idosa, encontra-se em local de fácil acesso para o usuário idoso.	n=70 64,2%
“É fácil e a rua é calçada.”				
“Da uns 300 metros, é fácil.”				
	TOTAL	N=109 100%	TOTAL	N=109 100%

Complementando, a Organização Mundial de Saúde (OMS) atenta para a inter-relação entre os conceitos de acesso e de cobertura de serviço. A oferta de serviços deve se dar de forma acessível aos membros da comunidade e a possibilidade desse acesso é, por conseguinte, condição fundamental para que a **cobertura** universal seja alcançada. Nesse sentido, pode-se observar que os serviços de saúde, no nível primário de atenção, do município de João Pessoa – PB encontram-se acessíveis, ou seja, estão em harmonia com o

preconizado pelo Ministério da Saúde e a OMS, buscando viabilizar o acesso e cobertura efetiva dos serviços de saúde à população.

Em complementaridade, uma das diretrizes do Ministério da Saúde, que aponta para o contexto de **acessibilidade**, supõe continuidade e organização da prestação de serviços mediante a combinação dos recursos geográficos, financeiros e culturais, funcionantes ao alcance da comunidade. Além disso, pressupõe serviços adequados, no que se refere a volume, estrutura, ao tamanho e composição da população e a seus problemas de saúde; como também a aceitação e utilização, por parte da comunidade, dos serviços oferecidos (BRASIL, 1998).

Dando continuidade à perspectiva da acessibilidade e cobertura dos serviços de saúde na atenção básica, foi investigada a variável forma de acesso ao atendimento médico, na unidade de saúde da família. A análise dos relatos dos profissionais revelou que na maioria dos casos (62%) esse acesso ocorre por meio do acolhimento ou pelo acompanhamento da saúde dos idosos da comunidade, realizando agendamentos programados mensalmente - UR (1): *“Acontece através de acolhimento, ele chega à recepção, a recepcionista pega o prontuário dele, e ele fica na recepção esperando pra gente conversar, em seguida encaminhamos ele para os consultórios”*; UR (2): *“Através da escuta, ele diz a necessidade dele naquele momento e a gente atende”*; UR (3): *“A gente trabalha com o acolhimento, com a escuta qualificada, e lá são separados os casos que serão atendidos de imediato e os que serão agendados, dependendo da demanda”*.

Em desacordo com o relato dos profissionais, 53,2% dos usuários afirmaram que conseguem atendimento médico nas unidades por intermédio da distribuição de fichas, que é realizada respeitando a ordem de chegada, ou apenas em dia específico de atendimento ao idoso, que acontece uma vez por semana - UR (1): *“A gente chega cedo e aguarda na frente. Quando as meninas chegam, perguntam quem chegou primeiro e distribui a ficha. Aí, a gente espera ser atendida”*; UR (2): *“Você sabe que o idoso tem prioridade em várias unidades, mas aqui eu nunca tive prioridade. É pela ordem de chegada”*; UR (3): *“Tem que chegar cedo, dar o nome e pegar a ficha. Se não conseguir pegar ficha, tem que ir outro dia”*; UR (4): *“Tem que chegar cedo, saio de 6 horas de casa pra pegar ficha. Em todo lugar é assim, tem que ir cedo se não é o ultimo a ser atendido”*.

Os Quadros 12 e 13 apresentam os detalhes dos resultados mencionados.

Quadro 12 – Distribuição das Unidades de Registro (UR), Unidades de Significância (US) e Categorias (C), segundo a percepção dos profissionais quanto a forma de acesso ao atendimento médico do idoso na Atenção Básica no município de João Pessoa-PB, 2011

UR	US	%US	C	%C
“É por demanda livre, pega ficha na recepção”	Ordem de chegada	n=26 28,2%	O atendimento se da por meio de fichas de atendimento, distribuídas por ordem de chegada, ou em dia específico para o idoso.	n=35 38%
“O atendimento é por ordem de chagada”				
“Tem um dia específico pra o idoso no cronograma”	Cronograma da unidade	n=9 9,8%		
“Trabalhamos com acolhimento”	Acolhimento	n=44 47,8%	O acesso ao atendimento acontece por intermédio do acolhimento, escuta qualificada, como também mediante agendamento e acompanhamento.	n=57 62%
“Por intermédio da escuta, ele diz a necessidade daquele momento”				
“Acompanhamento do idoso e agendamento do atendimento”	Acompanhamento agendado	n=13 14,2%		
	TOTAL	N=92 100%	TOTAL	N=92 100%

Quadro 13 – Distribuição das Unidades de Registro (UR), Unidades de Significância (US) e Categorias (C), segundo a percepção dos usuários quanto a forma de acesso ao atendimento médico na Atenção Básica no município de João Pessoa-PB, 2011

UR	US	%US	C	%C
<i>“Tem que ir cedo, tem limite de vaga. Fica esperando o médico chegar pra ser atendido.”</i>	Ordem de chegada	n=58 53,2%	O atendimento se dá por meio de fichas de atendimento, distribuídas por ordem de chegada, ou em dia específico para o idoso.	n=58 53,2%
<i>“Chego cedo, pego a ficha, pergunto se a médica já está e espero ela me atende.”</i>				
<i>“Converso com a moça da recepção e digo que quero consulta com o médico.”</i>		n=29 26,5%	O acesso ao atendimento acontece por intermédio do acolhimento, escuta qualificada, como também mediante agendamento e acompanhamento do usuário idoso.	n=29 26,5%
<i>“Venho pra fazer a triagem e eles agendam.”</i>				
<i>“A gente vem, elas escutam e mandam esperar o atendimento. Se não der pra encaixar pela manhã, ela coloca pra ser atendido na parte da tarde.”</i>				
<i>“Passo pelo acolhimento e depois sou atendida.”</i>				
<i>“Eu marco e fica pra o outro mês, venho só no dia marcado.”</i>	Acompanhamento agendado			

<i>“Faço parte do grupo e quando preciso não fico pra pegar ficha, elas resolvem pra mim.”</i>	Por meio de amizade com a equipe	n=16 14,7%	O acesso dos usuários que visitam assiduamente a unidade ou que participam de atividades grupais ocorre de forma diferenciada, esses têm acesso mais rápido aos serviços da unidade. A equipe facilita o atendimento de alguns usuários e de funcionários.	n=16 14,7%
<i>“Tenho conhecimento com as meninas, por isso elas facilitam o atendimento.”</i>				
<i>“Chego aqui e já vou direto pra médica, eu já sou da casa.”</i>				
<i>“Trabalho no PSF que sou atendida, não pego ficha. Primeiro atende o pessoal que está marcado e depois me atende.”</i>				
<i>“Quando preciso de médico ela vem na minha casa.”</i>	Atendimento domiciliar	n=3 2,8%	O idoso recebe assistência em casa, por meio do acompanhamento do agente de saúde. O ACS verifica a necessidade que o idoso tem e agenda a visita domiciliar com os demais profissionais da equipe de saúde.	n=3 2,8%
<i>“Nunca solicitei médico no posto de saúde.”</i>	Não soube responder	n=3 2,8%	O usuário não sabe como se dá o acesso ao atendimento na unidade.	n=3 2,8%
	TOTAL	N=109 100%	TOTAL	N=109 100%

No tocante ao tempo de espera para atendimento (Quadro 14), 41,3% dos idosos relataram não ter prioridade no atendimento e, por isso, enfrentam filas como qualquer outro usuário em busca de assistência - UR (1): *“Não tem prioridade, o atendimento é normal. Cada pessoa é que tem que ter paciência e chegar cedo, se quiser ser atendida logo”*; UR (2): *“É demorado, porque a gente tem que respeitar a ordem de chegada”*; UR (3): *“Às vezes demora muito, mas eu não estou fazendo nada em casa mesmo”*; UR (4): *“Demora muito, lá vai tempo..., é a manhã toda”*.

Quadro 14 – Distribuição das Unidades de Registro (UR), Unidades de Significância (US) e Categorias (C), segundo a percepção dos usuários quanto ao tempo de espera do atendimento na atenção básica no município de João Pessoa-PB, 2011

UR	US	%US	C	%C
<i>“É rápido, ela me chama logo.”</i>	O atendimento do idoso se dá rapidamente, ele é assistido prioritariamente e não precisa enfrentar filas de espera.	n=27 24,7%	Rápido, idoso tem prioridade	n=27 24,7%
<i>“É coisa rápida, tem prioridade.”</i>				
<i>“É na hora.”</i>				
<i>“Depende da demanda, tem dia que não tem ninguém e é mais rápido.”</i>	O usuário idoso tem prioridade no atendimento, porém a demanda da unidade é alta e eles ainda enfrentam uma fila de espera para serem assistidos.	n=34 31,2%	Pouco demorado, apesar da prioridade	n=34 31,2%
<i>“Depende, se tem muitas pessoas ou não. É um tempo tolerável.”</i>				
<i>“Não pode ser rápido porque tem muita gente.”</i>				
<i>“Às vezes demora e outras não. Depende se tem muita gente, é um pouquinho demorado.”</i>				
<i>“Tem dia que a gente cansa, é demorado.”</i>	O idoso não tem prioridade, enfrenta a fila de espera como outro usuário, o tempo de espera por assistência é muito grande.	n=45 41,3%	Demorado, idoso sem prioridade	n=45 41,3%
<i>“Demora, é pela ordem de chegada.”</i>				
<i>“É muito demorado”</i>				
<i>“Aqui não depende da idade, sim da quantidade de pessoas.”</i>				
<i>“Quando eu preciso, ela vem na minha casa”</i>	O usuário não soube responder, pois não solicita atendimento na unidade de saúde. É atendida em domicílio.	n=3 2,8%	Usuário não soube responder	n=3 2,8%
	TOTAL	N=109 100%	TOTAL	N=109 100%

Em contraponto a falta de prioridade no atendimento aos idosos, revelado nesse estudo, o Art. 3 do estatuto do idoso afirma que a prioridade de atendimento é um direito e deve ser garantido em todos os tipos de atendimento, seja em entidades públicas ou privadas. Além disso, enfatiza a prioridade na formulação e na execução de políticas públicas, viabilização de convívio intergeracional, divulgação de informação sobre o processo de envelhecimento e garantia de acesso à rede de saúde, bem como de assistência básica.

Como observado no quadro 14, no município de João Pessoa ainda há unidades de saúde que organiza o atendimento utilizando-se do critério da ordem de chegada. Divergindo desse resultado, Andrade *et. al.* (2009) afirmam que a ordem de chegada não deve ser o

principal critério de atendimento de casos, e sim a gravidade e o grau de sofrimento do paciente, examinados por meio do acolhimento.

A proposta do acolhimento vem sendo construída como resposta aos desafios para a inversão do modelo assistencial, baseado na doença, e privilegiando uma organização de serviço centrado no usuário. Esse acolhimento busca fortalecer vínculos entre profissionais e clientela, com vista a uma atenção mais personalizada e humanizada, capaz de oferecer atividades que atenda às necessidades sociais de saúde da população (PAIM, 2008). Nesse sentido, a gestão municipal de saúde de João Pessoa tem a meta de implantar esse mecanismo de acolhida em todas as unidades de saúde do município, observando-se atualmente um cenário de transição.

Quanto à assistência dos idosos com dificuldade de locomoção ou acamados, foram analisados os relatos dos gestores e dos profissionais de saúde, constatando-se que as duas perspectivas concordavam entre si - quatro dos cinco gestores entrevistados indicaram que o atendimento devia acontecer por meio das visitas domiciliares da equipe ao usuário, e 100% dos profissionais afirmaram que tal visita é agendada pelo ACS e a equipe de saúde realiza a assistência no domicílio do usuário.

As falas a seguir ilustram o resultado exposto, são recortes das entrevistas realizadas com os gestores e profissionais, respectivamente, que corroboram com as unidades de sentido propostas.

Gestores: UR (1): *“Dentro do cronograma das unidades tem a visita domiciliar, então tem algumas equipes (nem todas) que semanalmente fazem visitas aos idosos acamados e àqueles que não conseguem se locomover. Já naquelas situações que a equipe não consegue dar conta, temos uma equipe de atendimento domiciliar para dar esse suporte também, fazendo visitas periódicas”*; UR (2): *“Nós temos as visitas domiciliares, onde o médico, enfermeiro e o técnico, acompanhados por um ACS, vão atender em domicílio”*; UR (3): *“Através das visitas domiciliares, os profissionais vão até a casa do idoso”*.

Profissionais: UR (1): *“A gente [ACS] acompanha os idosos na comunidade e vê quem não tem condições de ir a unidade, então a gente marca com o médico, enfermeira ou a técnica pra fazer a visita pra ele na residência”*; UR (2): *“A família do idoso entra em contato com o agente de saúde e ele marca pra um dos atendimentos, médico, enfermeira ou dentista pra fazer a visita, e se avalia a necessidade do idoso ser removido pra um ambiente hospitalar”*; UR (3): *“A gente [médica] vai lá, pela visita domiciliar, que é na quinta-feira. O agente comunitário nos comunica a agenda, por exemplo: nessa quinta-feira tem tantas visitas, então nós vamos”*; UR (4): *“Tem a visita domiciliar da médica, enfermeira e técnica de enfermagem, em dias diferentes, o ACS solicita a visita e vai até a casa do usuário”*.

No que diz respeito aos serviços ofertados aos idosos nas unidades básicas de saúde do município de João Pessoa, tomamos para análise as falas dos profissionais e dos usuários, chegando ao seguinte resultado: 100% dos profissionais afirmaram que a população idosa tem os mesmos serviços a sua disposição que qualquer outra parcela da população, ou seja, que não há serviços específicos ou diferenciados ao idoso nas unidades básicas de saúde. Concordando com a fala dos profissionais, 64,2% dos usuários relataram receber assistência comum a qualquer outro usuário. Os serviços mencionados com frequência foram: consulta médica, acompanhamento de hipertensão e diabetes, distribuição de medicação e insulina, atendimento domiciliar, vacinas, exames de saúde da mulher, consulta de enfermagem, consulta odontológica e curativos. Apenas em alguns relatos, 33,9% dos casos, as atividades de lazer e educação física foram citadas.

Conforme é destacado na Lei 10.741 de out. (2003), que versa sobre o Estatuto do Idoso, a formulação e execução de políticas públicas específica ao idoso devem ser priorizadas, o convívio social e intergeracional são também direitos do idoso na busca de saúde, em seu conceito ampliado. Em consonância, o Ministério da Saúde (2007), por meio do caderno de atenção básica envelhecimento e saúde da pessoa idosa, defende que a assistência a essa população necessita ser integral e diferenciada, tendo em vista as fragilidades e peculiaridades desses indivíduos. Deve ocorrer no âmbito individual e coletivo, cabendo a cada profissional, componente da ESF, papéis específicos para a garantia do princípio da integralidade do SUS. Entretanto, as ações precisam acontecer de forma integrada entre os diferentes programas de atenção, incluindo a saúde da mulher e do homem, programas de controle da hipertensão e diabetes, bem como outras campanhas em que o cidadão idoso possa estar incluso.

Nesta perspectiva, o serviço de saúde do município de João Pessoa encontra-se organizado em consonância com as determinações do Ministério da Saúde e os Quadros 15 e 16, demonstram os resultados obtidos.

Quadro 15 – Distribuição das Unidades de Registro (UR), Unidades de Significância (US) e Categorias (C), segundo a percepção dos profissionais quanto aos Serviços direcionados ao idoso na ESF do município de João Pessoa-PB, 2011

UR	US	%US	C	%C
“Todos os serviços básicos de saúde, médico, enfermeira e um grupo de idosos”	Todos os serviços da unidade básica de saúde incluem os idosos	n=92 100%	O idoso tem a mesma assistência que qualquer outro usuário. Além disso, algumas unidades oferecem atividades educativas e recreativas, por meio dos chamados grupos de convivência.	n=92 100%
“Atendimento geral, médico e enfermeira, e o grupo de idosos com atividades educativas e recreativas”				
“Consultas normais, que são ofertadas pra população em geral, e o grupo de convivência”				
“Dentro do cronograma tem um dia de hipertensos e diabéticos, que automaticamente os idosos são maioria”				
TOTAL	TOTAL	n=92 100%	TOTAL	n=92 100%

Quadro 16 – Distribuição das Unidades de Registro (UR), Unidades de Significância (US) e Categorias (C), segundo a percepção dos usuários quanto aos serviços direcionados ao idoso na ESF do município de João Pessoa-PB, 2011

UR	US	%US	C	%C
“Entregam remédios, tem médico e enfermeiro, se tem outras coisas eu não sei.”	Todos os serviços da unidade básica de saúde incluem os idosos	n=70 64,2%	O idoso parece ter a mesma assistência que qualquer outro usuário.	n=70 64,2%
“Oferece dentista, verifica a pressão, faz exame ginecológico e consulta com a médica.”				
“Tem enfermeira, verificação de pressão, curativos, dentista e glicemia, tudo que tem no posto.”				
“Grupo de passeio, educação física, a enfermeira do posto e o remédio da pressão todo mês.”	Grupos de idosos e os demais serviços de saúde da unidade básica de saúde	n=34 31,2%	O idoso tem assistência diferenciada. Além dos serviços de saúde, a unidade oferece atividades físicas e de socialização.	n=37 34%
“Tem médico, enfermeiro, dentista e a reunião do grupo de idosos que eu gosto muito.”				

<i>“Nós temos psicólogo, a parte de ginástica com um professor oferecido pela prefeitura, passeios e festinhas.”</i>	Assistência psicológica e de educação física, aliados aos demais serviços	n=3 2,8%		
<i>“Não sei, nunca ouvi falar.”</i>	Usuário não soube responder	n=2 1,8%	O idoso não conhece os serviços oferecidos na unidade de saúde.	n=2 1,8%
<i>“Eu sei pouco, quase não freqüento aqui.”</i>				
	TOTAL	N=109 100%	TOTAL	N=109 100%

As falas a seguir exemplificam as categorias com maior frequência evidenciadas nos Quadros 15 e 16.

Profissionais: UR (1): *“Pra o idoso são as consultas normais, que são ofertadas em geral pra população, também tem o grupo de hipertensos, que acaba pegando muito dos idosos, que é o Hiperdia. Além desse, ainda tem o grupo de convivência que é voltado exclusivamente pros idosos”*; UR (2): *“Começa com a saúde bucal, a consulta de enfermagem, a médica..., em fim, todo usuário que chega aqui tem um retorno do serviço. Estamos formando um grupo de idosos, temos as terças e quintas dedicados a hipertensos e diabéticos, pra receber medicação e assistir palestras”*; UR (3): *“Consulta médica, cursos de atividades educativas, terapia comunitária..., e todas as outras atividades, como vacina e odontologia”*; UR (4): *“Consultas, só o oferecimento técnico, de lazer não tem nada. Já se formou grupos, mas agora não tem mais”*.

Usuários: UR (1): *“No posto tem consulta, quando tem médico, remédio, verificação de pressão todos os dias e sempre a enfermeira faz visita em minha casa”*; UR (2): *“Entrega remédio controlado, insulina, tem exame ginecológico, tem dentista e vacina também”*; UR (3): *“Verificação de pressão, consulta médica, dentista, controle da glicemia e palestras com os idosos”*; UR (4): *“Tem visita domiciliar, tenho presenciado também serviços odontológicos, mede a pressão e consulta com as doutoras”*.

Em relação ao serviço mais procurado pelos idosos, 42,4% dos profissionais apontaram a consulta médica como serviço de maior demanda, seguido de 35,9% que indicaram o programa de hipertensão e diabetes. A seguir encontram-se recortes das entrevistas realizadas que ilustram o resultado obtido.

Unidade de registro 01: UR (1): *“É o serviço médico, com certeza. É uma questão cultural, não adianta se o problema pode ser resolvido com a enfermeira ou com outro profissional, eles querem passar pelo médico”*; UR (2): *“Eles procuram sempre a consulta médica, é o serviço mais procurado”*; UR (3): *“O médico, pra encaminhar e fazer exames”*.

Unidade de registro 02: UR (1): *“Procuram muito o Hiperdia, vem ver a pressão, a diabetes e receber medicação”*; UR (2): *“Eles procuram muito o dia deles mesmo, Hiperdia e diabetes. Vem ver a*

pressão, fazer o teste da glicemia e, se necessário, consultar com a médica. Recebem a medicação também”;

UR (3): *“Verificar pressão e fazer glicemia, todos os dias”.*

Em proximidade ao resultado encontrado por meio dos profissionais de saúde, que apontaram a consulta médica como serviço de maior demanda na unidade, a maioria dos usuários idosos (38,5%) relata procurar mais o acompanhamento de hipertensão e diabetes e, em seguida, a consulta médica, com 30,4% dos relatos. A seguir encontram-se recortes das entrevistas realizadas com os profissionais.

UR (1): *“Pra mim é o controle da hipertensão e diabetes, sempre to pegando medicação e venho ver como se encontra as taxas”;*

UR (2): *“Venho mais é fazer controle da diabetes e da pressão”;*

UR (3): *“É olhar a minha glicose e ver a pressão. Mesmo assim, tem tempo que eu fui porque na ultima vez eu pedi pra enfermeira fazer o exame da glicemia e ela disse que não ia fazer porque eu não tinha diabetes, só mede minha pressão porque eu sou hipertensa”.*

Embora seja necessária a elaboração de programas específicos para a saúde do idoso, no que diz respeito ao princípio da integralidade, alerta-se para o grande número de programas e projetos oferecidos na rede. São quase um pra cada doença ou grupo populacional reconhecido como prioritário, tendo seus objetivos, nem sempre, bem definidos propiciando conflitos entre instituições, serviços e equipes de saúde diante da insuficiência das verbas direcionadas e das dificuldades de integração. A assistência individualizada dos vários programas de cuidado existentes pode se configurar em um grande problema. É como se a mulher não fosse adulta nem trabalhadora, ou como se crianças, adolescentes e idosos não tivessem sexo, agindo de forma individualizada os programas reproduzem intersecções ou superposições, ampliando a ineficiência, as dificuldades gerenciais e a burocratização das atividades (PAIM, 2008).

Diante do exposto, essa conjuntura expressa uma realidade que não enfatiza a integralidade da assistência, situação essa encontrada no município de João Pessoa. Mesmo com os vários programas oferecidos na rede, os idosos sentem-se desamparados quando procuram assistência na ESF e os gestores voltados a saúde do idoso, por sua vez, encontram-se limitados frente a escassez de verbas destinadas especificamente a essa população.

Quanto aos serviços odontológicos, foi perguntado aos profissionais entrevistados quais os procedimentos odontológicos direcionados ao idoso eram ofertados no posto de saúde, ou seja, se a unidade oferece um atendimento diferenciado a essa parcela da população.

O estudo revelou que os idosos têm a mesma assistência que qualquer outro usuário, 90,2% relataram oferecer a consulta odontológica rotineira, que inclui a limpeza, extração dentária e orientação sobre higiene bucal, a única atividade específica mencionada foi a oferta de prótese dentária gratuita por meio do encaminhamento ao serviço especializado - UR (1): *“Na atenção básica são todos os serviços, na verdade pra o idoso não tem muita diferenciação, são todos os serviços e é facilitado para ele. Tem todo o arcabouço da atenção, restauração, extração, periodontia e tratamento protético, que não faz aqui, mas é encaminhado para o dezoito andares onde faz uma perícia e, depois pra o Frei Damião, onde são feitas as próteses totais e parciais”*; UR (2): *“O idoso é considerado uma paciente comum, como outro qualquer. Ele faz extração, obturações, orientação de escovação, limpeza de tártaro e orientação de limpeza da prótese”*; UR (3): *“A maioria já não tem os dentes completos, ela faz toda avaliação na boca de quem usa prótese, se for o caso, orienta a troca e, se precisar extrair, ela extrai ou obtura”*; UR (4): *“Serviços que oferece aos outros usuários, quando não tem aqui a gente encaminha”*.

Dentre as atividades odontológicas ofertadas, as mais demandadas pelos idosos, segundo relato dos profissionais de saúde, é o encaminhamento para a prótese dentária (36,9%) e, em seguida, restauração e exodontia (34,9%). Entre os entrevistados, 14,1% dos profissionais não souberam informar e 6,5% afirmaram que os idosos não procuravam os serviços odontológicos ofertados na unidade. A seguir encontram-se recortes das entrevistas realizadas com os profissionais, que apóiam o relato de maior frequência.

UR (1): *“É mais a questão da prótese dentária”*;

UR (2): *“Eles procuram mais a prótese, como é que faz pra receber”*;

UR (3): *“No momento está sendo mais a prótese dentária, eles tem muito receio e medo, mas a dentista é muito boa e ultimamente eles tem vindo mais”*.

Em seguida estão expostas algumas unidades de registro que ilustram o segundo serviço odontológico mais citado.

UR (1): *“Existe uma cultura [de extrair os dentes], a gente tenta conversar, mas é difícil. Os encaminhamentos pra canal demoram muito, aí fica difícil convencer eles de que os dentes tem que ficar”*;

UR (2): *“É mais extração, eles só procuram quando estão com o dente doendo, quando não agüentam mais”*;

UR (3): *“Extração dentária, devido a cultura deles de arrancar, o dente doeu tem que tirar”*.

Quando investigado sobre a existência de resistência dos idosos em relação ao acompanhamento de saúde, 51% dos profissionais revelaram não haver resistência entre os usuários idosos - UR (1): *“É a área mais fácil de trabalhar, eles são muito participativos, são os que mais procuram a unidade, com mais frequência”*; UR (2): *“Não, é muito tranquilo. Eles recebem bem o*

profissional e gostam das informações”; UR (3): “Não, pelo contrário, agente fazendo um comparativo eles se cuidam mais. Quanto a urologia, há certa resistência, mas agente sempre conversa com eles” ; UR (4): “Não, são muito comprometidos, não é preciso a gente estar em cima”.

Corroborando com os profissionais de saúde, que afirmaram a inexistência de resistência entre os usuários idosos, Freitas *et. al.* (2006) apontam que pessoas com mais idade recorrem à unidade de saúde com mais frequência por apresentarem doenças crônicas e necessitarem de acompanhamento e avaliação contínua do seu estado de saúde. Segundo os autores é comum que nessa etapa da vida os indivíduos busquem hábitos mais saudáveis, em busca da longevidade e de melhor qualidade de vida.

Entre as demais entrevistas, apenas um profissional não soube responder e 47% afirmaram haver resistência entre os idosos, esse resultado sugere uma heterogeneidade nas unidades de saúde sobre a participação dos idosos nas atividades ofertadas. A seguir estão recortes das entrevistas que complementam essa discussão.

UR (1): *“Ainda há resistência por habito cultural, agente tenta ao Maximo orientar a importância da visita a unidade, de realizar o tratamento”;*

UR (2): *“Sim, a gente percebe. Talvez a nossa estrutura não esteja tão acessível a eles e, às vezes, a gente dificulta [a burocracia] e isso faz com que ele volte pra casa sem resolver seu problema. Assistimos as comunidades mais longe [a unidade integrada fica muito longe da comunidade, é a unidade mais distante do seu território segundo a entrevistada]”;*

UR (3): *“Sim, eles só vem quando a pressão ta alta, na verdade é só em busca de tratamento naquele momento”.*

UR (4): *“Sim, tem alguns que não aceitam a fragilidade que tem e não querem vir a unidade. Já tivemos casos de pacientes que não queriam acreditar que estavam doente, não aceitavam tomar remédios e acabaram morrendo rápido por causa da diabetes”.*

Essa heterogeneidade entre as unidades de saúde, em relação a resistência dos idosos, pode ser atribuída ao vínculo instituído entre a equipe e a comunidade, ou pela forma em que o idoso é recebido na unidade. Conforme Barqueiro e Oliveira (2000) há um relacionamento inadequado entre a equipe e o usuário, principalmente no que se refere ao enfermeiro, que lida mais frequentemente com o paciente. Muitas vezes, estes não estão capacitados para a avaliação do paciente idoso, não tem conhecimento gerontológico suficiente para compreender as variáveis físicas e psico-sociais que envolvem os indivíduos da terceira idade, tornando distante sua relação com o paciente e afastando-o da unidade de saúde.

Em continuidade a essa linha de investigação, foi perguntado aos idosos sobre o número de vezes que eles procuraram algum tipo de assistência na unidade de saúde, considerando os últimos seis meses. Dessa forma, constatou-se que a maioria (42,2%) dos usuários idosos pouco solicita atendimento na atenção básica, recorrem a unidade apenas uma ou duas vezes a cada seis meses. Em contrapartida, outros 33,9% dos usuários afirmaram frequentar regularmente o posto de saúde do bairro, ou seja, recorrem aos serviços da atenção básica pelo menos uma vez a cada mês. Em seguida estão expostas algumas unidades de registro que ilustram o resultado anteriormente mencionado.

UR (1): *“É difícil eu ir, acho que só fui uma”*;

UR (2): *“Que eu me lembre, fui umas duas vezes”*;

UR (3): *“Umas três vezes, só”*.

O Ministério da Saúde afirma que a resistência da população idosa ao acompanhamento de saúde está ligada a uma série de fatores e que estes podem influenciar de forma distinta em cada indivíduo. A adesão ao acompanhamento em saúde vai além da consulta e da ingestão de medicação, inclui o fortalecimento e o estabelecimento de vínculos com a equipe de saúde, o acesso à informação, acompanhamento multiprofissional, a adequação de hábitos saudáveis e o compartilhamento das decisões e responsabilidades sobre sua própria saúde (BRASIL, 2007).

Nesse contexto, pode ser citada a falta de conhecimento como um dos fatores influentes na busca por acompanhamento da saúde. Segundo Freitas *et. al.* (2006), quanto maior o conhecimento do idoso sobre o seu problema de saúde, maior a possibilidade do seu comprometimento com o autocuidado. Além disso, o tempo de espera prolongado para ser atendido, dificuldade na marcação de consultas e a falta de busca ativa aos idosos faltosos também são fatores interferentes na resistência dos idosos ao acompanhamento de saúde. Muitas vezes, o idoso depende exclusivamente do SUS e, sem o suporte para atender a todos que dele necessita a própria unidade acaba distanciando o usuário por não conseguir oferecer acompanhamento em tempo hábil.

Em consonância com os autores, o relato dos idosos indicou que a demora no atendimento é um dos principais fatores que os tornam desmotivados a procurar assistência de saúde, tornando-os menos assíduos nas unidades de saúde, conforme analisado anteriormente.

Quanto a participação nos grupos e atividade de socialização, a maior parte dos idosos (578%) se apresentaram participativos - UR (1): *“Sim, participo do grupo da terceira idade,*

todos os velhinhos deveriam participar"; UR (2): *"Participo do grupo de idosos, só falto quando eu tenho que ficar com minhas netinhas"*; UR (3): *"Sou do grupo da terceira idade, participo das festinhas de São João, das mães, a gente faz passeio, tem as palestras e a gente aprende muito. Sai um pouco de casa, participo do grupo lá no Santa Izabel também"*; UR (4): *"Participo sempre da educação física, é muito bom"*. Dentre os outros participantes da pesquisa, 36,7% relataram não participar das atividades por motivos diversos.

Em consenso com a significativa participação dos idosos nas atividades sociais, Ferrigno *et. al.* (2006), apontam que o trabalho em grupo viabiliza a troca de experiências individuais, ato de suma importância para combater a marginalização social, e contribui para a participação e auto-realização. Além disso, o grupo propicia o exercício de papeis, o enfrentamento de novos desafios e a busca de realização de sonhos comuns.

Ampliando a discussão, para além das vantagens que os trabalhos em grupo oferecem à qualidade de vida dos idosos, essas atividades ainda possibilitam a ampliação do vínculo entre equipe e pessoa idosa, funcionando como um espaço complementar de consulta individual, de troca de informação, de oferecimento de orientação e de educação em saúde (Brasil, 2007).

Nesse sentido, essa iniciativa da gestão e dos profissionais de saúde da atenção básica do município de João Pessoa deve ser estimulada, uma vez que se constitui como um espaço requisitado pelos idosos, contribuindo para o atendimento das necessidades de saúde dessa população.

Em relação à comunicação e articulação entre os diferentes níveis de atenção, Noronha *et. al.* (2008) afirmam que essas são condição essenciais para a integralidade e longitudinalidade da assistência. A organização do serviço de saúde em redes exige que os usuários sejam encaminhados para unidades mais complexas do sistema, quando necessário, e que possam retornar à sua unidade de origem para dar continuidade ao acompanhamento, a esse mecanismo damos o nome de referência e contra-referência.

Sobre este aspecto, a pesquisa revelou que, embora exista um esforço em garantir essa articulação e comunicação entre os distintos níveis de atenção do município, esse mecanismo ainda está deficiente. Há falhas recorrentes de comunicação entre os profissionais componentes da rede e, ainda, número insuficiente de especialistas para atender a demanda da população.

Em complemento, Giovanella *et. al.* (2008) afirmam que a organização do fluxo de usuários visando a garantia de acesso a serviços e ações especializados, de acordo com as necessidades de saúde, é de responsabilidade do governo municipal. Ainda segundo os

autores, algumas cidades organizaram recentemente seus serviços em uma rede, condicionando o acesso a ações especializadas ao encaminhamento pelos médicos da atenção básica. Nessas cidades, como mecanismo de integração do sistema, estão sendo organizadas centrais de regulação e marcação de consultas, dessa forma os serviços especializados passam a ser agendados pela unidade básica de saúde que os encaminhou, reduzindo barreiras de acesso dos usuários à atenção secundária.

No município de João Pessoa-PB esse mecanismo é realidade - as unidades dispõem de um funcionário regulador que é responsável pela marcação dos encaminhamentos realizados na própria unidade de saúde e, em alguns casos, de outras próximas que ainda não foram beneficiadas com esse serviço. Logo, na entrevista com os gestores e profissionais de saúde de João Pessoa, foi pesquisado como tal estratégia funciona no município. Os Quadros 17 e 18, demonstram os resultados.

Quadro 17 – Distribuição das Unidades de Registro (UR), Unidades de Significância (US) e Categorias (C), segundo a percepção dos gestores quanto a referencia e contra-referencia dos serviços de saúde do idoso do município de João Pessoa-PB, 2011

UR	US	%US	C	%US
<i>“Encaminha e depois o idoso volta pra unidade”</i>	O usuário é encaminhado ao serviço especializado por intermédio da ficha de referencia e contra-referencia, o acesso acontece fluentemente.	n=2 40%	O serviço de referencia e contra-referencia funcionam fluentemente	n=2 40%
<i>“A unidade encaminha para o CAISI”</i>				
<i>“O médico verifica a necessidade e encaminha”</i>				
<i>“Caso precisar, se encaminha pra onde tiver vaga, não há diferenciação para idoso”</i>	O usuário é encaminhado ao serviço especializado por intermédio da ficha de referencia e contra-referencia, porém o sistema é falho e não há comunicação efetiva.	n=3 60%	O serviço de referencia e contra-referencia é falho	n=3 60%
<i>“Temos grandes problemas com a referência e a contra-referencia”</i>				
<i>“A contra-referencia é um nó”</i>				
<i>“Encaminhamos, mas a contra-referencia é muito falha”</i>				
	TOTAL	N=5 100%	TOTAL	N=5 100%

As falas a seguir ilustram a categoria com maior frequência mencionada no Quadro 17.

UR (1): *“O sistema às vezes da muito problema na questão do idoso. O sistema abre pela manhã e o marcador tem que estar bem atento pra marcar as consultas, e às vezes nessa pressa de marcar ele deixa o idoso fora da prioridade”*;

UR (2): *“Acredito que não tenha diferenciação em ser idoso, uma vez tenha a disponibilidade da vaga a gente está ofertando, muito embora saibamos que por lei a prioridade deve ser sempre do idoso”*;

UR (3): “Muitas vezes o profissional da atenção básica encaminha sem os devidos critérios que foram passados pra ele. A unidade encaminha o usuário para o CAISI por que ele é idoso, nem procura escutar o idoso e já encaminha. Quando chega à atenção especializada, o médico questiona porque aquele usuário foi encaminhado. Então, a gente tem grandes problemas com essa referência e contra-referência”;

UR (4): “A contra-referência é um nó, no sentido de um profissional referenciar e o colega não contra-referenciar a atenção básica”.

Quadro 18 – Distribuição das Unidades de Registro (UR), Unidades de Significância (US) e Categorias (C), segundo a percepção dos profissionais quanto a referência e contra-referência dos serviços de saúde do idoso do município de João Pessoa-PB, 2011

UR	US	%US	C	%US
“Encaminhamos para outro serviço e eles mandam a contra-referência”	O profissional encaminha o usuário e, posteriormente o usuário volta para acompanhamento na unidade	n=36 39,2%	O usuário é encaminhado ao serviço especializado por intermédio da ficha de referência e contra-referência e, posteriormente, retorna a unidade para acompanhamento.	n=36 39,2%
“A gente referencia para o CAISI”				
“A gente verifica a necessidade e encaminha”				
“Muito mal, os idosos vão para o serviço especializado, mas não tem contra-referência”	O profissional encaminha o usuário, porém raramente o usuário volta para acompanhamento na unidade	n=51 55,4%	O sistema de referência e contra-referência é falho, não há comunicação efetiva, geralmente o usuário não retorna a unidade de origem para acompanhamento e, ainda, a contra-referência raramente é enviada para a equipe de atenção básica. Além disso, o acesso ao atendimento especializado é demorado.	n=51 55,4%
“É lento e muito demorado, deixa muito a desejar”				
“A gente tem muita dificuldade com relação à contra-referência”				
“O serviço de contra-referência não funciona”				
“Ainda é um sistema muito falho”				
“Essa questão fica mais a critério do enfermeiro, eu não tenho domínio”	O profissional de saúde desconhece o serviço.	n=5 5,4%	O profissional de saúde não soube informar.	n=5 5,4%
“Desconheço o serviço”				
“A técnica é orientada a fazer mais as atribuições dela”				
“Não sei responder”				
	TOTAL	N=92 100%	TOTAL	N=92 100%

Os recortes das entrevistas realizadas com os profissionais encontram-se expostos a seguir, elas ilustram a unidade de registro de maior frequência apresentado no quadro anterior.

UR (1): *“Ainda é muito falho, nós temos a referencia do Centro do idoso e muitas vezes o idoso deixa de receber atendimento específico, passam meses pra esperar uma consulta. O centro do idoso tem uma demanda muito grande e às vezes leva três meses pra fazer um exame”;*

UR (2): *“É lento, algumas especialidades tipo neuro, psiquiatra é mais demorado. Ele [o idoso] passa na médica, ela faz o encaminhamento e é marcado dentro da própria unidade, mas é muito demorado, deixa muito a desejar”.*

UR (3): *“Nós só temos a referencia, mas a contra-referencia não vem, somente eles [os idosos] relatam”;*

UR (4): *“A gente tem muita dificuldade com relação a contra-referencia, porque a gente não consegue fazer essa linha de acompanhamento, ele vem é encaminhado mas, a gente não consegue que esse médico continue o tratamento”;*

UR (5): *“Ultimamente não tem funcionado, a gente faz a referencia, mas raramente vem a contra-referencia. A gente perde o contato com o paciente e não sabe onde ele foi parar”;*

UR (6): *“Nesse tempo todo de serviço ninguém manda a contra-referencia, eu só vi um, já nem acho estranho mais. Muito raramente mandam”;*

UR (7): *“No geral a gente só conhece a contra-referencia na teoria. A referência existe, mas a contra-referencia é muito raro alguém trazer alguma coisa escrita do atendimento. A gente lamenta muito, é muito importante pra gente poder registrar no prontuário e pra ter um acompanhamento mais de perto”;*

UR (8): *“Agente faz a marcação, mas é um problema generalizado. É muito ruim, tem espera de 3 meses e já teve caso de 1 ano”;*

UR (9): *“Há o centro do idoso, mas a gente sente dificuldade de encaminhar, o médico nem sempre encaminha pro CAISI”.*

Como observado, tanto os gestores como profissionais afirmaram que o município dispõe de uma central de regulação responsável pela marcação das consultas especializadas, bem como de exames de tecnologia mais avançada. O mecanismo funciona da seguinte forma: em cada unidade de saúde da família há a figura de um regulador/marcador que, por sua vez, dispõe de um ambiente equipado com computadores e acesso ao sistema de marcação de consultas. Algumas unidades ainda não dispõem desse profissional, nesses casos os encaminhamentos são transferidos para outra unidade que o tenha para efeito de marcação. Todos os dias, no período da manhã, esse sistema libera vagas, essas são disponibilizadas a totalidade das unidades de saúde do município simultaneamente e cada marcador, tendo em mãos os encaminhamentos realizados pelo médico, tenta capturar as vagas disponíveis a que os usuários foram encaminhados. Porém, esse sistema não faz distinção de prioridade, o que determina a alocação dos usuários nas vagas e locais disponíveis no sistema é o bom senso do marcador, para atender primeiramente os encaminhamentos dos idosos e demais indivíduos

com necessidades especiais, e a sua agilidade para conseguir garantir as vagas demandadas pela unidade.

Nesse contexto, percebe-se que o mecanismo de referência e contra-referência do município, embora esteja sendo melhorado, ainda não está adequado às demandas da população, cada vez mais idosa. Ademais, o sistema de marcação deve garantir o direito à prioridade aos idosos e às pessoas em condições especiais, além de propiciar a continuidade da assistência a todos a fim de alcançar a integralidade que o SUS propõe.

Em consonância com o exposto, Giovanella *et. al.*(2008) apontam para a capacidade de coordenação da atenção ao paciente, outro atributo da atenção básica, para que uma assistência integral seja garantida. Segundo os autores, a coordenação implica na capacidade de garantir a continuidade de atenção (atenção ininterrupta) no interior da rede de serviços, a sua essência é a disponibilidade de informação acerca dos problemas enfrentados pelo paciente ao longo da vida. Para tanto é necessária a existência de um prontuário de acompanhamento longitudinal do usuário e a contra-referência no seu retorno do especialista, para apoio na elucidação diagnóstica ou na decisão do manejo terapêutico a ser adotado na unidade de saúde.

Ainda conforme os autores, a coordenação da atenção recebida pelo paciente, realizado pelo generalista da unidade, proporciona melhor acompanhamento do usuário, em especial daqueles portadores de doenças crônicas ou de morbidades múltiplas, para os quais os sistemas de atenção a saúde estão, em geral, ainda pouco preparados. Essa coordenação dos cuidados torna-se cada vez mais indispensável, sobretudo por causa do envelhecimento da população, que evidencia crescente prevalência de doenças crônicas. O cuidado a doentes crônicos resulta em interdependência entre as unidades de saúde, pois esses pacientes utilizam simultaneamente serviços de diversas complexidades, o que demanda a coordenação entre serviços (GIOVANELLA, *et. al.*, 2008).

Nesse contexto, a responsabilidade sobre a organização do sistema de referência e contra-referência cabe a direção municipal do SUS. Para tanto, os gestores devem estabelecer parcerias a fim de garantir o atendimento necessário à população (SOLLA; CHIORO, 2008).

Além da forma de funcionamento, o estudo revelou que 60% dos gestores e 55,4% dos profissionais reconhecem que o serviço de referência está falho, que ainda não há comunicação efetiva entre os profissionais da rede, e que a oferta dos serviços especializados ainda está insuficiente para atender a demanda da população idosa resultando, conseqüentemente, em um tempo de espera por atendimento que pode chegar a meses.

Para efeito de investigação, também foi indagado aos usuários como eles conseguiam atendimento que não eram disponibilizados na unidade de saúde. A pesquisa mostrou que 56,9% dos usuários recorrem a unidade de saúde da família a fim de alcançar encaminhamento, ou seja, reconhecem a atenção básica como porta de entrada do serviço de saúde, como demonstra o Quadro 19.

Quadro 19 – Distribuição das Unidades de Registro (UR), Unidades de Significância (US) e Categorias (C), segundo a percepção dos usuários quanto a referencia dos serviços de saúde ao idoso do município de João Pessoa-PB, 2011

UR	US	%US	C	%US
“O médico encaminha e eu faço o exame fora.”	O usuário procura a estratégia de saúde da família e solicita encaminhamento para o outro serviço, ou seja, aciona o nível de atenção básica. Por intermédio da equipe básica de saúde, o idoso é referenciado ao nível de atenção necessário.	n=62 56,9%	O usuário busca atendimento na ABS para ser referenciado a outros níveis de atenção	n=62 56,9%
“Falo com o médico do posto e peço o encaminhamento.”				
“Passa pelo clínico da unidade e pegar o encaminhamento. Lá mesmo já marca.”				
“Quando eu preciso de alguma coisa, fora do posto, vou logo a um particular.”	O sistema de referencia é falho e o acesso ao atendimento especializado é demorado, contudo os usuários recorrem ao serviço particular.	n=25 22,9%	Demora no encaminhamento, o usuário recorre a rede particular de saúde	n=25 22,9%
“Procuro o plano de saúde.”				
“Vou a uma clínica particular”				
“Consigo na amizade”	Devido a dificuldade de conseguir atendimento no nível de atenção secundário e terciário, os idosos recorrem a conhecidos ou familiares que trabalham no serviço de saúde, esses por sua vez, conseguem oferecer a assistência necessária de forma mais rápida.	n=5 4,6%	O usuário consegue atendimento em outros estabelecimentos de saúde do SUS por intermédio de amizade	n=5 4,6%
“Quando não tenho encaminhamento, sou atendida por intermédio de amizades.”				
“Vou ao HU, tenho um parente que trabalha lá e consegue pra mim.”				
“Vou direto ao hospital do Valentina.”	Motivados pela dificuldade de conseguir o encaminhamento na unidade de atenção básica, os usuários recorrem ao atendimento diretamente no nível de atenção secundário ou terciário.	n=13 11,9%	O usuário não consegue ser encaminhado e, por isso procura diretamente outro estabelecimento de saúde	n=13 11,9%
“Ia ao posto, mas como vejo tudo difícil, apelo pro CAIS ou pro hospital de Mangabeira.”				
“Já precisei e não consegui encaminhamento, fui ao HU. Lá a médica perguntou pelo encaminhamento e eu disse que não tinha, mesmo assim ela me atendeu.”				
“Não sei responder, nunca precisei.”	O usuário não conhece o serviço	n=4 3,7%	O usuário não soube responder.	n=4 3,7%
	TOTAL	N=109 100%	TOTAL	N=109 100%

As falas a seguir ilustram a categorias com maior frequência mencionada no quadro 19, que corroboram com as unidades de registros mencionadas.

UR (1): *“Quando eu preciso vou ao posto falar coma médica e pego o encaminhamento. Agora mesmo eu peguei um encaminhamento que a consulta foi hoje de manhã, mas demorou tanto que eu me esqueci da consulta e não fui. Faz mais de três meses que eu pedi”;*

UR (2): *“Quando não tem aqui, eles encaminham pra outro lugar. Geralmente, pro Santa Izabel ou São Vicente de Paula”;*

UR (3): *“Encaminha pra um hospital. Eu nunca precisei, mas a minha vizinha já fez e foi assim. Foi entregar na casa dela a marcação”;*

UR (4): *“Pego encaminhamento aqui na unidade, a médica me atende e eu digo o que eu estou precisando. Já consegui neurologista, cardiologista..., só demora um pouco, o médico de cabeça é o que demora mais”.*

Garantir o acesso estruturado aos serviços especializados e aos demais níveis de atenção, é fundamental para contemplar a integralidade e longitudinalidade da assistência. A relação interpessoal entre profissionais da equipe e a comunidade é fator importante no processo de acompanhamento e atendimento das necessidades da comunidade, bem como na busca de uma atenção integral e continuada.

Starfiel (2002) confirma que com o estabelecimento da relação ao longo do tempo, os profissionais passam a conhecer os pacientes e estes a conhecer os profissionais, permitindo uma relação humanizada e uma atenção mais integral, o que proporciona maior satisfação dos pacientes. Em complementaridade, Giovanella *et. al.*(2008) acrescentaram que esse vínculo se estabelece com base na confiança do usuário no profissional e na responsabilização do profissional ou equipe pelo cuidado e promoção da saúde. Nesse sentido, o agente comunitário de saúde se configura como um elo fundamental na comunicação e no estabelecimento do vínculo entre a unidade e a comunidade, essa interação se materializa principalmente por meio das vistas domiciliares.

Nesse contexto, foi perguntado aos usuários idosos se eles conheciam o ACS da sua família e quantas visitas a sua casa esse profissional realizava a cada mês. O estudo revelou que a maioria dos idosos (52,3%) conhece o agente de saúde, possui um vínculo de confiança, e recebe visitas regulares dos mesmos. Nessas ocasiões, os idosos declaram receber orientações, encaminhamentos já marcados e, ainda conversam sobre as condições e necessidades das pessoas residentes em seu domicílio. Entre os demais entrevistados, 39,4% mencionaram conhecer o ACS, mas só receber visita do mesmo quando há algum encaminhamento a ser entregue, e apenas 8,9% dos usuários revelaram não conhecer e não

receber nenhuma visita do agente de saúde da família. O quadro 20 demonstra o resultado da análise, bem como a frequência de cada categoria. Posteriormente, encontra-se disposta alguns recortes das entrevistas realizadas com os usuários, a fim de ilustrar a unidades de registro de maior frequência evidenciado no referido quadro.

Quadro 20 – Distribuição das Unidades de Registro (UR), Unidades de Significância (US) e Categorias (C), segundo a percepção dos usuários quanto a visita domiciliar ao idoso e aos seus familiares no município de João Pessoa-PB, 2011

UR	US	%US	C	%C
“Não sei quem é”	Os usuários afirmam não conhecer o agente de saúde da sua família e não receber nenhuma visita domiciliar.	n=9 8,3%	Usuário não conhece o ACS e não recebe vistas dele	n=9 8,3%
“Mudou a uns dois meses, ainda não foi na minha casa.”				
“Não aparece.”				
“Conheço, ela vai quando tem alguma coisa pra entregar. Agora ela não está indo.”	Os idosos alegam conhecer o agente comunitário de saúde da sua micro-área, porém não recebe visitas regulares do mesmo. Declaram que o agente só faz a visita quando há alguma marcação ou exame a ser entregue.	n=43 39,4%	Usuário conhece o ACS, porém não recebe visitas dele	n=43 39,4%
“Às vezes aparece, passa um ou dois meses sem vir.”				
“Quando têm exames ela passa pra entregar. Se não, ela passa só pra pedir a assinatura.”				
“Ele vai umas duas vezes ao mês, nunca faltou.”	Os usuários idosos declaram conhecer o agente comunitário de saúde da família e, ainda, que recebe visitas regulares dos mesmos. Afirmam receber orientações, marcação de exames e conversar com o ACS sobre as condições e necessidades de saúde das pessoas que ali residem.	n=57 52,3%	Usuário conhece o ACS e recebe visitas regulares do mesmo	n=57 52,3%
“Passa sempre em minha casa, mais de duas vezes ao mês.”				
“Conheço, ela vem muito aqui em casa. A gente bate um papo e ela me escuta muito também.”				
TOTAL		N=109 100%	TOTAL	N=109 100%

UR (1): “Sim, conheço. Ela vem uma vez ao mês e pergunta se está tudo bem comigo, se tem alguém doente em casa, se estou precisando de alguma coisa e leva algum papel que tiver pra mim”;

UR (2): “Sim, conheço a ACS. Ela está vindo acho que uma vez no mês. Pergunta como eu to, sobre os remédios, se estou precisando ir ao médico e se tem alguém doente em casa. Até vem me dizer onde, o horário e o dia das consultas que eu tenho que ir, quando é fora”;

UR (3): “Conheço, às vezes ela vem e eu não estou em casa, mas geralmente são 2 vezes. ela chega aqui e diz: como a senhora está, tem ido à médica, pergunta mais dos remédios que ela passou e pede a receita pra olhar. Me explica tudo, por que às vezes eu não sei”;

UR (4): “Conheço, é um rapaz do posto, ele visita duas ou três vezes ao mês. Qualquer coisa que eu preciso eu ligo pra ele e ele vem. Pergunta se tá precisando de alguma coisa, como a gente vai e qual a medicação que estou tomando”;

UR (5): “Conheço o meu agente, tá tudo em ordem. Faz duas ou três visitas, vem aqui e pergunta como a gente tá e manda assinar o livro. Quando tem encaminhamento ela entrega e a gente assina”.

Quanto a qualidade da assistência recebida, foi formuladas uma pergunta sobre a definição de assistência de qualidade para cada usuário, ou seja, o que significava um atendimento de saúde de qualidade. A maioria dos usuários (51,4%) afirmou que serviço de qualidade é aquele em que eles são recebidos com atenção e que os profissionais estão dispostos a ouvir as suas queixas - UR (1): “De qualidade é quando o médico não fica só de cabeça baixa e não nos examina, só escreve. Eu gosto do médico que pergunta como você está e escuta o que eu falo”; UR (2): “É aquele que recebe com delicadeza e atenção. Eu acho muito ruim, a pessoa de idade já não consegue falar direito, que nem eu, e eles não dão atenção”; UR (3): “Um atendimento de qualidade nem significa dizer que o ambiente seja cheio de coisas ricas e belas. É quando o funcionário dar o melhor de si para o cliente: tratá-lo bem, com respeito e com paciência”; UR (4): “É o médico olhar a gente todinha, escutar, examinar direitinho e não fazer tudo de bolo. Tratar a gente bem, dar atenção”; UR (5): “É de qualidade quando a gente é tratado bem, que os velhos são considerados”; UR (6): “Tem qualidade aquele que recebe bem o paciente e fala com educação, pergunta tudo na base da educação. Eu acho que é a base de tudo”.

Ou seja, como apoio nas falas, a pesquisa demonstrou que a relação interpessoal entre usuários e profissionais é essencial ao atendimento e satisfação do usuário idoso. O quadro 21, a seguir expõe as unidades de registro encontradas, bem como a categoria de maior frequência entre as entrevistas.

Quadro 21 – Distribuição das Unidades de Registro (UR), Unidades de Significância (US) e Categorias (C), segundo a percepção dos usuários idosos sobre a qualidade do atendimento na atenção básica. João Pessoa-PB, 2011

UR	US	%US	C	%C
“É aquele que recebe bem o usuário.”	Atenção e respeito dos profissionais que compõem o serviço	n=56 51,4%	O atendimento de qualidade é aquele que é humanizado, em que os profissionais da equipe escutam atenciosamente as queixas dos idosos e, ainda, os tratam com respeito e carinho.	n=56 51,4%
“É aquele que o médico da atenção ao paciente.”				
“É, principalmente, aquele em que ouve com atenção o que a pessoa diz e nos trata de forma adequada.”				
“É o que nunca falta médico, remédio e agente é atendido.”	Não falta remédio e nem medicação para o atendimento dos usuários	n=9 8,3%	O atendimento de qualidade é aquele que dispõe de profissionais	n=32 29,4%

“É ter condições de ser atendida em, no máximo, 8 dias e não passar 6 meses pra ser atendido por um médico.”	Agilidade no atendimento dos idosos	n=19 14,4%	qualificados e em número suficiente para atender a população.	
“É aquele que consegue atender a todos que procuram assistência.”	Que atende a demanda dos usuários	n=4 6,7%		
“É o atendimento que garante prioridade ao idoso”	Prioridade aos idosos e fragilizados	n=21 19,3%	O atendimento é considerado de qualidade quando há prioridade às pessoas idosas e também, àquelas com necessidades especiais.	n=21 19,3%
“É um atendimento rápido e eficiente.”				
	TOTAL	N=109 100%	TOTAL	N=109 100%

Após ter ciência sobre o significado de qualidade de saúde na perspectiva dos usuários, foi pesquisada qual a opinião deles quanto a qualidade da assistência na unidade de saúde em que são atendidos. O resultado encontrado evidenciou que o atendimento oferecido nas unidades de atenção básica do distrito sanitário III está classificado, por meio da avaliação de 54,1% dos usuários idosos, entre regular e bom. O Quadro 22 explicita esses achados.

Quadro 22 – Distribuição das Unidades de Registro (UR), Unidades de Significância (US) e Categorias (C), segundo a percepção dos usuários idosos quanto a opinião dos idosos sobre qualidade do atendimento na atenção básica do município de João Pessoa-PB, 2011

UR	US	%US	C	%C
“É péssimo, as pessoas tem medo de falar com o médico daqui.”	Segundo os usuários, o atendimento recebido na unidade básica de saúde é de péssima ou de má qualidade.	n=4 3,7%	De péssima ou má qualidade	n=4 3,7%
“Não é bom, não tratam a gente direito.”				
“É regular, às vezes tem alguém com mal humor.”	O atendimento oferecido na atenção básica é classificado regular ou de boa qualidade, conforme avaliação dos usuários idosos.	n=59 54,1%	De qualidade regular ou de boa	n=59 54,1%
“Aqui é bom, elas escutam direitinho.”				
“Me sinto muito bem com atendimento do posto.”	O atendimento na atenção básica é considerado de ótima qualidade, conforme avaliação dos usuários idosos.	n=46 42,2%	Ótima qualidade	n=46 42,2%
“Pra mim é ótima, todos me tratam bem.”				
	TOTAL	N=109 100%	TOTAL	N=109 100%

Em concordância com o conceito de qualidade definido pelos usuários, o Ministério da Saúde coloca que a comunicação é uma necessidade fundamental para a pessoa idosa. Sua satisfação envolve um conjunto de condições biopsicossociais, pois se comunicar envolve,

além das palavras que são expressas ou escritas, todos os sinais transmitidos pelas expressões faciais, pelo corpo, postura e distância que se mantém, capacidade e o jeito de se tocar ou mesmo o silêncio em uma conversa (BRASIL, 2007). Todos esses fatores são significativos no momento em que o idoso se comunica com a equipe de saúde e, por isso, deve haver uma preparação da equipe multidisciplinar para receber e comunicar-se adequadamente com cada parcela da população, inclusive com a idosa.

Posteriormente, perguntou-se sobre a forma como o idoso era recebido na unidade, se ele se sentia bem acolhido pela equipe de saúde. Segundo a perspectiva de 73,4% idosos, as equipes de saúde da família recebem bem os usuários que lá buscam assistência, a maioria das unidades trabalha de forma a oferecer uma atenção humanizada, fazendo com que os usuários se sintam bem acolhidos (Quadro 23).

Quadro 23 – Distribuição das Unidades de Registro (UR), Unidades de Significância (US) e Categorias (C), segundo a percepção dos usuários quanto ao acolhimento que o idoso recebe na atenção básica ao procurar assistência no município de João Pessoa-PB, 2011

UR	US	%US	C	%C
<i>“Não sou acolhida”</i>	O usuário avalia que a forma com que ele é recebido, quando vai a unidade de saúde, não é acolhedora. Não ha um atendimento humanização na unidade de saúde em que ele procura assistência.	n=3 2,8%	Atenção desumanizada e não acolhedora	n=3 2,8%
<i>“Não tem nenhuma acolhida.”</i>				
<i>“Não está muito bom não, os funcionários não tem respeito.”</i>	Na perspectiva do usuário, o idoso é mal acolhido no serviço básico de saúde. Percebe-se uma preocupação da equipe em oferecer um cuidado humanizado, porém ainda está deficiente.	n=26 23,8%	Mal acolhimento do usuário idoso, por parte dos profissionais	n=26 23,8%
<i>“Sou mal recebida”</i>				
<i>“Sou bem acolhida por alguns e o médico é péssimo.”</i>				
<i>“Me sinto bem acolhida, dão muita atenção ao idoso.”</i>	Os idosos alegam serem bem recebidos na unidade básica de saúde. A equipe desenvolve um trabalho humanizado, de forma que os usuários se sentem acolhidos .	n=80 73,4%	Usuário é bem acolhido e a assistência é humanizada	n=80 73,4%
<i>“Bem acolhida, os funcionários são muito prestativos e tratam a gente bem.”</i>				
<i>“Bem acolhida, por que recebem direitinho o paciente.”</i>				
	TOTAL	N=109 100%	TOTAL	N=109 100%

Quanto ao atendimento das necessidades de saúde da população idosa, o estudo considerou os relatos das três perspectivas da pesquisa: gestores, profissionais e usuários. Por intermédio da pesquisa, pode-se perceber que a gestão municipal de saúde do município de João Pessoa tem se preocupado com a assistência a saúde da pessoa idosa. Porém, o serviço ainda não está orientado de forma a alcançar as necessidades de assistência ao idoso, estando tal dificuldade presente não somente na atenção básica como também em outros níveis de atenção, a exemplo dos atendimentos especializados e de internação hospitalar.

Em consonância com o exposto, Starfield (2002) afirma que os serviços de saúde devem estar norteados na comunidade, conhecendo suas necessidades de saúde; centrados na família para avaliar como responder às necessidades de saúde dos seus membros; e ter competência para se comunicar e reconhecer as diferentes demandas dos diversos grupos populacionais. O quadro 24, expõe os resultados sobre o alcance das necessidades de saúde dos idosos, na perspectiva dos gestores.

Quadro 24 – Distribuição das Unidades de Registro (UR), Unidades de Significância (US) e Categorias (C), segundo a percepção dos gestores quanto a resposta às necessidades dos idosos do município de João Pessoa-PB, 2011

UR	US	%US	C	%C
“Tenho esperança de melhora no futuro”	Esperança de um dia atender às necessidades	n=1 20%	O serviço de saúde, como um todo, não está suprimindo as necessidades da população idosa.	n=4 80%
“Há dificuldade de atendimento hospitalar para o idoso”	Dificuldade no atendimento hospitalar	n=1 20%		
“Agente pega carona nas outras áreas temáticas”	Ausência de programas específicos e recursos para a saúde do idoso	n=2 40%		
“Os serviços não são específicos para os idosos”				
“Acho que sim”	Parece atender as necessidades de saúde dos idosos	n=1 20%	O serviço de saúde parece oferecer resposta às necessidades de saúde da população idosa.	n=1 20%
	TOTAL	N=5 100%	TOTAL	N=5 100%

UR (1): *“Não vou ser pessimista, tenho esperança no futuro, a gente tá conseguindo fazer alguma coisa, mas ainda não tão relevantes. A gente precisa dar outros passos bem maiores”;*

UR (2): *“Devemos melhorar esse atendimento hospitalar, assegurar realmente aquilo que a política de saúde do idoso preconiza. O estatuto do idoso está aí, tem escrito que é pra assegurar o número de leitos nos hospitais, mas, o idoso chega num hospital e pra ser atendido é uma dificuldade muito grande”;*

UR (3): *“Ainda tem muito a crescer, os programas não são específicos para o idoso, agente pega carona nas outras áreas temáticas. Tem que melhorar e tem como melhorar, acho que tem de unir forças, gestores e profissionais”;*

UR (4): *“Deixa a desejar em alguns aspectos, tem que melhorar o acesso e a oferta a medicação, ampliar a oferta de exames especializados na própria referência de serviços do idoso, investir em lazer, assim como em acompanhamento psicológico que era pra estar inserido no serviço”.*

Em concordância com os gestores, 73,9% dos profissionais entrevistados acreditam que o serviço ainda está insuficiente para cobrir as necessidades de saúde da população. Na perspectiva deles, falta estrutura física e humana para atender a demanda e enfrentar essa nova conjuntura populacional, de uma população mais idosa.

Estudos realizados pelo IBGE, em 2002 e 2005, já apontavam um cenário nacional pouco favorável em relação a infra-estrutura e a recursos humanos dos estabelecimentos de saúde. Segundo o estudo, no ano de 2002 cerca de metade (46%) das unidades ambulatoriais era pequena, com área construída de até cem metros quadrados. Apenas 23% realizavam ou coletava material para exames, o que implica dificuldade de acesso com deslocamento do paciente a um serviço específico sempre que lhe for solicitado para complementar diagnóstico.

Ainda segundo a mesma pesquisa, no Brasil a disponibilidade de profissionais de saúde atuantes em qualquer serviço de saúde, vinculado ao SUS, apresenta muitas desigualdades regionais, sendo o nordeste apontado como segunda região menos favorecida, atrás somente da região Norte. A média de profissionais no nordeste era de 0,99 médicos/mil habitantes; 0,53 dentistas/mil habitantes; 0,53 enfermeiros/mil habitantes; e 0,42 técnicos de enfermagem/mil habitantes. O Quadro 25, expõe os resultados sobre os serviços do SUS e o alcance das necessidades de saúde dos idosos.

Quadro 25 – Distribuição das Unidades de Registro (UR), Unidades de Significância (US) e Categorias (C), segundo a percepção dos profissionais quanto a resposta às necessidades dos idosos do município de João Pessoa-PB, 2011

UR	US	%US	C	%C
<i>“Não, eles procuram atendimento nos hospitais e ainda é muito difícil”</i>	Dificuldade no atendimento hospitalar	n=5 5,4%	O serviço de saúde, como um todo, não está suprimindo as necessidades da população idosa.	n=68 73,9%
<i>“Não posso dizer que sim, tem que melhorar muito.”</i>	Não está alcançando, precisa melhorar	n=2 2,2%		
<i>“Não, ainda é grande a carência e a demora dos exames, inclusive na referência. Deveria haver mais profissionais.”</i>	Demora nos exames e consultas especializadas	n=43 46,7%		
<i>“Ainda não, precisam ser criados serviços específicos para o idoso, também não temos estrutura física e tampouco humana para isso”</i>	Escassez de serviços específicos ao idoso	n=18 19,6%		
<i>“Acho que sim”</i>	Parece estar satisfatório as necessidades dos idosos	n=22 23,9%	O serviço de saúde parece oferecer resposta às necessidades de saúde da população idosa.	n=22 23,9%
<i>“Sim, com certeza.”</i>				
<i>“No geral, sim.”</i>				
<i>“Sim, antigamente era muito precário, hoje temos muitos serviços para o idoso.”</i>				
<i>“Não sei responder”</i>	O profissional não soube informar.	n=2 2,2%	O profissional não soube informar.	n=2 2,2%
	TOTAL	N=92 100%	TOTAL	N=92 100%

UR (1): *“Ainda não, falta muita coisa. A nossa população está envelhecendo e não estamos preparados para isso, não temos estrutura física e tão pouco humana”.*

UR (2): *“Não, deveria haver um calendário com assistência social e psicólogo na atenção básica já que eles não estão tendo acesso a isso. Há uma necessidade muito grande desse acompanhamento”.*

UR (3): *“Ainda não está, deveria haver mais capacitação pra trabalhar com o idoso e com a comunidade em geral. Além disso, haver realmente a prioridade do atendimento ao idoso, que muitas vezes é violada. Vejo muita dificuldade no atendimento ao idoso”.*

UR (4): *“Não atende, os acamados são os casos mais complicados. Existe um carro que leva até o serviço de fisioterapia, mas é sempre lotado, isso deveria ser visto. Muitas vezes abandonam o tratamento por não conseguir esse transporte, pois é só um transporte para todo o distrito”.*

UR (5): *“Não, o idoso tem muita dificuldade pra chegar a unidade, o posto deveria ser mais acessível para que eles tenham como vir procurar os serviços de saúde”.*

UR (6): *“Não, tem que ter mais agilidade nos atendimento, os exames demoram muito, o que mais atropela nossos serviços é a demora nos exames”.*

UR (7): “Não, o clube do idoso é muito longe pra maioria freqüentar, fica no Altiplano. Outra coisa é nós não termos uma rede de fisioterapia, nutrição, psicologia e tudo isso é de muita importância para eles. Muitos deles tem depressão e é muito difícil o encaminhamento”.

UR (8): “Não oferece resposta a saúde do idoso devido a grande demanda e pouca oferta de serviço. Deveriam ter mais centros integrados, mais especialistas, pois essa é uma população crescente e a gente não tem dado conta das necessidades que eles apresentam.”

Corroborando com os resultados obtidos na análise dos discursos dos gestores e profissionais, o relato dos idosos indica a pouca oferta de serviços especializados e a existência de demanda reprimida, interrupção do atendimento por conta da dificuldade de realização de exames e, conseqüentemente, insatisfação dos usuários.

Em relação a este aspecto, Oliveira (2010) aponta que a demanda é a tradução de necessidade mais complexa do usuário. As necessidades de saúde podem ser a busca de algum tipo de resposta para as más conduções de vida, que a pessoa vive ou está vivendo; a procura de um vínculo afetivo com algum profissional; a necessidade de se ter maior autonomia no modo de vida; ou até de ter acesso a alguma tecnologia de saúde disponível, capaz de melhorar ou prolongar sua vida. Segundo a autora, a necessidade do usuário e a demanda por serviços de saúde estão entrelaçadas, precisando ser, de alguma forma, escutada e traduzida pela equipe. O quadro 26, ilustra os resultados obtidos.

Quadro 26 – Distribuição das Unidades de Registro (UR), Unidades de Significância (US) e Categorias (C), segundo a percepção dos usuários quanto a resposta às necessidades dos idosos do município de João Pessoa-PB, 2011

UR	US	%US	C	%C
“Acho que não, porque o atendimento ainda está muito difícil para o idoso.”	Segundo os usuários, o serviço de saúde, como um todo, não está suprimindo as necessidades da população idosa.	n=59 54,1%	Não atender as necessidades de saúde	n=59 54,1%
“Não, porque pra conseguir uma consulta temos que esperar dois meses.”				
“Não, tem exame que o idoso tem que fazer e é uma dificuldade grande.”				
“Acho que sim, pra mim está tudo ótimo.”	O serviço de saúde parece oferecer resposta às necessidades de saúde da população idosa.	n=47 43,1%	Parece atender as necessidades de saúde	n=47 43,1%
“Acredito que sim, sempre consigo resolver os meus problemas.”				
“Sim, eu acho ótimo.”				
“Não sei responder”	O usuário não soube responder.	n=3 2,8%	O usuário não soube responder.	n=3 2,8%
“Não procuro muito os hospitais e nem o posto, por isso não sei te dizer.”				
	TOTAL	N=109 100%	TOTAL	N=109 100%

UR (1): “Não, por que você já pensou: se a pessoa precisar de um médico, ter que esperar um ou dois meses pra conseguir. Querer pegar uma ficha com o médico da unidade, pra pedir encaminhamento, e não ter. Ir a vários lugares, atrás de atendimento, e não ser atendida por que o posto não liberou. Isso é muito ruim.”

UR (2): “Apesar deles darem prioridade para o idoso, não tem médico especialista, por isso não supre as necessidades. Pra marcar lá fora ainda demora”.

UR (3): “Não, a gente chega não tem vaga. Temos que ficar batendo nas portas dos hospitais pra conseguir uma vaga”.

UR (4): “Não, a fisioterapia, a mamografia e o exames de vista, que são muito freqüentes pra gente, são demorados de mais. O idoso tem que ficar indo atrás”.

UR (5): “Não, mais médicos e mais funcionários de saúde. Os médicos não querem vir atender no postinho e nem querem cuidar dos velhinhos, por que o idoso é estressado. Eles só querem estar no seu consultório pra atender gente da alta que pague. Tá deixando muito a desejar”.

UR (6): “Eu acho que não, o atendimento ainda está muito difícil. Deveria ter mais médico, porque o povo vai pros hospitais e fica tudo esperando, lá a toa, e falta leito, médico e não atende o povo. Passou até na televisão, um idoso com derrame que morreu atrás de ser atendido e ninguém aceitava”.

Quanto aos programas do SUS, direcionados ao idoso, cerca de metade (53,3%) dos profissionais relatou a existência de programas voltados a essa população, e os classificaram como regulares, além disso, apontam para insuficiência dos mesmos em detrimento a grande demanda. Em concordância, 50,5% dos usuários, afirmou desfrutar de programas de lazer e socialização direcionados ao idoso, porém essas atividades ainda são limitadas e insuficientes, e, por isso, reivindicam mais benefícios. Os quadros 27 e 28 demonstram os resultados.

Quadro 27 – Distribuição das Unidades de Registro (UR), Unidades de Significância (US) e Categorias (C), segundo a percepção dos profissionais quanto aos programas oferecidos pelo SUS, no tocante a saúde do idoso do município de João Pessoa-PB, 2011

UR	US	%US	C	%C
“Estão ruins, no papel é muito lindo, mas na prática não existe.”	Os programas não são efetivados como o planejado, os serviços encontram-se precários.	n=12 13%	Estão ruins	n=12 13%
“Estou achando um pouco precário, na mídia está bom, mas na verdade falta muita coisa.”				
“Infelizmente está ruim, trabalhamos apenas pra medicar, a profilaxia não é trabalhada.”				
“Está regular, precisa de mais oferta de serviços.”	Os programas estão sendo efetivados, porém	n=49 53,3%	Estão regulares	n=49 53,3%

“Está regular, a demanda é muito grande e são poucos profissionais capacitados.”	de forma insuficiente. Os serviços não conseguem atender a demanda da população idosa.			
“O programa existe, mas há muita demora no atendimento.”				
“Estão muito bons”	Os programas oferecidos pelo SUS estão suficientes.	n=27 29,3%	Estão ótimos	n=27 29,3%
“São excelentes”				
“Acho que SUS é o melhor convênio, avalio muito positivamente.”				
“Não sei avaliar”	O profissional não soube informar.	n=4 4,4%	O profissional não soube avaliar	n=4 4,4%
“Não conheço os programas voltado aos idosos.”				
	TOTAL	N=92 100%	TOTAL	N=92 100%

UR (1): *“Ainda é deficiente, tá regular. Há muita propaganda e quando o idoso procura o serviço ainda demora muito, mesmo ele sendo idoso”.*

UR (2): *“Tá regular, tem poucos profissionais na rede, aí torna a demanda muito grande e poucos profissionais capacitados. A demora é muito grande pra geriatria e reumatologia, é complicado porque não tem profissional”.*

UR (3): *“Na verdade, falta muita coisa. O projeto existe, mas há uma demora no atendimento”.*

UR (4): *“Eu acho que está insuficiente, tem muita procura por especialista e uma oferta limitada desses profissionais”.*

UR (5): *“Está regular, às vezes falta medicação”.*

UR (6): *“Acho que tem que melhorar um pouco, a gente esbarra muito em burocracia, coisas que poderíamos resolver de imediato a burocracia barra o nosso trabalho.”*

UR (7): *“Eu acho que está regular, a questão da mamografia que é prevenção, esse ano não abriu cota pra nenhuma unidade de saúde”.*

UR (8): *“Algumas coisas funcionam, outras não. Ainda é um sistema novo e futuramente vai ficar melhor”.*

UR (9): *“Acho que deveria melhorar um pouco, não da parte médica e sim das condições de trabalho e material pra trabalhar com idoso. A gente tem projeto aqui de trabalhos com idosos, temos um grupo, já expomos ao distrito as nossas necessidades, mas infelizmente, eu não sei por que, a gente nunca é atendido. Tudo a gente tem o projeto, mas infelizmente temos que caminhar com as nossas pernas, se depender do poder a gente não tem assistência, aí fica difícil até manter o próprio grupo”.*

UR (10): *“É regular, a gente não tem o material que precisa, é pouco. Às vezes tem que tirar dinheiro do bolso pra fazer alguma coisa pra eles [os idosos]”.*

UR (11): *“Tem que melhorar. São oferecidos os serviços, mas deveria ter mais preparação dos profissionais porque não é todo mundo que sabe lidar com idoso. Muitas vezes o idoso não tem conhecimento, mas agente tem que tratá-lo com toda delicadeza e mostrá-lo que não pode ser só do jeito que ele quer”.*

Quadro 28 – Distribuição das Unidades de Registro (UR), Unidades de Significância (US) e Categorias (C), segundo a percepção dos usuários quanto aos programas oferecidos pelo SUS, no tocante a saúde do idoso do município de João Pessoa-PB, 2011

UR	US	%US	C	%C
“É muito difícil, o atendimento está precário.”	Os programas e os serviços encontram-se precários.	n=10 9,2%	Estão precários (ruim)	n=10 9,2%
“Estão ruins, ainda tem idosos jogados, esperando nos corredores e ninguém liga.”				
“Está péssimo.”				
“O SUS oferece um bom trabalho, mas a secretaria proporciona um péssimo trabalho.”	Os programas estão sendo ofertados, porém de forma insuficiente. Os serviços não conseguem atender a demanda da população idosa.	n=55 50,5%	Estão insuficientes (regulares)	n=55 50,5%
“Não está muito bom, está regular. Poderia ficar melhor.”				
“Na teoria está boa, mas na prática deixa a desejar. Esta regular.”				
“Estão muito bons”	Os programas oferecidos pelo SUS parecem estar suficientes.	n=40 36,6%	Estão suficientes (ótimos)	n=40 36,6%
“Estou achando bom, antes nem ligavam para o idoso e agora tem muita coisa.”				
“Pra mim está tudo bem, sempre sou atendida.”				
“Não sei dizer”	O usuário não soube responder.	n=4 3,7%	O usuário não soube avaliar	n=4 3,7%
“Não conheço.”				
	TOTAL	N=109 100%	TOTAL	N=109 100%

UR (1): *“É regulas porque de vez em quando eles estão estendendo um programa pra gente. Nós pagamos imposto muito alto, nós temos direitos a programas direcionados ao idoso. A gente já pagou imposto a vida inteira, agora temos que ter retorno. O que eles fizerem, ainda é pouco diante do que a gente paga”.*

UR (2): *“Está regular, a gente faz os exames tudo direitinho, mas eu queria que o resultado viesse logo. Passa cinco meses pra chegar, e não vale mais nada”.*

UR (3): *“Está mais ou menos, ta melhorando. A gente tem o agente de saúde, tem os encaminhamentos, inventaram essas palestras para os idosos, a reunião, e eu acho que está ficando bom e melhorando ainda mais”.*

UR (4): *“Mais ou menos, os programas hospitalares tem que melhorar. Nesses cantos a gente é muito mal tratado e tem aborrecimento”.*

UR (5): *“Da pra ir levando, mais tem que melhorar”.*

UR (6): *“Tinha uns passeios, agora não aparece nada pra gente. Até a reunião ta fraca, ta já fechando porque não tem ninguém que procure as coisas pra gente”.*

UR (7): *“Ta regular, porque em muitas situações a gente passa dificuldade”.*

Em consonância com o resultado obtido, por meio dos relatos dos usuários, em que eles identificam a insuficiência dos programas de saúde do idoso, Freitas *et. al.* (2006) afirmam que o SUS ainda não está preparado para atender as demandas da população idosa, cada vez maior no país. Os programas de saúde voltados especificamente à saúde da pessoa idosa ainda são limitados e os recursos humanos, capacitados nessa área, ainda escassos.

Conforme relato dos gestores do município de João Pessoa, embora a gestão esteja trabalhando para atender às demandas da população, algumas especialidades médicas oferecidas e corriqueiramente solicitadas pelos indivíduos da terceira idade, como exemplo os reumatologistas, psiquiatras e neurologistas, encontram-se pouco acessíveis na rede, devido à dificuldade de contratação dos mesmos. Apesar da criação do Centro de Atenção Integral à Saúde do Idoso (CAISI), conquista importante à assistência aos usuários do município de João Pessoa e região, nem todos os idosos conseguem ser atendidos, devido a acentuada procura pelos serviços lá ofertados e suas limitações. O CAISI é a única instituição do município especializada na atenção ao idoso, está localizada no centro da cidade, longe dos bairros mais populosos e carentes de João pessoa, e está para atender toda a população idosa dos cinco distritos sanitários, totalizando mais de 15 mil usuários, o que demonstra a sobrecarga existente no serviço e a necessidade de expansão e aproximação destes da comunidade.

Quando investigado sobre os pontos positivos encontrados na assistência ao idoso no município de João Pessoa, várias estratégias foram mencionadas pelos gestores, profissionais e usuários. Entre os gestores, a categoria mais relatada foi a criação de grupos de convivência (60%), já na perspectiva dos profissionais de saúde, o fortalecimento da atenção básica e da ESF, com a construção, reforma e investimentos nas unidades de saúde do município, se destaca entre todos os outros benefícios (41,3%). No ponto de vista dos usuários, a grande conquista se refere aos grupos de atividades de socialização, trabalhos manuais e passeios, chamados também de grupos de convivência (34%). Desse modo, a opinião dos usuários vai

ao encontro com a dos profissionais e corroboram com o achado dos gestores. Os quadros 29, 30 e 31, demonstram os resultados anteriormente mencionados.

Quadro 29 – Distribuição das Unidades de Registro (UR), Unidades de Significância (US) e Categorias (C), segundo a percepção dos gestores quanto aos pontos positivos no serviço de saúde do idoso do município de João Pessoa-PB, 2011

UR	US	%US	C	%C
<i>“A implementação do acolhimento na atenção básica”</i>	Implantação do acolhimento, confere atendimento integral ao idoso	n=1 20%	Implantação do acolhimento na ESF	n=1 20%
<i>“Criação dos grupos de convivência”</i>	Grupos de idosos, reinsere o idoso no convívio social.	n=3 60%	Criação dos grupos de socialização	n=3 60%
<i>“Implantação do CAISI”</i>	CAISI oferece cuidado direcionado à população idosa.	n=1 20%	Centro de Cuidado Integral a Saúde do Idoso (CAISI)	n=1 20%
	TOTAL	N=5 100%	TOTAL	N=5 100%

As falas a seguir ilustram as categorias com maior frequência mencionada no Quadro 29.

UR (1): *“O ponto positivo são os grupos de idosos, eles tem conseguido fazer com que eles tenham uma vida social, mais saudável e respeitada”.*

UR (2): *“O grupo de convivência é um ponto muito positivo, ele tira o idoso de dentro da casa dele e faz com que ele procure a unidade de saúde. Dessa forma, ele passa a se cuidar de uma forma dinâmica, engraçada, convive com outros idosos e a unidade passa a ser um lugar não só de doença, mas de cuidado a saúde”.*

UR (3): *“Acho positivo a criação dos grupos de convivência, isso ajuda muito o idoso, antes eles ficavam esquecidos em casa e agora passeiam e se distraem”.*

Quadro 30 – Distribuição das Unidades de Registro (UR), Unidades de Significância (US) e Categorias (C), segundo a percepção dos profissionais quanto aos pontos positivos no serviço de saúde do idoso do município de João Pessoa-PB, 2011

UR	US	%US	C	%C
<i>“O fortalecimento da atenção básica”</i>	Estratégia de Saúde da Família (ESF)	n=18 19,6%	A ESF está construindo vínculos com a comunidade, proporcionando um atendimento mais integral a comunidade, inclusive ao idoso. Além disso, está facilitando o acesso dessa população aos serviços de saúde.	n=38 41,3%
<i>“A proximidade entre a unidade e a comunidade.”</i>	Proximidade unidade de saúde - usuários	n=8 8,7%		
<i>“A estratégia saúde da família e o atendimento domiciliar que a unidade oferece.”</i>	ESF e o serviço de atendimento domiciliar	n=12 13%		

“Criação dos grupos de convivência”	Atividades grupais na ESF	n=18 19,6%	As atividades manuais, grupais e de atividade física estão reinserindo o idoso ao convívio social.	n=20 21,8%
“As praças e as atividades físicas oferecidas para a terceira idade.”	Práticas de atividade física e local de lazer para a terceira idade	n=2 2,2%		
“O incentivo ao lazer e a qualidade de vida dos idosos.”				
“A prioridade no atendimento”	Prioridade no atendimento	n=9 9,8%	O direito do idoso á prioridade no atendimento de saúde está sendo respeitado, conferindo agilidade no atendimento dessa população.	n=9 9,8%
“Diferenciação do atendimento ao idoso”				
“Implantação do CAISI”	Criação do CAISI	n=8 8,7%	Oferecimento de um cuidado direcionado à população idosa.	n=8 8,7%
“Criação do centro de referência do idoso.”				
“Criação do centro de especialidades de saúde do idoso, onde eles recebem atendimento específico.”				
“Oferta de medicação gratuita.”	Medicação gratuita	n=5 5,4%	Disponibilidade de medicação de forma gratuita aos idosos que necessitam.	n=5 5,4%
“Acesso a medicação de última geração.”				
“Não vejo pontos positivos.”	Não soube dizer nenhum ponto positivo	n=5 5,4%	O profissional pareceu pessimista em relação aos serviços a saúde do idoso.	n=5 5,4%
“Não me lembro de nenhum.”				
“Não sei”	Não soube responder	n=7 7,6%	O profissional não soube responder.	n=7 7,6%
“Nem conheço direito os programas.”				
	TOTAL	N=92 100%	TOTAL	N=92 100%

As falas a seguir ilustram as categorias com maior frequência mencionada no quadro 30.

UR (1): “Um ponto positivo é a própria saúde da família que expandiu muito aqui em João Pessoa, ta mais próxima da comunidade”.

UR (2): “É a disponibilidade de serviços de saúde próximos a residência deles, a unidade fica na própria comunidade e fica mais fácil deles virem aqui”.

UR (3): “As unidades básicas de saúde da família, elas tem os programas de acompanhamento, enfermeira, atividades educativas e de lazer que os idosos se interessam muito”.

UR (4): “Um ponto muito positivo foi o programa de saúde da família, que tem uma proximidade com as famílias e com os idosos. Antes não tinha formação de vínculo e agora eles [os idosos] nos procuram bastante e nós também procuramos eles”.

UR (5): “Um ponto positivo é a unidade, porque trabalhamos diretamente com a comunidade, com os familiares e sabemos avaliar melhor a saúde deles [dos idosos]”.

UR (6): “O positivo é o acesso as unidades de atenção básica, onde a gente procura trabalhar a questão da promoção da saúde, o não adoecimento, e não só o curativo. Isso é muito positivo”.

UR (7): “Um ponto positivo é a unidade básica que fica perto de casa deles, tem atenção domiciliar [visita domiciliar], os passeios e as atividades de terapia. Eles se sentem mais avaliados, a gente conversa e escuta eles também”.

UR (8): “O programa saúde da família que tem assistência médica, visita domiciliar da enfermeira, dentista, a equipe da assistência a muitos idosos que não tem condições de se deslocar”.

Quadro 31 – Distribuição das Unidades de Registro (UR), Unidades de Significância (US) e Categorias (C), segundo a percepção dos usuários quanto aos pontos positivos no serviço de saúde do idoso do município de João Pessoa-PB, 2011

UR	US	%US	C	%C
“O atendimento domiciliar, o agente que vai atender em casa, se precisar.”	Atendimento domiciliar	n=6 5,6%	A ESF está mais próximo da comunidade, proporcionando um atendimento mais integral a população, inclusive ao idoso. Além disso, está facilitando o acesso aos serviços de saúde.	n=25 23%
“A amizade das meninas do posto, qualquer coisa elas atendem rápido.”	Proximidade profissional - usuário	n=5 4,6%		
“É o posto ser bem perto de casa, não precisar pegar ônibus.”	Proximidade da unidade da casa do idoso	n=14 12,8%		
“Criação dos grupos para o idoso participar”	Atividade de socialização e educação física	n=37 34%	As atividades manuais, grupais e de atividade física estão reinserindo o idoso ao convívio social.	n=37 34%
“As atividades físicas para a terceira idade.”				
“Foi aparecer as turmas de idosos para movimentar os idosos e encontrar amigos.”				
“A prioridade no atendimento”	Prioridade no atendimento	n=6 5,5%	O direito do idoso à prioridade no atendimento de saúde está sendo respeitado, conferindo agilidade no atendimento dessa população.	n=6 5,5%
“O direito de não pegar a fila e ser atendida logo.”				
“Implantação do CAISI”	Criação do CAISI	n=7 6,4%	Oferecimento de um serviço especializado no atendimento ao idoso, cuidado direcionado à população idosa.	n=7 6,4%
“É a atenção ao idoso, de ter um lugar que atende só agente, e atende bem.”				
“O centro de médicos do idoso, no Santa Izabel.”				
“É ter a vacina e remédio de graça para os idosos.”	Distribuição de medicação e vacinação gratuita	n=12 11%	Disponibilidade de medicação de forma gratuita aos idosos que necessitam.	n=12 11%
“É a distribuição de remédio gratuito.”				

“Não vejo nada de bom.”	Não soube apontar um ponto positivo	n=8 7,3%	O usuário pareceu pessimista em relação aos serviços a saúde do idoso.	n=8 7,3%
“Tem muita falha, não tenho como dizer um ponto positivo.”				
“Não sei responder”	Não respondeu	n=14 12,8%	O usuário não soube responder.	n=14 12,8%
	TOTAL	N=109 100%	TOTAL	N=109 100%

As falas a seguir ilustram as categorias com maior frequência mencionadas no Quadro 31.

UR (1): *“Eu acho que no começo os idosos andavam muito tristes, jogados, não faziam palestras e não tinha nada. Quando saiu esse grupo de idosos foi muito bom. Os idosos em vez de ficar em casa cochilando, morrendo e se acabando, pelo menos vai se divertindo e se distraindo. Se for evangélico, faz a parte dele, e se for católico também”.*

UR (2): *“O ponto positivo é o grupo, é muito bom. Embora esteja fraquejando, tem reuniões nas quartas”.*

UR (3): *“De positivo, eu acho que são essas atividades de educação física e trabalhos manuais, que ajudam muito no bem estar dos idosos”.*

UR (4): *“Pra mim, essas atividade é que foram ótimas. Acho bom porque tem uns trabalhos e a memória da gente vai funcionando, não fica parada”.*

UR (5): *“Um ponto positivo é que agora as autoridades estão valorizando mais os idosos. Está tendo passeio pra vários lugares e não paga nada, tem festas no SESC, tem lanche..., nesse sentido estão valorizando muito, porque não querem ver o idoso dentro de casa. Isso está ótimo, levanta nossa auto-estima”.*

Em consonância com os gestores e usuários, o trabalho em grupo com pessoas idosas permite descobrir potencialidades e trabalhar a vulnerabilidade e, conseqüentemente, eleva a auto-estima. Além disso, o trabalho em grupo possibilita a ampliação de vínculo entre equipe e pessoa idosa, sendo um espaço complementar de consulta individual, de troca de informações, de oferecimento de orientação e de educação em saúde (BRASIL, 2007).

Por meio dos grupos de convivência e de trabalhos manuais, os idosos se reinserem no contexto social, na medida em que estreita seus laços com outros indivíduos da comunidade, sejam idosos ou não, caracterizando assim um ponto positivo na qualidade de vida.

No ponto de vista dos profissionais de saúde, o fator positivo que merece destaque é a própria ESF. A aproximação da comunidade e o fortalecimento das relações entre usuário e equipe, segundo os profissionais, são preceitos fundamentais para a assistência à saúde do idoso. Em concordância com os profissionais de saúde, Viana e Dal poz (1998 Apud. Giovanella *et. al.*2008), afirmam que um dos propósitos do ESF é promover a integralidade do atendimento e estimular a participação da comunidade por meio da reorganização das práticas de trabalho. Sua implementação se deu pela necessidade de se formarem equipes mínimas de saúde, próximas das comunidades componentes dos municípios, em consonância com a prioridade de interiorização do SUS.

Nesse contexto, pode-se dizer que a opinião dos gestores, profissionais e usuários não se contrapõem, e sim se complementam visto que a ESF e as atividades de socialização, embora em patamares distintos, se tratam de estratégias ligadas em busca da integralidade da assistência.

Quanto aos pontos considerados críticos na assistência a população idosa, identificados mediante relato dos gestores, foi, dentre outros fatores, a falta de hospitais que garantam o atendimento ao idoso. Apenas um hospital tem aceitado a demanda dessa população no município, considerando a internação, e este é filantrópico. Como mostra o Quadro 32, outros dois fatores foram bastante citados como difíceis na oferta de uma assistência integral ao idoso, a saber: a falta de prioridade com essa área temática da saúde e a falta de priorização ao idoso no sistema de marcação dos serviços especializados.

Quadro 32 – Distribuição das Unidades de Registro (UR), Unidades de Significância (US) e Categorias (C), segundo a percepção dos gestores quanto aos pontos negativos no serviço de saúde do idoso do município de João Pessoa-PB, 2011

UR	US	%US	C	%C
<i>“Em relação às prioridades dos gestores, a campanha de vacinação, por exemplo, era pra ser feita mensalmente, mas não é prioridade. Não se tem entusiasmo de trabalhar com idoso.”</i>	Falta de priorização dos gestores com a saúde do idoso	n=2 40%	O serviço de saúde não está preparado para atender às necessidades da população idosa, falta priorização da gestão para com essa área temática.	n=2 40%
<i>“Inexiste um hospital específico para o idoso”</i>	Inexistência de hospital um específico para idoso	n=3 60%	Faltam hospitais que garantam o atendimento do idoso. Apenas um hospital tem aceitado grande parte da demanda dessa população no município, e este é filantrópico.	n=3 60%
<i>“Só temos um hospital que está de portas abertas para o idoso, e já está superlotado.”</i>				

<i>“Dificuldade de acesso aos serviços especializados”</i>	Serviço especializado insuficiente	n=2 40%	Os serviços especializados ainda necessitam de adaptação para garantir atendimento prioritário e de qualidade aos idosos.	n=2 40%
<i>“Atendimento domiciliar ainda precário”</i>	Poucos profissionais de atendimento domiciliar	n=1 20%	As equipes de atendimento domiciliar ainda são poucas e não está conseguindo atender às necessidades da população idosa.	n=1 20%
<i>“Não divulgação dos serviços”</i>	Falta de divulgação dos serviços aos idosos	n=1 20%	O serviço de saúde são oferecidos porém a população idosa não está informada, não tem conhecimento.	n=1 20%
	TOTAL	N=5 100%	TOTAL	N=5 100%

UR (1): *“Um ponto negativo é que o pessoal tem que ter mais entusiasmo para trabalhar com o idoso, os profissionais têm que ter mais amor, carinho e paciência. Muitos acham que atender um idoso é muito chato, ele fala demais, se queixa demais, hoje não to a fim de ouvir isso,..., o profissional já vê o idoso de uma forma muito negativa”.*

UR (2): *“A rede hospitalar ainda tem um número de leitos reduzido, não só pra idoso, mas pra todas as linhas de cuidado. Os hospitais têm dificuldade de receber o idoso por restrição de leitos”.*

UR (3): *“Quando o idoso chega a um hospital para ser atendido, ele encontra uma dificuldade muito grande, pois nós não temos um hospital de referência para o idoso. O único hospital que ainda atende a pessoa idosa dependente do SUS é o Padre Zé, precisamos assegurar um número de leitos nos hospitais para atender essa faixa da população”.*

UR (4): *“Existe um nó muito forte em algumas especialidades, tem certas demandas que não adianta nem priorizá-las, demoram bastante. Quando precisa de um psiquiatra, dermatologista, angiologista..., ainda temos poucos desses profissionais na rede”.*

UR (5): *“O negativo é a questão do atendimento domiciliar, nós temos urgência em um atendimento qualificado para oferecer uma assistência mais efetiva”.*

Já na perspectiva dos profissionais de saúde, observa-se no quadro 33 que entre as dificuldades citadas na assistência a saúde do idoso, aquela que se destacou, sendo referida por cerca de 30% deles, foi o número reduzido de profissionais especialistas da rede, desencadeando demora acentuada na realização de exames e de consultas. A segunda categoria mencionada com maior frequência (14%) foi a dificuldade estrutural e financeira das equipes na realização de atividades com os idosos, acarretando em desestímulo dos profissionais e usuários, bem como a diminuição no número de grupos de convivência e educação física.

Quadro 33 – Distribuição das Unidades de Registro (UR), Unidades de Significância (US) e Categorias (C), segundo a percepção dos profissionais quanto aos pontos negativos no serviço de saúde do idoso do município de João Pessoa-PB, 2011

UR	US	%US	C	%C
“A questão de integrar as unidades só afasta o idoso, fica muito distante da casa deles.”	USF longe da comunidade assistida	n=6 6,5%	A aglomeração de algumas unidades, denominada de unidades integradas, dificultam o acesso do idoso aos serviços de saúde, visto que estas tendem a se afastar fisicamente da comunidade.	n=6 6,5%
“É a questão da distância pra o idoso se dirigir a unidade de saúde.”				
“Tem que melhorar a humanização da equipe de profissionais, principalmente dos médicos.”	Desumanização da assistência	n=2 2,2%	Há um despreparo dos profissionais para o atendimento da população idosa.	n=2 2,2%
“Às vezes o idoso deixa de ir a consulta por que não tem como chegar lá.”	Distância dos estabelecimentos de saúde	n=4 4,4%	Os problemas de locomoção e a falta de transporte adequado dificultam o acesso aos serviços de saúde.	n=4 4,4%
“É preciso auxílio transporte para ajudar eles.”				
“O acesso ao centro do idoso, fica longe e não há transporte adequado pra levá-los lá.”				
“A gente cria as coisas para fazer com os idosos e não tem nenhum financiamento, a gente quem tira do próprio bolso.”	Falta de recursos e estrutura física para manter os grupos de idosos	n=13 14,1%	Os profissionais afirmam ter dificuldades estruturais e financeiras na realização de atividades com os idosos. Consequentemente, o número de grupos de socialização e educação física existentes está diminuído.	n=13 14,1%
“A parte de socialização dos idosos ainda está muito a desejar.”				
“Falta mais compromisso com as atividades físicas, pois eles gostam e precisam, mas o SUS não se prontifica e se interessa.”				
“Falta espaço de lazer, o clube do idoso fica muito distante, que tem carro vai.”				
“Às vezes o idoso vem na unidade, pra pegar o remédio que nós disponibilizamos, mas ele chega e não tem.”	Falta de medicação e material para atendimento	n=4 4,4%	Existe falha na disponibilidade da medicação controlada oferecida na Estratégia de Saúde da Família e de materiais de trabalho.	n=4 4,4%
“Falta material pra gente acompanhar eles melhor”				
“As medicações de hipertensão e diabetes, estão demorando a chegar.”				
“Não há compromisso, é generalizado, a gente tem cultura de achar que o idoso não presta pra nada.”	Falta de interesse dos gestores sobre a temática saúde	n=3 3,1%	Os profissionais apontam dificuldades burocráticas e falta de compromisso com a saúde do idoso.	n=3 3,1%

“Há muita questão burocrática, às vezes só depende de uma assinatura, mas está em greve e não podemos fazer nada.”	do idoso			
“Aqui o idoso passa umas três horas pra ser atendido.”	Demora no atendimento ao idoso na USF	n=7 7,6%	O direito á prioridade no atendimento está sendo violado, em alguns estabelecimentos de saúde a prioridade de atendimento ao idoso inexistente.	n=7 7,6%
“Pessoas á cima de 60 anos não tem prioridade dentro da nossa unidade.”				
“O idoso precisa ter mais assistência e prioridade, a gente vê idosos em filas quilométricas buscando atendimento.”				
“São poucos hospitais que recebem os idosos, nem todos aceitam.”	Dificuldade na assistência hospitalar ao idoso	n=6 6,5%	Há uma dificuldade na assistência hospitalar aos idosos, nem todos os hospitais disponibilizam leitos para idoso e inexistente um hospital referência para essa população.	n=6 6,5%
“Falta de vaga pra idoso nos hospitais.”				
“Falta hospitais para os idosos.”				
“Precisa ter mais especialista, mais fisioterapeutas, gerontologista, reumatologista, neurologista, que está faltando na rede.”	Pouco recurso humano especializado	n=12 13%	O sistema de saúde não está preparado para atender a demanda da população idosa. Há um pequeno numero de profissionais especializados disponíveis para atendimento dos idosos, consequentemente a demora na realização de exames e de consultas é acentuada.	n=27 29,4%
“Alguns exames com marcação demoram”	Demora na marcação e atendimento na atenção secundária	n=15 16,4%		
“A atenção secundária tem pouca resolubilidade, o atendimento do encaminhamento demora muito”				
“A família não ajuda”	Falta de apoio familiar ao idoso	n=10 10,9%	Existe uma falta de assistência, cuidado e atenção por parte dos familiares dos idosos. Além disso, a falta de informação deles dificulta o acesso ao serviço de saúde.	n=10 10,9%
“Falta de informação do idoso e da família.”				
“Falta de cuidado e apoio familiar”				
“Não conheço o programa”	Não soube responder	n=5 5,4%	O profissional não soube responder.	n=5 5,4%
“Não sei”				
“Ainda não tem ponto negativo”	Não tem ponto negativo	n=1 1,1%	O serviço de saúde está oferecendo resposta às necessidades de saúde da população idosa de forma integral.	n=1 1,1%
“O sistema de saúde é falho”	É falho, não especificou nenhum ponto	n=4 4,4%	O profissional não especificou nenhum ponto negativo, porém pareceu pessimista quanto à assistência á saúde do idoso.	n=4 4,4%
	TOTAL	N=92 100%	TOTAL	N=92 100%

UR (1): “O ponto negativo é a falta de muitos profissionais para atender a demanda”.

UR (2): “O negativo é a respeito da alta demanda. Se você entrar no sistema de marcação de consulta (no computador), ou o marcador é ágil o bastante ou não consegue vaga. Devia ter uma ampliação e descentralização dos serviços. Vamos supor, a gente está no Valentina Figueiredo, pra sair daqui e chegar ao centro do idoso é uma locomoção muito grande, estamos falando de idosos! Poderia descentralizar e colocar um em Mangabeira pra atender o pessoal dos bancários, Gaisel, José Américo e de mangabeira. Deixa o do Santa Izabel pra os que moram mais próximo do centro. Deixaria o mesmo quantitativo lá [a mesma oferta de vagas], só criava outro. A própria prefeitura deve pensar nisso, nessa descentralização”.

UR (3): “É a falta de profissional voltado pra esse grupo, para dar assistência de mais qualidade a esses idosos”.

UR (4): “Os exames que não tem na unidade, demoram muito. Eles demoram pra ser atendidos”.

UR (5): “Quando diz respeito a encaminhamento especialização, referência especializada, aí a coisa se complica. A reclamação que eu vejo é só essa”.

UR (6): “Um ponto negativo é não ter profissional quando ele está precisando, a questão da demora, as pessoas não respeitam o idoso”.

UR (7): “O negativo é a atenção secundária, que é de pouca resolubilidade. É um ponto a ser trabalhado”.

UR (8): “Mais contratação de fisioterapeutas, reumatologistas, gerontologistas. Está faltando esses profissionais na rede e eles precisam muito”.

Em concordância com os profissionais de saúde, os usuários mencionaram a dificuldade de conseguir atendimento no nível secundário de atenção, apontaram para a pouca oferta de algumas especialistas corriqueiramente necessárias na assistência a população idosa, a exemplo dos geriatras, reumatologistas, neurologistas, psiquiatras e fisioterapeutas. Em seguida, a categoria destacada é a dificuldade de realização e manutenção das atividades de lazer e socialização, corroborando também com o achado nas falas dos profissionais. No quadro 34 encontra-se este resultado.

Quadro 34 – Distribuição das Unidades de Registro (UR), Unidades de Significância (US) e Categorias (C), segundo a percepção dos usuários quanto aos pontos negativos no serviço de saúde do idoso do município de João Pessoa-PB, 2011

UR	US	%US	C	%C
“A unidade era na porta da minha casa, agora é muito distante e não da pra eu ir.”	Distanciamento das unidades de saúde da família após a construção das unidades de saúde integradas	n=5 4,6%	A aglomeração de algumas unidades, denominada de unidades integradas, dificultam o acesso do idoso aos serviços de saúde, visto que estas tendem a se afastar fisicamente da comunidade.	n=5 4,6%
“O postinho novo é muito bonito e bem preparado para receber o idoso, mas ficou muito longe daqui.”				

<i>“O negativo é ter que pegar ônibus pra ser atendido no CAISI, é muito distante. Além disso, essas empresas não respeitam a gente, eles passam direto.”</i>	Grande deslocamento até o CAISI	n=4 3,7%	Os problemas de locomoção e a falta de transporte adequado dificultam o acesso aos serviços de saúde especial ao idoso (CAISI).	n=4 3,7%
<i>“Quem pode contribui todo mês, pra gente fazer as atividades pra nós mesmos.”</i>	Falta de material para as atividades grupais, os idosos que podem estão arcando com as despesas	n=17 15,6%	Os usuários apontam dificuldades estruturais e financeiras para realização de atividades grupais. Consequentemente, o número de grupos de socialização e educação física existentes está diminuído.	n=21 19,3%
<i>“O grupo está quase fechando, não tem nem cadeira e lugar para a reunião.”</i>	Falta de espaço e de cadeiras para os encontros grupais	n=4 3,7%		
<i>“Não tem medicação controlada.”</i>	Falta de medicação na unidade	n=3 2,8%	Existe falha na disponibilidade da medicação controlada. Também há falta de materiais de trabalho, inviabilizando o atendimento do usuário na atenção básica.	n=3 2,8%
<i>“É trabalhoso pegar a medicação e, nem sempre, tem todas.”</i>				
<i>“Os idosos não estão sendo bem tratados, não tem a prioridade que é de direito.”</i>	Falta de prioridade	n=12 11%	O direito á prioridade no atendimento está sendo violado, em alguns estabelecimentos de saúde a prioridade de atendimento ao idoso inexistente.	n=12 11%
<i>“Um ponto negativo é a espera.”</i>				
<i>“Não te nenhum hospital pra o idoso, é difícil.”</i>	Falta de atendimento hospital especializado na atenção ao idoso	n=4 3,7%	Há uma dificuldade na assistência hospitalar aos idosos, nem todos os hospitais disponibilizam leitos para idoso e inexistente um hospital referência para essa população.	n=4 3,7%
<i>“Falta de leitos pra idoso nos hospitais.”</i>				
<i>“O hospital deveria ter uma área de atendimento só pra idosos.”</i>				
<i>“É não conseguir atendimento.”</i>	Pouca oferta de serviços	n=9 8,2%	O sistema de saúde não está preparado para atender a demanda da população idosa. Há um pequeno numero de profissionais especializados disponíveis para atendimento dos idosos, consequentemente a demora na realização de exames e de consultas é acentuada.	n=36 33%
<i>“É a falta de médico pra atender.”</i>	Falta de médico	n=21 19,3%		
<i>“A demora das consultas e dos exames, isso é muito ruim”</i>	Demora no atendimento e exames especializados	n=6 5,5%		
<i>“A falta de informação sobre a saúde do homem.”</i>	Falta de informação	n=1 0,9%	A falta de informação e orientação, sobre os serviços, dificultam o acesso do idoso ao serviço de saúde.	n=1 0,9%
<i>“O serviço é falho, mas eu não sei te responder”</i>	Não soube apontar os pontos negativos	n=20 18,3%	O usuário não soube responder.	n=20 18,3%
<i>“Não sei dizer.”</i>				
<i>“Não tem ponto negativo, pra mim está tudo ótimo.”</i>	Não há pontos negativos	n=3 2,8%	O serviço de saúde parece estar oferecendo resposta às necessidades de saúde da população idosa de forma integral.	n=3 2,8%
<i>“Não tenho do que reclamar.”</i>				
	TOTAL	N=109 100%	TOTAL	N=109 100%

UR (2): *“A demora pra ser atendido pelo encaminhamento é grande, e isso é muito negativo. Se precisar urgente morre sem atendimento”.*

UR (2): *“Tem pouco médico pra atender os idosos. Deveria ter mais médico de cabeça e de osso, que os idosos precisam muito”.*

UR (2): *“Tem exames que os idosos precisam fazer com frequência, mas não está conseguindo. Era pra eu fazer uma mamografia e ta difícil conseguir, faz tempo que eu luto”.*

UR (2): *“O negativo é quando a gente ta doente, que precisa de um médico e não consegue”.*

UR (2): *“É negativo a demora da marcação, tem que esperar mais de três meses pra ser atendido. Quando o dia chega, a pessoa não está nem lembrada, nem precisa mais”.*

Quanto ao fator crítico da assistência a saúde do idoso no município, novamente os profissionais de saúde e usuários foram confluentes, apontaram a falta de recursos humanos e o despreparo do sistema de saúde para atender a demanda da população idosa, principalmente no que diz respeito a atenção especializada.

Já na visão dos gestores, o ponto crucial está na assistência hospitalar. Em consonância, Freitas *et. al.* (2006) colocam que a assistência hospitalar aos idosos deve ser diferenciada em vista das fragilidades e necessidades que o individuo idoso apresenta. A estrutura física e humana tem que ser diferenciada para receber essa população específica que, muitas vezes, se encontra com limitações físicas, mentais ou emocionais, necessitando de profissionais qualificados para lidar com tais situações.

A garantia de assistência de qualidade, integral e integrada, e a disponibilização de leitos é um direito previsto no estatuto da pessoa idosa e, apesar dos esforços, o município ainda não dispõe de hospital focado na atenção ao idoso, havendo grande dificuldade na a garantia de leitos nos hospitais públicos já existentes na cidade, colocando em risco o princípio da integralidade da assistência. Conforme relato dos gestores, o hospital que mais acolhe idosos para fins de internação é o Padre Zé que não pertence ao município, porém é parceira da secretaria de saúde no atendimento hospitalar da população idosa de João Pessoa.

Diante desse contexto, pode-se dizer que as práticas de cuidado ao idoso no município de João Pessoa, especificamente no Distrito Sanitário III, estão se desenvolvendo em consonância com o princípio da integralidade do SUS. Entretanto, há alguns aspectos em que o serviço de saúde deixa a desejar principalmente no que se refere à continuidade do cuidado. Embora seja perceptível o esforço para a consolidação da referencia e contra-referencia, a comunicação entre os diferentes níveis de atenção ainda está insuficiente para

garantir um acompanhamento de saúde eficaz. Esse fator pode ser considerado crítico na busca pela integralidade da assistência.

Por intermédio do estudo, também foi possível observar que as UBS estão se articulando e oferecendo atividades de promoção de saúde, qualidade de vida e prevenção de agravos para a população idosa, principalmente ações ligadas a atividade física e ao convívio social (trabalhos manuais e grupos de convivência). Estas atividades vêm sendo desenvolvidas com êxito contra a marginalização social, em prol da auto-estima, como mostrou a pesquisa, elas devem ser encorajadas por se tratarem de mecanismos positivos na assistência ao idoso. Apesar disso, em algumas unidades, o pouco espaço disponível e as condições estruturais limitadas dificultam a continuidade dessas atividades, sinalizando para a necessidade de parcerias que apóiem e subsidie essas ações.

De modo geral, observou-se que a gestão municipal e os profissionais de saúde do Distrito Sanitário III estão atentos aos desafios da assistência integral a saúde do idoso, bem como atuantes em busca da prestação de serviços qualificados que atendam às necessidades dessa população.

5.6 ANÁLISE QUANTITATIVA

Esta seção apresenta a apreciação dos dados na abordagem quantitativa, em que se utilizou da técnica de regressão logística. Por meio dessa análise, o estudo define as variáveis relevantes para o alcance das necessidades de saúde dos idosos, bem como um modelo que subsidia a Tomada de Decisão no âmbito da saúde do idoso. Para facilitar a compreensão e tornar mais fluida a leitura, a análise de regressão logística está organizada da seguinte forma: Construção do modelo logístico; Avaliação do modelo logístico; Apresentação dos resultados do modelo logístico ajustado; e Discussão dos resultados obtidos no modelo logístico ajustado.

5.6.1 Regressão logística

➤ Construção do modelo logístico

Nesse estudo, a Regressão Logística foi desenvolvida como um modelo de apoio ao processo de tomada de decisão. O seu emprego teve o objetivo de identificar o conjunto de variáveis que constitui o grupo de fatores que implicam significativamente no atendimento

das necessidades de saúde dos idosos na Atenção Básica do Distrito Sanitário III do município de João Pessoa – PB. Para tanto, utilizou-se do software R – Project.

O modelo logístico apresentado nesse estudo tem como variável dependente a avaliação do idoso quanto ao atendimento das suas necessidades de saúde (o valor “1” atribuído a esta variável significa que o serviço atende às necessidades de saúde dos idosos e o valor “0” significa que o serviço não está atendendo às necessidades de saúde dos idosos). Inicialmente, foi realizada uma análise, por meio do método exaustivo de inclusão e exclusão das variáveis, para determinar quais as mais relevantes ou mais fortemente associadas ao desfecho (atendimento das necessidades de saúde do usuário idoso do Distrito Sanitário III, no município de João Pessoa-PB).

Após as análises, as variáveis que vieram a compor o modelo logístico foram: idade (em anos); presença do médico como membro da equipe de saúde da família (o valor “0” atribuído a esta variável indica que não há médico na equipe e o valor “1” indica que há médico na equipe); presença de cirurgião dentista como membro da equipe de saúde da família (o valor “0” para esta variável indica que não há cirurgião dentista na equipe e o valor “1” indica que há cirurgião dentista na equipe); atendimento por meio de distribuição de fichas (o valor “1” para esta variável significa que o atendimento é feito por ordem de chegada e o valor “0” significa que o atendimento é feito por meio do acolhimento); e avaliação dos usuários sobre o SUS (o valor “1” para esta variável indica a avaliação do SUS como um bom sistema de saúde e o valor “0” indica a avaliação do SUS como um sistema ruim). Todas estas variáveis estão apresentadas na tabela 4.

Tabela 4 – Descrição das variáveis componentes do modelo logístico. João Pessoa, 2011

Variáveis explicativas	Valores assumidos	Descrição
Idade	Em anos	Idade relatada pelo usuário.
Presença do médico	1	USF dispõe de um médico, integrando a equipe de saúde.
	0	Equipe de saúde da família não dispõe de médico.
Presença de cirurgião dentista	1	USF dispõe de um cirurgião dentista, integrando a equipe de saúde.
	0	Equipe de saúde da família não dispõe de cirurgião dentista.
Fichas	1	Atendimento por meio de distribuição de fichas, respeitando a ordem de chegada
	0	Atendimento por meio do acolhimento.
Avaliação do SUS	1	Usuários avaliam o SUS como um bom sistema de saúde.
	0	Usuários avaliam o SUS como um sistema de saúde ruim.

A tabela 5 apresenta as variáveis componentes do modelo logístico final, bem como suas estimativas, erro padrão e p-valor.

Tabela 5 – Variáveis componentes do modelo logístico. João Pessoa, 2011

Variáveis (x)	Parâmetros (β)	Estimativas	Erro Padrão	P-valor
Intercepto	β_0	-10.11738	3.53175	0.00417
Idade (anos)	β_1	0.10413	0.04442	0.01908
Presença do médico	β_2	1.69101	0.94663	0.07404
Presença do cirurgião dentista	β_3	1.18820	0.58849	0.04348
Atendimento por meio de distribuição de fichas	β_4	-1.29556	0.67569	0.05519
Avaliação do SUS	β_5	3.09441	0.62217	6.57 e^{-07}

É importante citar que o método proposto por Akaike (1974) também foi considerado para escolha do modelo final, comparando o modelo escolhido com outros selecionados. Este método baseia-se na seleção de um modelo parcimonioso que minimize o valor do índice de Akaike (AIC). Desse modo, selecionou-se o modelo com menor valor (AIC = 96.407).

A respeito das variáveis independentes incluídas no modelo, observou-se, por meio dos dados coletados e da literatura, que estas se relacionam significativamente com o desfecho “Atendimento das necessidades de saúde da pessoa idosa”. A idade é um fator relevante, pois segundo Anderson (1998) pessoas mais idosas, geralmente, são acometidas por debilidades que restringem sua locomoção, sendo, por isso, acompanhadas pela equipe de saúde em domicílio, o que implica maiores índices de satisfação do usuário.

A cerca da presença do médico na USF, como já mencionado na discussão qualitativa, Giovanella *et. al.* (2008) afirmam que esse profissional é imprescindível como membro da equipe de saúde da família, contribuindo significativamente para a continuidade da assistência. Além disso, a própria cultura da assistência centralizada no médico ainda exerce muita influencia no sentimento de satisfação desses usuários. Essa cultura perdura até os dias de hoje, conflitando com o atual modelo de assistência baseado na equipe de saúde multiprofissional. Esse contexto elucida a importância da inclusão desse fator “presença do médico na USF” no modelo de regressão logística.

Já a inserção da variável “presença de cirurgião-dentista na USF” justifica-se pela premissa da integralidade da assistência, bem como do preceito da atenção multidisciplinar a que se propõe a ESF.

No que se refere à distribuição de fichas, disposta como uma variável no modelo adotado, justifica-se sua inclusão pela divergência percebida entre os usuários idosos. Dentre os usuários, alguns têm preferência pelo atendimento por ordem de chegada (atendimento por fichas), alegando maior dinamicidade e celeridade no atendimento. Em contrapartida, outros usuários preferem o atendimento por meio da escuta qualificada (acolhimento), por sentirem mais atenção, por parte da equipe da USF. Dada essa divergência nas preferências dos usuários, observou-se a relevância desse fator na composição do modelo.

Por fim, a avaliação do sistema de saúde, segundo os idosos, compôs o modelo de regressão desse estudo por avaliar a influência da opinião dos usuários, acerca das práticas incorporadas pelo SUS, sobre o atendimento das necessidades da população em foco.

Logo, com base nas variáveis relevantes citadas, construiu-se o seguinte modelo logístico:

$$g(\text{Atender neces. Idosos}) = -10,117 + 0,104 \text{ Idade} + 1,691 \text{ Médico} + 1,188 \text{ Dentista} - 1,295 \text{ Ficha} + 3,094 \text{ Aval SUS},$$

onde g é a função logística aplicada a probabilidade do sucesso de atender as necessidades de saúde dos idosos.

➤ Avaliação do modelo logístico

Após a definição do modelo logístico, procedeu-se a avaliação do mesmo. Para avaliação do modelo foram realizados os testes de Hosmer e Lemeshow e Le Cessie-van Houwelingen, que verificam a bondade do ajuste, análise residual e curva ROC.

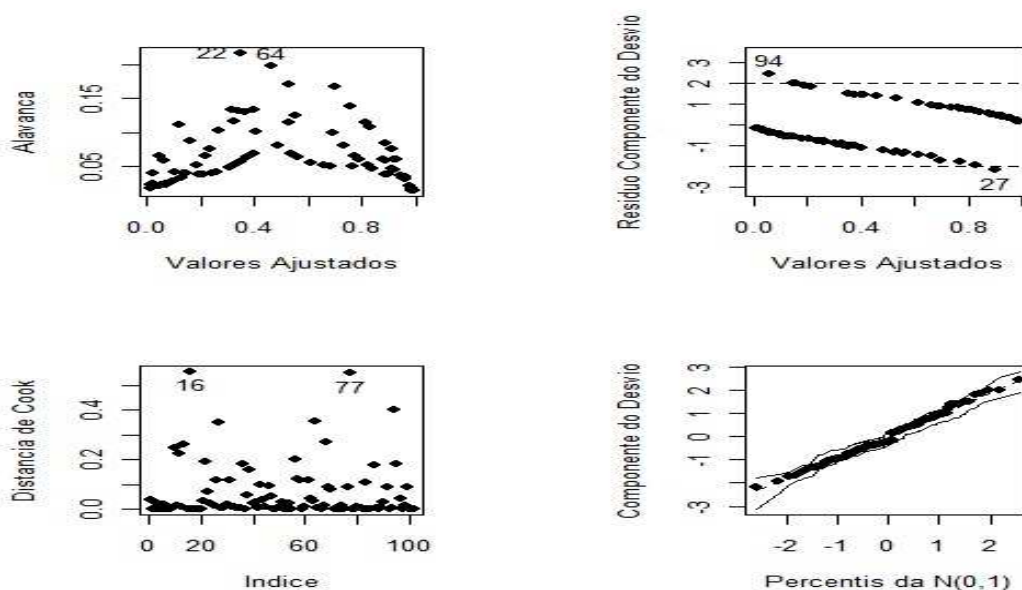
Tabela 6 – Valores dos testes de avaliação da bondade do ajuste do modelo de regressão logística. João Pessoa, 2011

<i>Hosmer-Lemeshow C statistic</i>	<i>Hosmer-Lemeshow H statistic</i>	<i>Le Cessie-van Houwelingen</i>
p-valor = 0.98	p-valor = 0.7943	p-valor = 0.5588

Tanto as estatísticas C e H do teste de Hosmer e Lemeshow, quanto o teste de Le Cessie-van Houwelingen apresentaram resultados satisfatórios (p-valor > 0,01) em suas análises: 0,98, 0,7943 e 0,5588 respectivamente. Nesse cenário, os resultados nos levam a aceitar a hipótese de bondade do ajuste. Em outras palavras, os testes apontam evidências estatísticas de que não existe diferença significativa entre os valores efetivos e os estimados por meio do modelo ajustado. Dessa maneira, a avaliação foi positiva ao modelo logístico apresentado neste trabalho.

Posteriormente, foi realizada a análise diagnóstica por meio dos gráficos dos resíduos. Os gráficos residuais estão dispostos a seguir:

Gráfico 16 – Gráficos dos resíduos do modelo de regressão logística ajustada às variáveis do estudo. João Pessoa, 2011

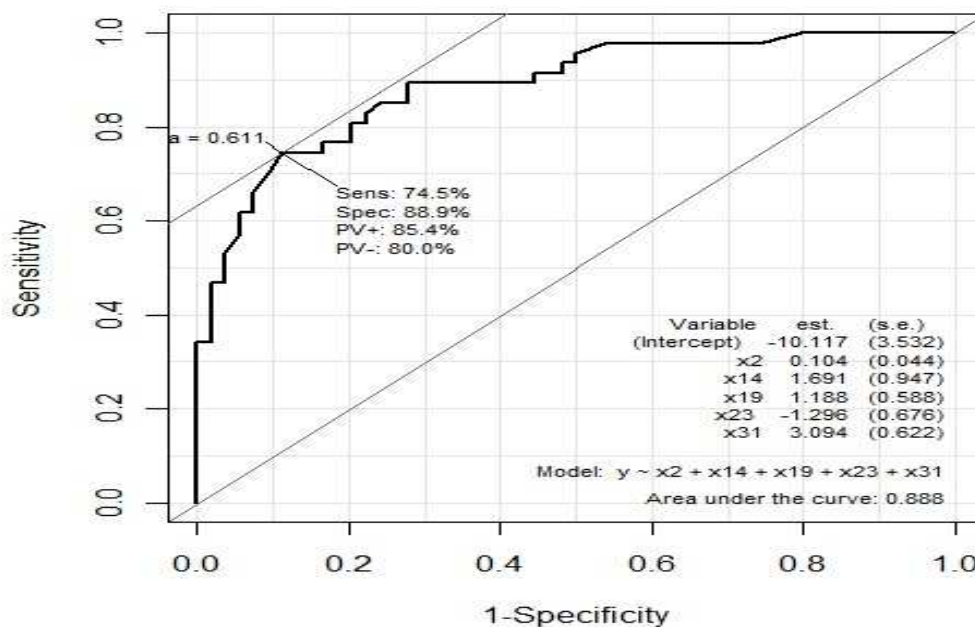


Algumas observações foram detectadas nos gráficos como possíveis influentes: #16, #22, #27, #64, #77 e #9. Nestas, as informações se diferenciaram das demais por representarem usuários que não sabiam responder fielmente as questões sobre o funcionamento das unidades de saúde. Isso ocorreu em razão de se tratar de usuários que foram recentemente cadastrados, tinham plano de saúde e, por isso, não conheciam os serviços da unidade, ou por apresentarem dificuldade de locomoção e receber assistência exclusivamente em domicílio, sendo assim, desconhecedores das atividades oferecidas na USF.

Embora os gráficos de resíduos tenham detectado esses pontos atípicos, o gráfico normal de probabilidades para o resíduo não forneceu indícios de afastamentos sérios da suposição de distribuição binomial para a resposta. Podemos notar a maioria dos pontos dentro do envelope desenvolvido.

Ademais, para a avaliação do modelo construído nesse estudo, também foi analisado a curva ROC. Por meio do gráfico da curva ROC (Gráfico 17) foi possível observar o desempenho do modelo.

Gráfico 17 – Gráfico da curva ROC do modelo de regressão logística ajustado aos dados do estudo. João Pessoa, 2011



A área sob a curva ROC é um indicador usual do desempenho do modelo e suas predições. De acordo com essa técnica de análise, um modelo considerado ideal é aquele em que a área sob a curva é igual a 1. Dessa forma, quanto mais a curva se acerca do canto superior esquerdo do gráfico, e a área sob a curva se aproxima de 1, maior a acurácia do modelo. Quanto mais próximo de 0,5 for a área sob a curva, pior é a capacidade do modelo de discriminar indivíduos com ausência ou presença da característica de interesse (MARTINEZ *et. al.*, 2003).

Em nosso estudo, o valor da área sob a curva ROC foi de 0,888. Esse valor é considerado satisfatório (acima de 0,7) e corrobora na avaliação da adequação do modelo ao propósito ao qual ele propõe.

Ainda por meio da curva ROC, podemos identificar um ponto, chamado “ponto de corte”. Todas as probabilidades, que se encontrarem acima do valor identificado como ponto de corte poderão ser classificadas como evento satisfação do usuário idoso com o serviço de saúde ao idoso no município. Já as probabilidades abaixo desse valor, serão classificadas como insatisfação do usuário idoso diante dos serviços de saúde oferecidos no município de João Pessoa-PB. O ponto de corte obtido para o nosso modelo foi 0,61 ou 61%.

➤ Apresentação dos resultados do modelo logístico ajustado

Dentre outras aplicações, a técnica de Regressão Logística também é útil para modelar a probabilidade de um evento ocorrer em função de outros fatores. Assim, com base no modelo apresentado, foi possível calcular a probabilidade de que determinado fator interfira no alcance das necessidades de saúde da população idosa.

Então, a partir do modelo desenvolvido foi possível calcular a probabilidade dos serviços da Atenção Básica em Saúde do Distrito Sanitário III, do município de João Pessoa, atender as necessidades de saúde dos idosos, segundo a presença ou ausência de cada variável. A tabela 7 mostra as probabilidades obtidas.

Tabela 7 – Probabilidades de atendimento das necessidades de saúde dos idosos associadas das variáveis do modelo logístico ajustado aos dados do estudo

Casos	Idade média	Presença de médico	Presença de cirurgião dentista	Atendimento por meio de fichas	Avaliação do SUS como bom	Probabilidade da ABS atender as necessidades de saúde dos idosos
1	60 anos	Sim	Sim	Sim	Sim	0,6918
	70 anos	Sim	Sim	Sim	Sim	0,8641
	80 anos	Sim	Sim	Sim	Sim	0,9474
2	60 anos	Sim	Sim	Não	Sim	0,8913
	70 anos	Sim	Sim	Não	Sim	0,9587
	80 anos	Sim	Sim	Não	Sim	0,9850
3	60 anos	Não	Sim	Não	Sim	0,6018
	70 anos	Não	Sim	Não	Sim	0,8106
	80 anos	Não	Sim	Não	Sim	0,9238
4	60 anos	Sim	Não	Não	Sim	0,7141
	70 anos	Sim	Não	Não	Sim	0,8762
	80 anos	Sim	Não	Não	Sim	0,9525

Conforme a tabela 5, é possível observar como a probabilidade de atendimento das necessidades dos usuários varia em função das variáveis do modelo. Tendo como referência os casos ilustrados na tabela, podemos analisar como essas influencias se dão. Cada caso apresentado na tabela é composto pela presença ou ausência de variáveis do modelo, e ainda testado em situações distintas segundo a idade média dos usuários (60, 70 e 80 anos). Dentre os casos, o 2 demonstrou as maiores probabilidades de atender às necessidade de saúde dos

idosos, seguido dos casos 4, 1 e 3 respectivamente. Quanto à variação da idade, todos os casos concordaram que essa possui relação direta com a probabilidade de alcance das necessidades de saúde dos idosos.

As variáveis elencadas no caso que apresentou maiores probabilidades foram a presença do médico e do cirurgião-dentista, avaliação do SUS como um bom sistema de saúde e ausência do atendimento por meio da distribuição de fichas na USF. Os resultados encontrados apontaram para a importância do acolhimento na ESF, visto que quando a distribuição de fichas é utilizada pela equipe como mecanismo de organização do atendimento a probabilidade decresce. Quando testada a mesma combinação das variáveis com a variação apenas da idade média dos usuários, pôde-se constatar que com o aumento da idade há um incremento na probabilidade.

Já a condição elegida no caso 4 apresenta as variáveis: presença do médico, avaliação do SUS como bom, ausência de cirurgião-dentista e ausência do atendimento por meio de distribuição de fichas na USF. Nessa situação foi possível identificar a influência positiva do cirurgião dentista para o atendimento das necessidades de saúde da população idosa. Novamente a idade apresentou influência ascendente, ou seja, quanto maior a idade média, maiores as probabilidades calculadas.

Outro resultado importante está disposto no caso 1, em que os resultados corroboram com a influência negativa da organização do atendimento por meio da distribuição de fichas na ESF. Nesse caso todas as variáveis do modelo estão presentes, a saber: presença do médico e do cirurgião-dentista na unidade de saúde, atendimento organizado por meio de fichas e avaliação do SUS como um bom sistema de saúde. O estudo apontou que o atendimento com base na distribuição de fichas é o terceiro fator mais influente na diminuição da probabilidade de atendimento das necessidades de saúde, perdendo apenas para a avaliação negativa do Sistema Único de Saúde por parte dos idosos e ausência de médico na USF.

Por fim, no caso 3 as variáveis elencadas foram ausência do médico e do atendimento por meio de fichas, presença do cirurgião dentista e avaliação positiva do SUS, a combinação dessas variáveis apresentou as menores probabilidades para o atendimento das necessidades de saúde dos idosos, comparada aos outros casos já apresentados.

Quanto à influência da idade para o atendimento das necessidades dos idosos no caso 3, quando a idade média dos usuários é igual a 60 anos, a probabilidade calculada foi de 0,6018, aumentando essa idade média para 70 anos observa-se um acréscimo para 0,8106 e em casos de idosos com idades ainda mais avançadas (média de 80 anos) a probabilidade

ainda é maior (0,9238). Desse modo, pode constatar uma contribuição importante dessa variável para o alcance das necessidades de saúde.

Ainda acerca das variáveis componente do modelo, foi calculada a razão de chances (*odds ratio*) para cada uma delas. O OR pode ser obtido por meio da comparação de indivíduos que diferem apenas na característica de interesse e que tenham os valores das outras variáveis constantes. Neste estudo foi calculada a razão de chances para cada variável do modelo, os resultados obtidos estão dispostos na tabela 8.

Tabela 8 - OR das variáveis do modelo logístico ajustado aos dados do estudo. João Pessoa, 2011

<i>Variáveis</i>	<i>Odds Ration (OR)</i>
Presença do médico	5.43
Presença do cirurgião dentista	3.28
Atendimento por meio de distribuição de fichas	0,27
Avaliação do SUS	22.07

Por meio dos valores apresentados, observam-se os seguintes resultados. Em situações em que há médico na unidade de saúde da família, a chance do usuário idoso estar satisfeito é maior. Quando há um cirurgião dentistas na USF, a chance de atender as necessidades de saúde é maior e, em unidades em que o atendimento é realizado por meio de acolhimento, essa chance é maior de atender às necessidades de saúde dos idosos.

Em contrapartida, quando o atendimento na ESF é realizado por meio de distribuição de fichas, segundo ordem de chegada, a chance de atendimento das necessidades de saúde da população idosa diminui. Isso pode ser atribuído a dificuldade de conseguir assistência, quando há esse mecanismo, devido às poucas vagas e ao tempo de espera acentuado em que os usuários se submetem tanto em filas pra conseguir uma ficha, como após recebê-la, enquanto aguarda o atendimento.

Quando os usuários reconhecem o SUS como um bom sistema de saúde, que esse tem se mostrado positivo, nos últimos anos, considerando a saúde do idoso, a chance de atender as necessidades de saúde da população idosa aumenta 22 vezes em relação àqueles que avaliam negativamente o Sistema de Saúde brasileiro. Embora essa observação pareça óbvia, é importante ressaltar que a avaliação do SUS, realizada pelos usuários, se deu em um aspecto histórico, comparando a assistência à saúde do idoso do passado com a realidade atual do país. Nessa perspectiva, ressalta-se a importância da adequação do SUS a nova conjuntura populacional brasileira.

➤ **Discussão dos resultados obtidos no modelo logístico ajustado**

Dentre as situações analisadas sobre a presença ou ausência das covariáveis do modelo, a idade (anos), a forma de acesso ao atendimento na USF e a presença do médico na equipe de saúde foram reveladas como fatores importantes, no contexto da ABS e do atendimento das necessidades de saúde dos usuários idosos.

Nosso estudo identificou que, entre as variáveis citadas, uma das mais expressivas foi a presença do médico na equipe de saúde da família. Tal achado mostra-se consoante com outros estudos que apresentam discussão sobre essa temática. O tratamento médico constitui fator fundamental para emissão de juízo de satisfação e na percepção da qualidade da atenção à saúde do usuário (VERAS *et. al.*, (1993); PÉREZ, (1994); GONZÁLES *et. al.*, (2002)).

Outro resultado importante foi a tendência ao aumento da probabilidade de atendimento das necessidades de saúde em indivíduos com idade mais avançada. Esse fato pode ser explicado pelo aumento da procura por acompanhamento de saúde, bem como dos cuidados em faixas mais avançadas de idade. Além disso, pessoas mais idosas, geralmente, são acometidas por debilidades que restringem sua locomoção, sendo, por isso, acompanhadas pela equipe de saúde em domicílio, o que implica maiores índices de satisfação desse usuário.

Estudos relacionados a satisfação dos usuários, que se utilizam da atenção domiciliar, revelam que esse serviço é considerado como vantajoso, tanto por trabalhadores quanto por usuários. Com a atenção domiciliária, em caso de surgimento de uma necessidade como falta de medicação, alterações na situação de saúde do usuário, dúvidas relacionadas ao processo de vida e saúde, entre outras, o idoso ou familiar tem a ESF como referência e o ACS como trabalhador mediador da assistência (KERBER *et. al.*, 2008).

No tocante ao atendimento na UBS por meio de distribuição de fichas, constatamos nesse estudo que o fator se comporta de forma negativa para o atendimento das necessidades de saúde dos idosos. Quando a atenção na ESF acontece por meio da escuta qualificada, o cenário torna-se mais favorável ao atendimento dessas necessidades. Em um estudo transversal de usuários idosos atendidos na ABS, em que investigou-se a satisfação dos mesmos frente a forma de atendimento recebido, os autores Cotta *et. al.*(2005) apontaram resultados concordantes com os aqui encontrados. A capacidade de escuta e de atenção, por parte da equipe, em entender os motivos do paciente procurar a unidade de saúde, contribui positivamente na satisfação. Corroborando, dessa forma, com a premissa de que o atendimento deve basear-se na escuta e no diálogo, não devendo ter como critério de organização a ordem de chegada ou distribuição de fichas (ANDRADE *et. al.*, 2009).

No tocante a variável avaliação do SUS, a avaliação positiva relatada pelos usuários desse estudo, aconteceu em meio ao resgate do contexto histórico do SUS, abordando a evolução positiva do mesmo em relação aos programas de atenção à saúde do idoso, a melhora dessas práticas de cuidado a saúde do idoso mantém uma relação direta com o atendimento das necessidades dos idosos.

O Ministério da Saúde está atento a prioridade de assistência ao idoso e, por isso, vem discutindo sobre a criação de políticas de saúde específicas para atender às necessidades dessa população. Dentre as ações já planejadas, destacam-se duas importantes: implementação da Internação Domiciliar no Sistema Único de Saúde (SUS) e a Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa. O objetivo das ações à saúde do idoso é o atendimento das necessidades de assistência no Sistema Único de Saúde, e priorização daqueles usuários que envelhecem sem perspectivas e que necessitam de ajuda (BRASIL, 2007).

O desenvolvimento de ações que visem atender às necessidades de saúde da população idosa está em consonância com o princípio da integralidade do SUS. De modo que, garantindo a assistência integral e integrada aos usuários, a avaliação dos mesmos em relação ao Sistema de Saúde tende a ser positiva.

O presente estudo trouxe informações importantes, bem como benéficas ao serviço de saúde do município, porém, é correto advertir ao leitor sobre algumas limitações que incorreram no presente trabalho. Naturalmente, a realização desta pesquisa não esgotou os assuntos abordados, porém, alcançou, de forma coerente, os seus objetivos propostos, desse modo as limitações aqui apresentadas decorrem dos recortes e aspectos metodológicos da pesquisa.

A primeira limitação diz respeito ao tipo de estudo adotado. Conforme afirma Medronho (2009), os estudos transversais constituem em uma ferramenta de grande utilidade para a descrição de características da população, a identificação de grupos de risco e para a ação e planejamento em saúde. Porém, destaca-se como limitação do estudo, o fato dele analisar apenas um único momento no tempo para realizar as suas considerações, impedindo assim o estabelecimento de relações de causa e efeito. Como vantagens da utilização desse método, pode-se mencionar o alto valor descritivo e o baixo custo de realização das pesquisas.

Além das vantagens expostas, esse estudo apresenta outra primazia, que se refere a amostra. O tamanho da amostra, estabelecido mediante cálculo amostral, garantiu a representatividade da população, de forma a amenizar a dificuldade de investigação das condições de baixa prevalência, típico de pesquisas transversais. Isso significa um cenário verossímil e favorável à extrapolação dos resultados. Entretanto, Pagano *et. al.* (2004) alertam

para os cuidados na generalização dos resultados, pois o emprego de amostragem demanda especial atenção quando da utilização de extrapolações e generalizações, sendo por si um fator limitante das pesquisas que empregam o estudo amostral.

Outra limitação decorre de sua abordagem qualitativa, por meio da análise de conteúdo, que, por mais que se adotem métodos bem sistematizados e explicados, poderá incorrer em vieses provenientes da subjetividade associada à técnica (MOZZATO, 2011).

Quando da coleta dos dados da pesquisa, embora tenha sido determinado, estatisticamente, o número de idosos participantes em cada unidade de saúde da família, esse quantitativo não foi nominal, ou seja, a indicação dos usuários ficou condicionada aos profissionais (ACSSs), que orientavam a procura daqueles que potencialmente poderiam colaborar com a execução da pesquisa. Nesse momento, podem ter incidido vieses remanescentes das preferências pessoais desses profissionais na medida em que incluam ou excluam determinado usuário (viés de seleção).

Ainda na fase de coleta de dados, embora tenha sido adotada uma coerente técnica de coleta (entrevista semiestruturada), a qual confere maior liberdade ao respondente, os dados ficaram sujeitos a ocorrência de vieses de memória. Isso ocorreu pela dificuldade dos usuários idosos em tratar de forma completa dos assuntos sobre o qual foram questionados e, principalmente, por conta das restrições de memória comuns nessa faixa etária.

5.6.2 Processo de tomada de decisão

Diante do risco e da incerteza das decisões na área da saúde, os tomadores de decisão necessitam de mediadores do conhecimento que os auxiliem nas decisões. Em face da amplitude desses riscos e incertezas, a área dos estudos em análise da decisão tem se debruçado sobre o desenvolvimento de modelos que se prestem ao auxílio na tomada de decisão em saúde (ALLISON; ZELIKOW, 1999).

Esse estudo se propõe a colaborar com o processo de tomada de decisão em saúde, dando definição de prioridades para a conduta de assistência ao idoso na ABS, bem como para a construção de políticas públicas que atendam às necessidades dessa população no município.

Observou-se que o alcance das necessidades de saúde dos idosos está relacionado a diversas variáveis, e que o atendimento dessas necessidades é um pré-requisito para o alcance de uma assistência integral ao idoso. Por meio dos relatos dos usuários, profissionais e

gestores e, ainda, utilizando-se da análise de conteúdo e da regressão logística, esse trabalho foi capaz de revelar informações relevantes para tornar possível uma atenção mais integral a saúde dos idosos do distrito sanitário III do município de João Pessoa. Assim, baseando-se nos resultados encontrados, pode-se traçar processos de decisão para o alcance das necessidades de saúde dos idosos, elencadas a seguir:

➤ **Implantação do acolhimento, como base da organização do atendimento, em todas as unidades da Estratégia de Saúde da Família.**

Em resposta ao impacto negativo que o atendimento por meio da distribuição de fichas promove no alcance de uma assistência integral ao usuário, o estudo propõe a implantação do acolhimento em todas as USFs. O mecanismo de acolhimento na ESF corrobora para o atendimento das necessidades de saúde dos usuários, a escuta qualificada permite que a equipe multiprofissional de saúde entenda o que o usuário busca na unidade de saúde e, desse modo, possibilita a oferta de serviços mais direcionados à cada indivíduo.

Nessa perspectiva, o acolhimento se configura como um mecanismo coerente com a promoção de uma assistência integral aos usuários do SUS. Na medida em que a unidade de saúde direciona suas ações para responder às necessidades de cada paciente, está promovendo uma atenção humanizada, pautada no indivíduo e, potencialmente, mais integral. Caracteriza-se como uma estratégia de interação entre a unidade e o usuário, atribuindo ao serviço uma postura capaz de acolher, ouvir as necessidades dos indivíduos e pactuar respostas mais adequadas junto a eles (BRASIL, 2007).

A proposta do acolhimento vem sendo construída como resposta aos desafios para a inversão do modelo assistencial, baseado na doença, para uma organização de serviço centrado no usuário. Esse acolhimento busca fortalecer vínculos entre profissionais e clientela, com vista a uma atenção mais personalizada e humanizada, capaz de oferecer atividades que atenda às necessidades sociais de saúde da população (PAIM, 2008).

Complementando, Starfiel (2002) confirma que, com o estabelecimento da relação ao longo do tempo, os profissionais passam a conhecer os pacientes e estes a conhecer os profissionais, permitindo uma relação humanizada e uma atenção mais integral, o que proporciona maior satisfação dos pacientes.

➤ **Realização de cursos de capacitação profissional para o atendimento de usuários idosos e, ainda, para humanização do serviço.**

Diante do processo de envelhecimento da população, o profissional de saúde deve estar preparado para atender às demandas decorrentes desse processo, em especial no que diz respeito a assistência humanizada.

Destaca-se ainda a importância da preparação daqueles profissionais atuantes no nível de atenção básica, pois esses são responsáveis pelo acompanhamento geral da saúde do idoso e pelo direcionamento dos mesmos a outros níveis de atenção, quando julgado necessário. Para tanto, se torna estratégica a capacitação dos profissionais para lidar com essas situações, objetivando a promoção de uma atenção integral e evitando a negligência da assistência ou a superlotação desnecessária de outros níveis de atenção.

O serviço de referência, como é denominado, deve ser acionado apenas quando a USF não tem possibilidade de atender a necessidade do usuário ou não possui resolubilidade diante da situação, demandando o suporte de um serviço mais complexo/especializado. O uso inadequado desse mecanismo de referência acarreta a superlotação das redes assistenciais e, ainda, altas despesas para o SUS. Além disso, potencializa a descontinuidade da assistência, prejudicando, dessa forma, a integralidade da atenção. Para que encaminhamentos desnecessários não ocorram, se faz necessária uma avaliação criteriosa do estado de saúde do usuário na Atenção Básica de Saúde (MENDES, 2011).

➤ **Estabelecimento de parcerias e disponibilização de recursos para a realização e manutenção dos grupos de convivência.**

As atividades de socialização foram identificadas, por meio desse estudo, como uma estratégia positiva na atenção ao idoso tanto pelos usuários, quanto pelos profissionais e gestores do município. Embora as atividades grupais estejam contribuindo para a promoção da saúde dos idosos, esses grupos estão diminuindo progressivamente na ABS devido à dificuldade de manutenção dos mesmos.

Segundo os profissionais de saúde entrevistados, a maioria das unidades de saúde não dispõe de estrutura física (espaço, cadeiras, mesas) adequados para a realização dos grupos de convivência, tampouco recursos destinados a manutenção de tais atividades. Além disso, o único clube do idoso do município, espaço direcionado ao lazer e a realização de

atividades grupais, se localiza distante da maioria dos usuários inviabilizando a utilização do mesmo.

Para o enfrentamento dessas dificuldades, propõe-se o estabelecimento de parceria com a secretaria de educação e com as igrejas do bairro, para disponibilização de seus espaços para os encontros, e ainda fornecimento de recursos, por parte dos gestores, para garantir o suporte material inerentes às atividades manuais e de socialização.

O local de realização das atividades deve privilegiar áreas próximas às moradias dos idosos, como escolas, associações comunitárias, igrejas e a própria unidade de saúde, entre outros. Em relação ao suporte para a realização das atividades em grupo, cabe aos gestores o compromisso de fornecimento de recursos materiais, bem como de educação permanente dos profissionais para fortalecimento das atividades desenvolvidas na comunidade (BRASIL, 2007).

➤ **Garantir a presença do médico nas Unidades de Saúde da Família como componente da equipe de saúde da família.**

A presença do médico na USF figura-se como uma condição importante para o atendimento das necessidades de saúde das pessoas idosas na ABS, bem como para a continuidade da assistência, como já abordado em outros capítulos desse estudo.

A ausência do médico na unidade, dentre outros prejuízos, diminui significativamente a resolubilidade da ESF podendo acarretar na descontinuidade da assistência e, com isso, gerar agravos na situação de saúde dos usuários assistidos. A articulação entre os níveis de complexidade da atenção deve acontecer com a finalidade de garantir a integralidade da assistência à saúde; uma vez dificultado o acesso do usuário a qualquer nível de atenção por ele necessitado, esse princípio está sendo desrespeitado.

Além disso, a indisponibilidade do médico na ABS leva a busca por esse atendimento em outros estabelecimentos de saúde, podendo contribuir para a superlotação desnecessária de outros níveis de atenção do SUS. Nesse sentido, a decisão de garantir a presença desse profissional em cada USF do município é de grande valia para a concretização de uma assistência de qualidade.

➤ **Ampliação do Centro de Atendimento Integral a Saúde do Idoso (CAISI) e a contratação de mais especialistas.**

A criação do CAISI caracterizou-se como um grande avanço na assistência ao idoso do município de João Pessoa-PB. Porém, esse complexo já demonstra sinais de que não comporta mais a crescente demanda da população idosa do município.

A demanda da rede ambulatorial especializada tem crescido expressivamente nos últimos anos, a população idosa é responsável por grande parte dessa demanda por serviços especializados. Isso se justifica pelo próprio processo de envelhecimento, o qual torna mais freqüente o aparecimento de doenças crônicas e limitantes, que requerem atendimentos específicos e contínuos. As doenças crônicas geram custos enormes, e crescentes, para os prestadores de serviços de saúde, que inclui o SUS, uma vez que a situação das doenças crônicas tende a se agravar com o passar do tempo (MENDES, 2011).

Nesse contexto, percebe-se que a decisão de ampliar a oferta de serviços especializados no município de João Pessoa tem grande significância para a população, em especial aos idosos, principalmente pelo fato deste ser classificado como a segunda capital do nordeste em número de idosos (JOÃO PESSOA, 2006).

➤ **Garantir leitos hospitalares para os idosos nos hospitais do município.**

Uma das limitações da assistência ao idoso no município de João Pessoa, identificada por meio do relato dos gestores e usuários, foi a dificuldade de conseguir leitos de internação para idosos nos hospitais da cidade. A dificuldade de o usuário conseguir acessar esse nível da rede assistencial do SUS fere o princípio da integralidade e da universalidade do sistema de saúde brasileiro.

Diante dessa realidade, a decisão a curto prazo proposta por esse estudo é a reorganização da distribuição dos leitos hospitalares, a fim de garantir um número mínimo desses leitos para essa faixa de idade. Já a longo prazo, o estudo sugere a construção de um hospital especializado no atendimento ao idoso, dessa forma poderá sanar definitivamente essa limitação.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Por meio desse estudo, concluiu-se que as práticas de cuidado ao idoso, no distrito sanitário III do município de João Pessoa-PB, estão em consonância com os preceitos da integralidade do SUS, embora apresentem limitações.

No tocante à acessibilidade das unidades de saúde, o estudo constatou que a maioria das unidades está em locais de fácil acesso, possibilitando a procura espontânea dos usuários idosos por serviços de saúde ali ofertados. Já nos casos das unidades de saúde integradas, a facilidade de acesso nem sempre é constatada; algumas unidades se encontram distantes da comunidade de abrangência.

Em relação à assistência prestada, percebeu-se que os profissionais de saúde da rede básica de atenção ainda apresentam-se fortemente ligados à atenção baseada na doença, e não na prevenção e promoção da saúde do idoso. Quanto aos serviços ofertados, o estudo revelou que não há assistência diferenciada para essa população, e que algumas equipes de saúde estão incompletas (ausência de médico). Os serviços ofertados são, basicamente, de consulta médica e de enfermagem, atenção à saúde bucal, programa de acompanhamento de hipertensos e diabéticos (Hiperdia), vacina, curativos e atividades de socialização. Dentre os serviços mais demandados pelos idosos está o programa Hiperdia, seguido da consulta médica. Nos serviços relativos à saúde bucal, o mais solicitado é o tratamento e encaminhamento para utilização de prótese dentária.

Quanto à resistência dos idosos em procurar os serviços de saúde, o estudo desvendou a não existência desse fator e, ainda, mostrou expressiva participação dos usuários nas atividades de socialização quando oferecidas na USF. As atividades manuais e de socialização realizadas na ABS foram reveladas como positivas, tanto por profissionais, quanto pelos usuários.

No tocante à organização do atendimento, observou-se que o acolhimento ainda está em fase de implantação, e que atualmente na maioria das unidades de saúde a organização ainda acontece por meio de distribuição de fichas. Quando investigado sobre o tempo de espera para o atendimento na própria unidade, constatou-se que a demora no atendimento ainda está acentuada na maioria dos estabelecimentos da ABS. Em alguns casos os usuários relataram não ter prioridade no atendimento e enfrentar filas como qualquer outro usuário.

Sobre o serviço de referência e contrarreferência, a presente pesquisa concluiu que, apesar dos esforços dos gestores para garantir a eficiência do mecanismo, ainda há importante falha de comunicação. No mecanismo de referência, a marcação é feita na própria unidade de

saúde, porém a demora pelo atendimento pode ser acentuada, a depender da especialidade demandada. Já na contrarreferência, os profissionais relataram a raridade de funcionamento do mecanismo, acarretando, dessa forma, limitação no acompanhamento de saúde do usuário e possível descontinuidade da assistência.

No que se refere à qualidade da assistência, os relatos dos usuários revelaram que, dentre outras variáveis, esta se encontra conexa com a interação profissional-usuário. Segundo os idosos, a qualidade do serviço aumenta quando os profissionais da equipe os atendem com atenção, paciência e respeito, considerando suas limitações e anseios na hora da assistência. No que tange à recepção dos seus usuários, o serviço de ABS do distrito sanitário III mostrou-se acolhedor; quanto à sua qualidade, foi classificado entre regular e boa pelos usuários idosos entrevistados.

Em relação ao atendimento das necessidades de saúde dos idosos, o estudo mostrou que os serviços de saúde do município ainda não estão satisfatórios. Embora os gestores estejam se esforçando para melhorar a assistência a essa população, existe uma oferta insuficiente diante das demandas dos indivíduos idosos e, além disso, pouco preparo dos profissionais para lidar com a parcela idosa da população. Dentre os pontos destacados como positivos estão os serviços da ABS e seu fortalecimento, por meio da interação usuário-equipe, e a criação das atividades manuais e de socialização do idoso. Já os pontos limitantes destacados no estudo são a falta de recursos para a realização e manutenção das atividades grupais na Atenção Básica, a escassez de recursos humanos capacitados para atender a população idosa e, por fim, a dificuldade de conseguir leitos de internação para idosos nos hospitais do município.

A regressão logística também mostrou a importância da presença do médico, do cirurgião dentista e do acolhimento na ESF para o alcance das necessidades de saúde da população idosa do município.

Considerando os preceitos da integralidade, esse estudo compreendeu que os serviços de saúde ao idoso no município de João Pessoa-PB, especificamente do distrito sanitário III, atende parcialmente ao princípio da integralidade na assistência ao usuário idoso. A presente pesquisa identificou variáveis que interferem no atendimento das necessidades dos idosos, apontando estratégias para subsidiar o processo de tomada de decisão na perspectiva de garantir o cuidado integral à população idosa do Distrito Sanitário III.

ALLISON, G; ZELIKOW, P. **Essence of decision**: explaining the Cuban missile crisis. New York: Addison Wesley Longman, 1999.

ANDERSON, M. I. P. et. al. **Saúde e Qualidade de Vida na Terceira Idade**. Textos Envelhecimento. v.1, n. 1. Rio de Janeiro: UnATI/UERJ, 1998. Disponível em: < <http://www.redadultosmaiores.com.ar/buscador/files/SALUD032.pdf> >. Acesso em: 15 nov. 2010.

ARAUJO, V.R. et. al. Envelhecimento saudável: utilização da terapia comunitária como prática de cuidado. In: SENABS, 2009, Recife. **Anais eletrônicos...** Recife: Associação Brasileira de Enfermagem, 2009. Disponível em: < http://www.abeneventos.com.br/SENABS/cd_anais/trabalhos.htm > Acesso em: 09 Out. 2010.

ARRETCHE, M. Relações federativas nas políticas sociais. **Rev. Educ. Soc.**, Campinas, v. 23, n. 80, p. 25-48, set. 2002.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, Ltda, 2011. 279p.

BARRETO, A. P. **Terapia comunitária passo a passo**. Fortaleza: Gráfica LCR, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Brasil. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Atenção à saúde da pessoa idosa e envelhecimento**. Brasília, 2010. 44p. : il. – (Série B. Textos Básicos de Saúde) (Série Pactos pela Saúde 2006, v. 12).

_____, _____. **O SUS de A a Z**: garantindo saúde nos municípios. 3 ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, (Série F. Comunicação e Educação em Saúde), 2009.

_____, _____. Departamento de Atenção Básica. **Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa**. Brasília: Ministério da Saúde, 192 p. : il. (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Cadernos de Atenção Básica, n. 19), 2006.

_____, _____. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de atenção Básica**. Brasília: Brasília: Ministério da Saúde, 60 p. (Série Pactos pela Saúde, v. 04.), 2006.

_____, _____. Portaria nº 2.528 de 19 de outubro de 2006. **Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa**. Brasília, 2006.

BARQUEIRO, M. B.; OLIVEIRA, C. O Ensino da Geriatria e Gerontologia na Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia. **Revista Nursing**. São Paulo, V. 02, n. 22, p.17-20, mar. 2000.

CAMARANO, A. A.; KANSO, S.; MELLO, J. L. e. Como vive o idoso brasileiro?. In: Camarano, A. A. (org), **Os Novos Idosos Brasileiros muito além dos 60?**. Rio de Janeiro: IPEA, 2004.

CAMARANO, Ana Amélia. e KANSO, Solange. **Perspectivas de Crescimento para a População Brasileira**: Velhos e Novos Resultados. IPEA: Texto para Discussão nº 1.426, Rio de Janeiro, 2009.

CAMPOS, G.W.S. et al. (Orgs.) **Tratado de saúde coletiva**. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006.

CAPLAN GA, WARD JA, BRENNAN NJ, COCONIS J, BORRAD N, BROWN A. **Hospital in the home**: a randomized controlled trial. *Med J Aust.*, 156 p. 1999.

CORRAR, L. J.; PAULO, E.; DIAS FILHO, J. M. **Análise multivariada**. FIPECAFI: Atlas, 2007, v.1. p. 280-323.

COSTA NETO, M.M.; SILVESTRE, J.A. Atenção à Saúde do Idoso - Instabilidade Postural e Queda. **Caderno de Atenção Básica voltado para a atenção à pessoa idosa**. Brasília: Departamento de Atenção Básica, Ministério da Saúde, 1999.

COTTA, R.M.M.; SCHOTT, M.; AZEREDO, C.M.; FRANCESCHINI, S.C.C.; PRIORE, S.E.; DIAS, G. Organização do trabalho e perfil dos profissionais do Programa Saúde da Família: um desafio na reestruturação da atenção básica em saúde. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v.5 n.3, 27p., 2005.

DUARTE, Y. A. O. O Processo de envelhecimento e a Assistência ao Idoso. In: Ministério da Saúde. **Manual de Enfermagem**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001. p. 185-196. Disponível em: <

<http://xa.yimg.com/kq/groups/22192210/425710953/name/ASSIST%C3%80NCIA+AO+IDOSO.pdf>> Acesso em: 13 out. 2010.

FACHIN, O. **Fundamentos de Metodologia**. 5. ed. São Paulo: Saraiva, 2006.

FEKETE, M. C. Qualidade na prestação do cuidado em saúde. In: BRASIL. Ministério da Saúde. **Organização do cuidado a partir do problema**: uma alternativa metodológica para a atuação da equipe de saúde da família. Brasília: OPAS, 2000. p. 51-57.

FERREIRA, S.C.C.; MONKEN, M. **Gestão em Saúde**: contribuições para a análise da integralidade. Rio de Janeiro: EPSJV; 2009. p.15-21.

FREITAS EV, PY I, CANÇADO FAX, DOLL J, GORZOBI ML. **Tratado de geriatria e gerontologia**, 2 ed., Rio de Janeiro: Guanabara koogan, 2006.

GIATTI, L.; BARRETO, S. M. Saúde, Trabalho e Envelhecimento no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**. São Paulo, v.19, n.3, p.735-44. ago/set. 2003.

GIL, A. C. **Como Elaborar Projetos de Pesquisa**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2002.

GIOVANELLA, L. et al. **Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008.

GIOVANELLA, L. et al. Sistemas Municipais de Saúde e a Diretriz da Integralidade da Atenção: critérios para avaliação. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 60, p. 37-61, jan./abr. 2002.

GONZÁLES C. B.I., LÓPEZ R. P., MARÍN C. I.A., et al. Satisfacción del usuario de los servicios de salud en trabajo. **Rev Med**.v.40, n.4, 5p. 2002.

HAIR JUNIOR, J. F. et al. **Análise multivariada de dados**. 6. ed. Porto Alegre: Bookman,. p.100-128. 2009.

HARTZ, Z.M.A. Novos desafios para a Avaliação em Saúde: lições preliminares dos Programas de Promoção. **Rev. Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, v.2, n.1, 6p. jan./abr. 2002.

HOSMER, D.W.; LEMESHOW, S. **Applied logistic regression**. 2. ed. New York: John Wiley & Sons, 2000.

HYDE C,RobertI, SINCLAIR A. **The effects of supporting discharge from hospital to home in older people**. Age Ageing. v. 29, n.3, 271p. mai, 2000.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia E Estatística. **Censo 2010**. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/censo2010/dados_divulgados/index.php>. Acesso em: 25 mar. 2011.

_____. **Assistência Médica Sanitária 2009**. Portal Jurídico Investidura. Florianópolis. 24 nov. 2010. Disponível em: <www.investidura.com.br/biblioteca-juridica/artigos/economia/174128> Acesso em: 25 mar. 2011.

_____. **Síntese de Indicadores Sociais 2008**. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/homepresidencia/noticias/noticia_impressao.php?id_noticia=1233>. Acesso em: 12 jul. 2010.

KERBER NPC, KIRCHHOF ALC, CEZAR V. Vínculo e satisfação de usuários idosos com a atenção domiciliária.Texto **Contexto Enferm.**, v.17, n.2, Florianópolis, set.2008.

LAKATOS, E. M.; MARCONI, M. A. **Metodologia do trabalho científico**. 6.ed. São Paulo: Atlas, 2006.

LIMA, J.C. Território situado, redes de conversação e coordenação: novas perspectivas para a integralidade da atenção a saúde. In: FERREIRA, S.C.C.; MONKEN, M. **Gestão em Saúde: contribuições para a análise da integralidade**. Rio de Janeiro: EPSJV,v. 19,n.7, 103-127 p., 2009.

LIMA COSTA M.F. et. al. Tendências nas Condições de Saúde e uso de Serviços de Saúde entre Idosos Brasileiros. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.23, n 10, 793 p, jun.2007.

LÓPEZ P. X. A, NAVARRO G. ME, OVALLE R M, et al. Opinión del paciente sobre la unidad de medicina critica. **Revista Médica IMSS**.v.32, n. 10, 469p., nov.1994.

MARTINS, J.J. et al. Políticas Públicas de Atenção à Saúde do Idoso: reflexão acerca da capacitação dos profissionais da saúde para o cuidado com o idoso. **Rev. Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v. 10, n.3, jun.2007.

MARTINS, M. S.; MASAAROLLO, M.C.K.B. Mudanças na Assistência ao Idoso após Promulgação do Estatuto do Idoso segundo profissionais do hospital geriátrico. **Rev. Escola de Enferm.** São Paulo, v. 42, n.1. p.26-33. fev. 2006. .

MATTOS, R. A. Integralidade e a Formação de Políticas Específicas De Saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. **Construção da Integralidade**: cotidiano, saberes e práticas em saúde. Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO, 2007.

MATTOS, R. A. Princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) e a Humanização das Práticas de Saúde. **Interface: Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v.13, supl.1,780p., 2009.

MEDRONHO, A.M. et al. **Epidemiologia**. 2 ed. São Paulo: Atheneu, 685 p., 2009.

MENDES E. V. et al. Território: conceitos chave. In. **Distrito Sanitário**: o processo social de mudança das práticas sanitárias do sistema único de saúde. Rio de Janeiro: ABRASCO, 169p.1993.

Mendes, Walter. **Home care: uma modalidade de assistência à saúde**. Rio de Janeiro: UERJ, UnATI, 112p., 2011.

MENICUCCI, T. M. G. O Sistema Único de Saúde, 20 Anos: balanço e perspectivas. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n.7, p.1620-1625, jul. 2009.

MINAYO, M. C. S. **O Desafio do Conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 9. ed. São Paulo: Hucitec, 2006.

MINGOTI, S. A. **Análise de Dados Através de Métodos de Estatística Multivariada**: uma abordagem aplicada. Belo Horizonte: Editora Universitária/UFMG, 2005.

MIYATA, D.F. et al. Políticas e programas na atenção à saúde do idoso: um panorama nacional. **Arq. Ciênc. Saúde Unipar**, Umuarama, v.9, n.2, p.135-140, mai./ago., 2005.

MOZZATO, A. R.; GRZYBOVSI, D. Analise de Conteúdo Como Técnica de Análise de Dados Qualitativos no Campo da Administração. **Rev. AC**, Curitiba,v.15 , n.4, p.731-747, jul/ago. 2011.

OPAS: Organização. **Envelhecimento Ativo**: política de saúde. Brasília: Pan-Américana de Saúde, 2005.

OLIVEIRA, D. C. Análise de Conteúdo Temático-Categorial: uma proposta de sistematização. **Rev. Enferm.** Rio de Janeiro, v. 16, n. 4, p. 569-76, out/dez. 2008.

PAPALÉO NETO, M.; CARVALHO FILHO, E. T. **Geriatrics**: fundamentos, clínica e terapêutica. 2. ed. São Paulo: Atheneu, 2006.

PAGANO, M; GAUVREAU, K. **Princípios de Bioestatística**. São Paulo: Cengage Learning, 2004.

PAULA, G.A. **Modelos de Regressão com Apoio Computacional**. São Paulo: USP, 2010.

PENHA, R. N. **Um Estudo Sobre Regressão Logística Binária**. Itajubá: Universidade Federal de Itajubá, 2002. Apresentação em Power Point. Disponível em: <<http://www.epr.unifei.edu.br/TD/producao2002/PDF/Renata.PDF>>. Acesso em: 02 abr. 2010.

PÉREZ C. R, LIBREROS V, REYES S, et al. Análisis de La satisfacción del usuario y de la productividad de um modelo de atención primaria con la participación de médicos y técnicos. **Salud Publica Méx.**v.36, 502p. 1994.

PICCINI, R. X. et al. Necessidade de saúde comuns aos idosos: efetividade na oferta e utilização em atenção básica à saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 11, n. 3, 667 p., 2006.

RAMOS, L. R. Fatores determinantes do envelhecimento saudável em idosos residentes em centro urbano: Projeto Epidoso. **Cad. de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.19, n.3, 16 p.jun. 2003.

RAMAGE M. P. L., SHIELDS M., MARTEL L. **Health-promoting factors and good health among Canadians in mid: to late life**. Statistics Canada, catalogue 82-003, Health reports, v.21, n.3, jul.2010.

RODRIGUES, M.A.P. et al. Uso dos serviços básicos de saúde por idosos portadores de doenças crônicas. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v.43, n 4, 604 p., 2009.

RODRÍGUEZ W. M, LÓPEZ C. C. Satisfacción de usuarios de consulta externa de especialidad en Instituto Nacional de Pediatría. **Acta Pediatr Méx.** v.23,n. 7,12p., 2002.

SANTANA, J. R (org). **Organização do Cuidado a Partir de Problemas**: uma alternativa metodológica para a atuação da equipe de saúde da família. Brasília: UFMG, 2000.

SANTOS, H.B. **O Perfil de Saúde dos idosos da Região Urbana de Pelotas e Alguns de Seus Determinantes**. 1999. 129 f. Dissertação (Mestrado em Epidemiologia).Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, 1999.

SECRETARIA DE SAÚDE. Boletim instituto de saúde. **Envelhecimento e saúde**, n 47. São Paulo, 2009. Disponível em: < <http://www.isaude.sp.gov.br/smartsitephp/media/isaude/file/47-idoso.pdf>>. Acesso em: 16 nov. 2010.

SECRETARIA. Secretaria Municipal de Saúde. **Plano Municipal de Saúde de João Pessoa**, estabelecido para o triênio 2006-2009. João Pessoa, 2006.

SILVESTRE, J. A.; COSTA NETO, M. M. Abordagem do idoso em programas de saúde da família. **Cad. de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p.839-847, maio/jun. 2003.

STARFIELD, B. **Atenção Primária**: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologias. Brasília: UNESCO/Ministério da Saúde, 2002.

STARFIELD, B. Is US health really the best in the world? **Journal of the American Medical Association**, v. 284, n. 4, p. 483-485, Jul. 2005.

TAKEDA, S. A. Organização de Serviços de Atenção Primária à Saúde. In: Duncan BB, Schimdt MI, Giugliani ERJ. **Medicina Ambulatorial**: condutas de atenção primária baseada em evidências. 3 ed. Porto Alegre: Artmed, p.77, 2004.

TRIVIÑOS, A.N.S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais**: a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas, 2009.

VASCONCELOS, C.M.; PASCHE, D.F. **O Sistema Único de Saúde**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008.

VERA H. **The client's view of high-quality care in Santiago, Chile**. Stud Fam Plann.v.24,n.9, 40p. 1993.

Apêndice I

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

(Aplicado aos profissionais de saúde e gestores)

Prezado (a) Senhor (a)

Sou Vania Rodrigues de Araujo, mestranda do programa de Pós-Graduação Modelos de Decisão e Saúde. Venho por meio deste, solicitar a sua participação e contribuição para o desenvolvimento de uma pesquisa, que tem como título: Análise das Práticas de Cuidado ao Idoso na Atenção Básica em Saúde Sob a Perspectiva da Integralidade no Distrito Sanitário III do Município de João Pessoa – PB. A pesquisa objetiva: descrever as práticas de cuidado ao idoso, implementadas nas Unidades de Saúde; Identificar quais dessas práticas são mais utilizadas pelos usuários idosos dessas unidades de saúde; Investigar como os gestores, profissionais e os usuários percebem essas práticas de cuidado, levando em consideração o princípio da integralidade do SUS e Investigar quais variáveis estão interferindo na qualidade de atendimento em saúde da população idosa.

Desta forma, solicito sua autorização, para a realização desta entrevista gravada, e apresentar seus resultados em eventos científicos e publicar em revistas científicas. Informo-lhe que esta investigação, não lhe trará danos. Comprometo-me em manter seu nome em sigilo. Caso decida contribuir, ressalto ainda, que sua participação é voluntária. Caso decida não participar da pesquisa ou desistir a qualquer momento estará no seu direito. Estarei ainda a sua disposição para qualquer esclarecimento que considere necessário em qualquer etapa da pesquisa.

Diante do exposto agradeço antecipadamente sua atenção.

João Pessoa - PB ____/____/2011

Vania Rodrigues de Araujo
Pesquisadora

Participante

Apêndice II

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

(Aplicado aos idosos)

Prezado (a) Senhor (a)

Sou Vania Rodrigues de Araujo, aluna da Universidade Federal da Paraíba (UFPB), do mestrado Modelos de Decisão e Saúde. Venho solicitar a sua participação e contribuição para o desenvolvimento de uma pesquisa, que tem como título: Análise das Práticas de Cuidado ao Idoso na Atenção Básica em Saúde Sob a Perspectiva da Integralidade no Distrito Sanitário III do Município de João Pessoa – PB. Esta pretende descrever as práticas de cuidado ao idoso, implementadas nas Unidades de Saúde; Identificar quais dessas práticas são mais utilizadas pelos usuários idosos dessas unidades de saúde; Investigar como os gestores, profissionais e os usuários percebem essas práticas de cuidado, levando em consideração o princípio da integralidade do SUS e Investigar quais variáveis estão interferindo na qualidade de atendimento em saúde da população idosa.

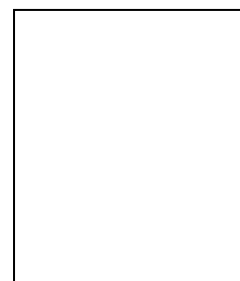
Desta forma, peço sua autorização, para realização desta entrevista gravada, e apresentar os resultados da pesquisa em eventos e revistas voltados para estudantes e profissionais de saúde. Informo que a sua participação não lhe comprometerá ou trará danos. Comprometo-me em manter seu nome em sigilo. Caso decida contribuir, ressalto ainda, que sua participação é voluntária. Caso decida não participar da pesquisa ou desistir a qualquer momento estará no seu direito. Estarei ainda a sua disposição para qualquer esclarecimento que considere necessário em qualquer etapa da pesquisa.

Diante do exposto agradeço antecipadamente sua atenção.

João Pessoa - PB ____/____/2011

Vania Rodrigues de Araujo
Pesquisadora

Participante/Testemunha



Apêndice III

Questionário Direcionado aos Idosos

1. Qual a sua idade? _____
2. Sexo: ☐ Feminino ☐ Masculino
3. Qual a sua escolaridade?
☐ Analfabeto ☐ Ens. Fundamental ☐ Ens. Médio ☐ Ens. Superior
4. A) Você mora:
☐ casa própria ☐ Aluguel ☐ casa de familiares ☐ casa de amigos

B) Quantas pessoas moram na sua casa?
☐ mora sozinho ☐ de 1 – 3 pessoas ☐ de 4 – 6 pessoas ☐ > 6 pessoas
5. A) Qual a sua ocupação?
☐ Dona(o) de casa ☐ Aposentado(a) ☐ Pensionista ☐ Trabalha

(caso trabalhe, responda a questão B)
B) Em que regime de trabalho?
☐ Integral ☐ Meio expediente (manhã) ☐ Meio expediente (tarde) ☐ Noturno
6. Qual sua renda familiar?
☐ < 1 salário mín. ☐ 1 salário mín. ☐ Entre 1 e 3 salários ☐ > 3 salários
7. A) Você tem plano de saúde?
☐ Sim ☐ Não
(Em caso afirmativo, responder a B)

B) Faz uso do SUS?
☐ Sim ☐ Não
8. Quando você necessita de atendimento de saúde aonde você vai?
☐ Hospital ☐ ESF ☐ Pronto Atendimento ☐ Centro especializado
9. Faz uso da Unidade de Saúde da Família (ESF) ?
☐ Sim ☐ Não
10. Nos últimos seis meses, quantas vezes você procurou atendimento na Unidade de Saúde (ESF) do seu bairro?
☐ Nenhuma ☐ 1 a 3 vezes ☐ 4 a 6 vezes ☐ > 6 vezes
11. Como é o caminho da sua casa até a USF em que você é atendido?
☐ Não acessível ☐ Pouco acessível ☐ Acessível ☐ Bem acessível

12. A) Quais atividades de cuidado a saúde do idoso são oferecidas na sua USF?
☐ Consulta médica ☐ Consulta de enfermagem ☐ Grupo hiperdia e diabetes
☐ Grupo de convivência ☐ outros. Qual: _____
- B) Você participa de alguma dessas atividades?
☐ Sim, Qual: _____
☐ Não
13. Qual o serviço, oferecido na ESF, mais procurado por você?
14. De que forma você consegue atendimento médico na Unidade de Saúde?
☐ Escuta qualificada ☐ Acompanhamento /cartão do idoso/visita do ACS
☐ Pega ficha de atendimento/ordem de chegada ☐ Atendimento imediato
15. Quanto ao tempo de espera, você acha:
☐ Muito demorado ☐ Demorado ☐ Pouco demorado ☐ rápido
16. A) Para você, o que é um atendimento de boa qualidade dos profissionais de saúde?
- B) Como você avalia a qualidade do atendimento dos profissionais de saúde da unidade que você procura?
☐ Péssima ☐ Regular ☐ Boa ☐ Ótima
17. Quanto ao acolhimento, você se sente:
☐ não acolhida ☐ mal acolhida ☐ acolhida ☐ bem acolhida
18. Você conhece o agente de saúde da sua família?
☐ Sim ☐ Não
19. A) Quantas visitas ele lhe faz por mês?
☐ Nenhuma ☐ 1 vez ☐ 2 vezes ☐ >2 vezes
- B) Como ela acontece?
20. Quando você precisa de um serviço que a unidade de saúde do bairro não oferece, como você consegue tal serviço? Que tipo de serviço você já precisou?
21. A) O serviço de saúde, como um todo, oferece respostas às suas necessidades de saúde?
☐ Sim ☐ Não
Em caso negativo, que serviços gostaria que houvesse?
22. Como você avalia os programas oferecidos pelo SUS, direcionados a saúde do idoso?
☐ Ruim ☐ Regular ☐ Bom ☐ muito bom
23. Resumindo, podemos dizer que os pontos positivos e os negativos da assistência ao idoso são:

Apêndice IV

Questionário Direcionado aos Profissionais de Saúde

1. Qual a sua idade? _____.
2. Sexo: ☐ Feminino ☐ Masculino
3. Qual a sua formação profissional?
☐ Ensino médio ☐ Profissionalizante ☐ Técnico ☐ Superior
Qual:_____
4. Há quanto tempo se formou?
☐ Neste ano ☐ Entre 1 e 3 anos ☐ Mais de 3 anos
5. Tem alguma pós-graduação, ou capacitação, em saúde do idoso?
☐ Sim ☐ Não
6. Há quanto tempo trabalha no serviço de saúde?
☐ < 1 ano ☐ Entre 1 e 3 anos ☐ Mais de 3 anos
7. Você trabalha exclusivamente no setor público?
☐ Sim ☐ Não
Em caso negativo, em que outro local você trabalha?_____
8. Tempo de experiência em Unidade Saúde da Família (USF):
☐ < 6 meses ☐ Entre 6 meses e 1 ano ☐ Entre 1 e 3 anos ☐ > 3 anos
9. Quando você chega à unidade, como acontece o atendimento?
☐ Escuta qualificada ☐ Acompanhamento /cartão do idoso/visita do ACS
☐ Pega ficha de atendimento/ordem de chegada ☐ Atendimento imediato
10. Como acontece o atendimento dos idosos com dificuldade de acesso a unidade?
☐ Atendimento em domicílio ☐ Deslocamento com transporte particular
☐ Deslocamento por meio de ambulância
11. Quais os serviços ofertados ao idoso na USF?
☐ Consulta médica ☐ Consulta de enfermagem ☐ Grupo hipertenso e diabetes
☐ Grupo de convivência ☐ outros. Qual:_____
12. Qual o mais procurado?
☐ Consulta médica ☐ Consulta de enfermagem ☐ Grupo Hipertenso e diabetes
☐ Grupo de convivência ☐ outros. Qual:_____
13. Como funciona a referência e a contra-referência dos serviços de saúde ao idoso?

14. Quais são os serviços odontológicos ofertados ao idoso na USF?
☐ Não soube informar ☐ Consulta de rotina ☐ Extração dentária ☐ outros.
Qual:_____
15. Qual o mais procurado?
☐ Não soube informar ☐ Consulta de rotina ☐ Extração dentária ☐ outros.
Qual:_____
16. Há resistência, por parte dos idosos, ao acompanhamento de saúde?
☐ Sim ☐ Não
17. Como você avalia os programas oferecidos pelo SUS, no tocante a saúde do idoso?
☐ Ruim ☐ Regular ☐ Bom ☐ muito bom
18. Você avalia que o serviço de saúde, como um todo, oferece resposta às necessidades de saúde dos idosos?
☐ Sim ☐ Não
Em caso negativo, que serviços deveriam ser incluídos?
19. Sintetizando, podemos dizer que os pontos positivos e os negativos da assistência ao idoso são:

Apêndice V

Questionário Direcionado aos Gestores

1. Qual a sua idade? _____.
2. Sexo: ☐ feminino ☐ Masculino
3. Qual a sua formação profissional?
☐ Profissionalizante ☐ Técnico ☐ Superior ☐ Pós-graduação
Qual:_____
4. Há quanto tempo se formou?
☐ Neste ano ☐ Entre 1 e 3 anos ☐ Mais de 3 anos
5. Tem alguma pós-graduação em saúde do idoso?
☐ Sim ☐ Não
6. Há quanto tempo você trabalha com a saúde do idoso?
☐ < 6 meses ☐ Entre 6 meses e 1 ano ☐ Entre 1 e 3 anos ☐ > 3 anos
7. Quais as ações direcionadas a saúde do idoso nas Unidades de Saúde da família (USF)?
☐ Consulta médica ☐ Consulta de enfermagem ☐ Grupo hipertenso e diabetes
☐ Grupo de convivência ☐ outros. Qual:_____
8. Como se organiza a comunicação das necessidades locais, das unidades, com os gestores?
9. Há um sistema de informação local sobre a saúde do idoso?
☐ Sim ☐ Não
10. Existe uma base de informação que apóia o processo de tomada de decisão, no tocante a assistência a população idosa?
☐ Sim ☐ Não
11. Como está planejado o acesso do idoso ao atendimento em saúde?
☐ Escuta qualificada ☐ Acompanhamento /cartão do idoso
☐ Consulta diretamente com o medico ☐ Atendimento do ACS
12. Como ocorre o atendimento ao idoso com dificuldade de acesso as unidades?
☐ Atendimento em domicilio ☐ Deslocamento com transporte particular
☐ Deslocamento até a unidade na ambulância
13. Como funciona a referencia e a contra-referencia dos serviços de saúde?

14. Quais as variáveis que interferem na qualidade de atenção a saúde do idoso?
☐ Renda ☐ Base familiar ☐ Acolhimento das USF
☐ Presença do médico na equipe de saúde ☐ Outras. Qual: _____
15. Como você avalia os programas oferecidos pelo SUS, no tocante a saúde do idoso?
☐ Ruim ☐ Regular ☐ Bom ☐ muito bom
16. Você avalia que o serviço de saúde, como um todo, oferece respostas às necessidades de saúde dos idosos?
☐ Sim ☐ Não
Em caso negativo, que serviços deveriam ser desenvolvidos?
17. Sintetizando, podemos dizer que os pontos positivos e os negativos da nesse serviço são:

Apêndice VI

Quadro do resultado do sorteio aleatório das amostras n_1 e n_2 .

DISTRIBUIÇÃO DAS AMOSTRAS ENTRE AS UNIDADES DE SAÚDE DA FAMÍLIA			
UNIDADES DE SAÚDE		PROFISSIONAIS DE SAÚDE (Nº)	Nº DE IDOSOS
CIDADE VERDE	Cidade Verde IV	Técnico de enfermagem	3
		Odontologista	
	Cidade Verde V	Agente comunitário de saúde (1)	
	Cidade Verde VI	Técnico de enfermagem	
		Agente comunitário de saúde (1)	
IPIRANGA	Boa Esperança	Agente comunitário de saúde (1)	3
	Girassol	Agente comunitário de saúde (1)	
		Técnico de enfermagem	
	Monte das Oliveiras	Agente comunitário de saúde (2)	
Nova Esperança	Ambulantes	-	6
	Colégio Invasido	Médico	
		Agente comunitário de saúde (1)	
	Nova Esperança	-	
	Tijolão	Agente comunitário de saúde (3)	
Rosa de Fátima	Mussumagro I	Agente comunitário de saúde (2)	3
	Mussumagro II	Agente comunitário de saúde (1)	
		Enfermeiro	
		Odontologista	
	Piratibe I	Agente comunitário de saúde (1)	
		Odontologista	
	Sonho Meu	Agente comunitário de saúde (1)	
Verdes Mares	Cidade Verde I	Técnico de enfermagem	1
		Agente comunitário de saúde (2)	
	Cidade Verde II	Médico	
		Agente comunitário de saúde (2)	
	Cidade Verde III	Medico	
		Agente comunitário de saúde (1)	
Nova União	Mangabeira por dentro	Agente comunitário de saúde (3)	1
	Panorâmica	Enfermeiro	
		Agente comunitário de saúde (1)	
	Prosind I	Agente comunitário de saúde (1)	
	União	-	
Água Fria		Médico	2
		Odontologista	
		Técnico de enfermagem	
Aldeia SOS		Médico	5
Balcão		-	
Bancários		Odontologista	
Colibris		Enfermeiro	8
		Agente comunitário de saúde (1)	

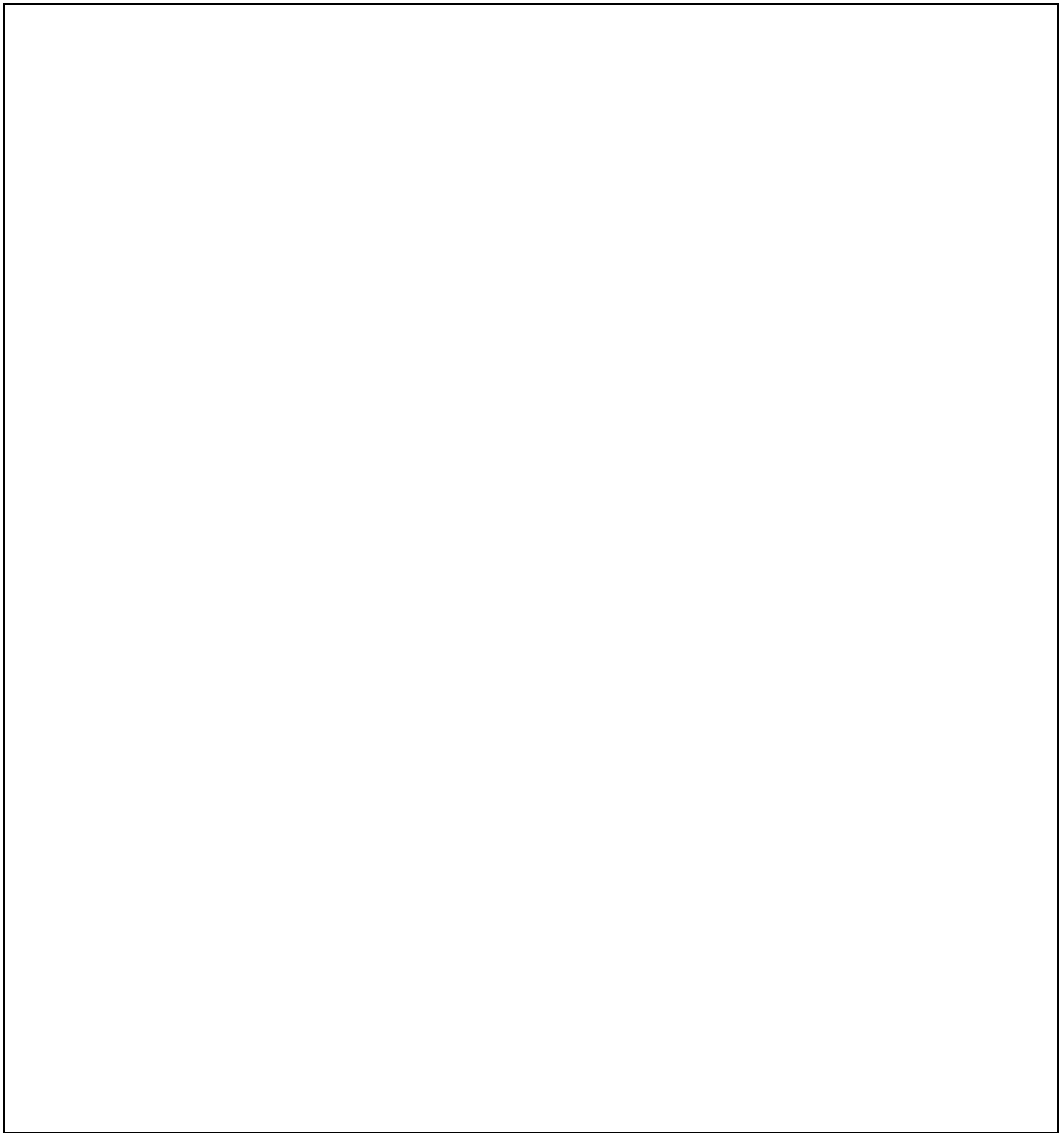
Coqueiral	Odontologista	1
cristo rei	Técnico de enfermagem	1
Doce Mãe de Deus	-	3
Eucalipto	Técnico de enfermagem	1
	Agente comunitário de saúde (1)	
Feirinha	Agente comunitário de saúde (2)	2
Frei Damião	Agente comunitário de saúde (1)	3
	Cirurgiões-dentistas	
José Américo I	Agente comunitário de saúde (1)	2
José Américo II	Agente comunitário de saúde (1)	0
José Américo III	Agente comunitário de saúde (2)	2
Laranjeiras	Agente comunitário de saúde (2)	4
Mangabeira VI 1ª etapa	Agente comunitário de saúde (2)	1
	Cirurgiões-dentistas	
Mangabeira VI 2ª etapa	Agente comunitário de saúde (2)	4
Mangabeira VII A	-	1
Mangabeira VII A (Anexo)	-	3
Mangabeira VII B	Enfermeiro	3
Mangabeira VII C	Técnico de enfermagem	1
Paratibe II	Enfermeiro	3
	Agente comunitário de saúde (1)	
Parque do Sol	Agente comunitário de saúde (1)	2
Pedro Lins	Agente comunitário de saúde (1)	7
Prosind II	Agente comunitário de saúde (3)	2
Santa Bárbara	Cirurgiões-dentistas	4
	Técnico de enfermagem	
	Agente comunitário de saúde (2)	
Timbó I	Agente comunitário de saúde (4)	4
	Médico	
Timbó II	Agente comunitário de saúde (1)	5
Valentina I	-	2
Valentina II	Agente comunitário de saúde (1)	5
Valentina III	Enfermeiro	4
	Agente comunitário de saúde (2)	
	Odontologista	
Valentina IV	Enfermeiro	1
	Agente comunitário de saúde (1)	
PACS Colibris	Agente comunitário de saúde (1)	3

Anexo I

Lista das Unidades de Saúde da Família do Distrito Sanitário III

UNIDADES DE SAÚDE DA FAMÍLIA DO DISTRITO SANITÁRIO III			
UNIDADES DE SAÚDE INTEGRADAS		ENDEREÇO	BAIRRO
CIDADE VERDE	Cidade Verde IV	Rua Leopoldo P de Lima	Mangabeira VIII
	Cidade Verde V		
	Cidade Verde VI		
IPIRANGA	Boa Esperança	Rua São Luiz	Valentina I
	Girassol		
	Monte das Oliveiras		
Nova Esperança	Ambulantes	Rua Arlindo Bezerra Camboim	Mangabeira IV
	Colégio Invadido		
	Nova Esperança		
	Tijolão		
Rosa de Fátima	Mussumagro I	Av. Oscar Lopes Machado	Valentina I
	Mussumagro II		
	Paratibe I		
	Sonho Meu		
Verdes Mares	Cidade Verde I	Rua Projetada Q. 211, Lt. 07, Condomínio Cidade Verde	Mangabeira VIII
	Cidade Verde II		
	Cidade Verde III		
Nova União	Mangabeira por dentro	Rua Sub-tenente Joaquim do Nascimento	Mangabeira II
	Panorâmica		
	Prosind I		
	União		
UNIDADES DE SAÚDE INDEPENDENTES		ENDEREÇO	BAIRRO
Água Fria		Rua Lourenso V de Souza	Jardim São Paulo
Aldeia SOS		Rua Esmeralda Gomes Vieira	Bancários
Balcão		Rua Comerciante Alfredo Ferreira Rocha	Mangabeira I
Bancários		Rua Esmeralda Gomes Vieira	Bancários
Colibris		Rua José Cândido da Silva	Colibris
Coqueiral		Rua Milton Santacruz	Mangabeira I
cristo rei		Rita Xavier de Oliveira	Mangabeira
Doce Mãe de Deus		Rua Celita Lira Portela	Valentina
Eucalipto		Rua Leonardo Cerqueira de Castro	Jd Cidade Universitária
Feirinha		Rua Nmaria da Gloria O Rodrigues	Mangabeira I
Frei Damião		Rua Rosemiro R de Lima	Valentina

José Américo I	Rua Leila Diniz	José Américo
José Américo II	Rua Leila Diniz	José Américo
José Américo III	Rua Terezinha de Medeiros Dantas de Souza	José Américo
Laranjeiras	Rua José Estevão da Silva	Laranjeiras
Mangabeira VI 1ª etapa	Rua Olívio de Azevedo Sena	Mangabeira VII
Mangabeira VI 2ª etapa	Rua Professora Vanda Farias Coutinho	Mangabeira VI
Mangabeira VII A	Rua Professor Carlos Lira Neto	Mangabeira VII
Mangabeira VII A (Anexo)	Rua Professor Carlos Lira Neto	Mangabeira VII
Mangabeira VII B	Rua Adailton Pontes de Lima	Mangabeira VII
Mangabeira VII C	Rua Manoel Ângelo de Oliveira	Mangabeira VII
Paratibe II	Rua Projetada Q. 655, Lt. 28	Valentina
Parque do Sol	Rua Armando Severino da Silva	Gramame
Pedro Lins	Rua Josina Lessa Feitosa	Mangabeira I
Prosind II	Rua Anísio Borges de Melo	Mangabeira Prosind
Santa Bárbara	Rua Economista Geraldo Targino da Silva	Valentina
Timbó I	Rua Celeida A Ferreira	Bancários
Timbó II	Rua Nossa Senhora de Fátima	Bancários
Valentina I	Rua Professora Maria Luiza de Castro	Valentina I
Valentina II	Rua Comerciante José de Santana	Valentina I
Valentina III	Rua Maestro José Queiroz Batista	Valentina I
Valentina IV	Rua Paulo de Medeiros Gomes	Valentina I
PACS Colibris	Rua José Sinfrônio de Oliveira Mariz	Colibris II



Anexo III
Certidão do Comitê de Ética



CENTRO UNIVERSITÁRIO DE JOÃO PESSOA – UNIPÊ
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA
CEP/UNIPÊ

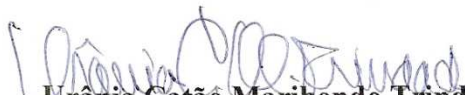
CERTIDÃO

Certifico que o Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Universitário de João Pessoa – CEP/UNIPÊ, em sua 34ª Reunião Ordinária realizada em 21.12.2010, com base na Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde/MS que regulamenta a ética na pesquisa envolvendo seres humanos, aprovou o parecer referente ao Projeto de Pesquisa “**Análise das práticas de cuidado ao idoso na atenção básica em saúde sob a perspectiva da integralidade no distrito sanitário III do Município de João Pessoa – PB**” da pesquisadora responsável Vania Rodrigues de Araújo.

Esta Certidão é provisória, para fins de execução da referida pesquisa, ficando sob a responsabilidade da pesquisadora entregar ao CEP/UNIPÊ o relatório final de conclusão da pesquisa, ocasião em que será emitida certidão definitiva, nos termos das atribuições conferidas ao CEP pela Resolução já citada.

Encaminhe-se a pesquisadora interessada.

João Pessoa, 23 de Dezembro de 2010.


Urânia Catão Maribondo Trindade
Vice-Coordenadora do CEP/UNIPÊ

ANEXO IV

Encaminhamento da Secretaria de Saúde

**Prefeitura Municipal de João Pessoa**
Secretaria de Saúde

João Pessoa, 01 de julho 2011.

ENCAMINHAMENTO

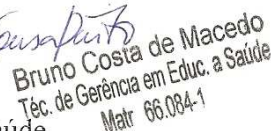
Cumprimentando-os cordialmente, encaminhamos a pesquisadora, **VANIA RODRIGUES DE ARAUJO**, para a realização de coleta de dados da pesquisa intitulada “ANÁLISE DAS PRÁTICAS DE CUIDADO AO IDOSO NA ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE SOB A PERSPECTIVA DA INTEGRALIDADE”, a ser realizada nas Unidades de Saúde da Família do Distrito Sanitário III, processo nº 09.766/2011.

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

Atenciosamente,


Evellin Bezerra

Gerente de Educação na Saúde


Bruno Costa de Macedo
Téc. de Gerência em Educ. a Saúde
Matr 66.084-1