

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA
MESTRADO ACADÊMICO EM SAÚDE COLETIVA

CAROLINA DA SILVA BUNO

AS NARRATIVAS DO ACESSO À ATENÇÃO PRIMÁRIA EM PORTO
ALEGRE: EXPERIÊNCIAS NA PERSPECTIVA DOS USUÁRIOS IDOSOS



PORTO ALEGRE
2020

Carolina da Silva Buno

**AS NARRATIVAS DO ACESSO À ATENÇÃO PRIMÁRIA EM PORTO
ALEGRE: EXPERIÊNCIAS NA PERSPECTIVA DOS USUÁRIOS IDOSOS**

Dissertação apresentada como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva (Mestrado Acadêmico), junto ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Orientador: Prof. Dr. Alexandre Fávero Bulgarelli

PORTO ALEGRE
2020

CIP - Catalogação na Publicação

Buno, Carolina da Silva

AS NARRATIVAS DO ACESSO À ATENÇÃO PRIMÁRIA EM PORTO
ALEGRE: EXPERIÊNCIAS NA PERSPECTIVA DOS USUÁRIOS
IDOSOS / Carolina da Silva Buno. -- 2020.

164 f.

Orientador: Alexandre Fávero Bulgarelli.

Dissertação (Mestrado) -- Universidade Federal do
Rio Grande do Sul, Escola de Enfermagem, Programa de
Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Porto Alegre, BR-RS,
2020.

1. Atenção Primária à Saúde. 2. Saúde do Idoso. 3.
Pesquisa Qualitativa . 4. Narração . I. Bulgarelli,
Alexandre Fávero, orient. II. Título.

Carolina da Silva Buno

AS NARRATIVAS DO ACESSO A ATENÇÃO PRIMÁRIA EM PORTO
ALEGRE: EXPERIÊNCIAS NA PERSPECTIVA DOS USUÁRIOS IDOSOS

Dissertação apresentada como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva (Mestrado Acadêmico), junto ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Orientador: Prof^o Dr^o Alexandre Fávero Bulgarelli

Aprovada em 27 de março de 2020.

BANCA EXAMINADORA

Prof^o Dr^o Alexandre Fávero Bulgarelli
Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS)
Presidente (Orientador)

Prof^a Dr^a Camila Mello dos Santos
Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS)
Membro Interno – Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva

Prof^o Dr^o Renato De Marchi
Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS)
Membro Externo – Programa de Pós-Graduação em Odontologia Social

Prof^a Dr^a Marília Prado Louvison
Universidade de São Paulo (USP)
Membro Externo à Instituição

AGRADECIMENTOS

Ao meu orientador Prof^o Dr^o Alexandre Fávero Bulgarelli pela dedicada orientação e pelas importantes contribuições na construção deste trabalho. Agradeço ainda pela confiança em tratar de um tema tão delicado (e necessário!) e pelo cuidado para comigo e meu trabalho durante todo o curso do mestrado.

À Prof^a Dr^a Stela Nazareth Meneghel e Prof^a Renato José De Marchi pelas grandes contribuições durante o processo de qualificação. À Prof^a Dr^a Marília Prado Louvison, Prof^a Renato José De Marchi e Prof^a Dr^a Camila Mello dos Santos pelo aceite na participação da banca de defesa deste trabalho e as contribuições emitidas via parecer.

À diretora do Centro de Pesquisa em Odontologia Social (CPOS), Prof^a Dr^a Camila Mello dos Santos, pela disponibilização de bolsistas de iniciação científica Minelle Madeira para auxiliar na etapa de transcrição do material. À Minelle pela disponibilidade e parceria na etapa de transcrição do material.

À Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre e Gerência Distrital de Saúde Paternon-Lomba do Pinheiro (GD - PLP) pela autorização para as coletas de dados nas unidades de saúde e apoio para início das atividades em campo.

Aos trabalhadores das unidades de saúde participantes, em especial os Agentes de Saúde e Agentes de Endemia, pela acolhida carinhosa e por dividirem suas perspectivas e vivências durante nossas caminhadas pelos territórios.

Aos idosos participantes desta pesquisa por confiarem a mim suas histórias, pensamentos e seus olhares sobre a saúde e sobre a vida.

Às Prof^a Dr^a Míriam Thaís Guterres Dias e Prof^a Aline Blaya Martins e aos servidores da Pró-reitoria de Pós-Graduação da UFRGS Luiz Gustavo dos Reis e Jadder Freitas pela concessão de bolsas de apoio técnico e institucional. Estas oportunidades permitiram que eu me dedicasse às atividades acadêmicas e de pesquisa durante o curso do mestrado.

À Águida Luana Veriato Schultz por compartilhar todo seu conhecimento sobre metodologias qualitativas, em especial, pela grande ajuda no processo de desvendar as nuances do método de análise de conteúdo.

Aos colegas Agatha Santos, Geisa de Moraes, Márcio Hoff , Phyllipe Dantas e Aline Blaya por serem parte das mãos que não se soltaram durante os tempos de turbulência e pelos braços acolhedores nos momentos de alegria.

À Miriam Thaís Guterres Dias meu muito obrigada pelos ouvidos sempre dispostos, pelo constante aconselhamento e por ser uma das minhas grandes incentivadoras nestes últimos dois anos.

Aos amigos e também sanitaristas, Allan Gomes de Lorena, Yago Matos; Beatriz Simmerman; Laís Vignati, Deborah Lacerda e Lis Segala pelos braços acolhedores e ouvidos sempre atentos tanto para os desabafos, quanto para as discussões teóricas sobre no campo da saúde coletiva.

À Giovana Petracco de Miranda e Mariana Petracco de Miranda, companhias de lar, de vida durante minha passagem em Porto Alegre e que compartilharam de alguma forma as delícias e dramas desta jornada.

Aos meus familiares, em especial Marina Maria pelo apoio em momentos de dificuldades. Aos demais amigos, familiares e pessoas de meu convívio, que me acolheram em momentos de cruciais, compartilharam alegrias e que compreenderam minha ausência nos vários momentos em que não pude estar por presente.

A Giovani Concli por *“rir meu sorriso e derramar meu pranto”*. Pela constante parceria, paciência, apoio e amor ao longo deste e de tantos outros desafios dessa vida. Por ser porto seguro em meio ao caos.

Aos meus pais Romilda e Nelson por sempre me ensinarem que a educação é uma das principais armas na luta contra as desigualdades. Se hoje tenho a oportunidade de concluir mais uma etapa dos meus estudos em uma universidade pública é pelo estímulo, esforços e dedicação que tiveram e ainda tem comigo. Obrigada por apoiarem meus sonhos e objetivos, mesmo que isso tenha exigido tantos sacrifícios. Essa conquista é nossa!!!!

Aos Professores e trabalhadores da Escola de Enfermagem da UFRGS, em especial àqueles vinculados ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, pela dedicação na contínua (re)construção deste programa e na valorização da

produção de conhecimentos no campo da saúde coletiva. Tenho orgulho e gratidão pela oportunidade de fazer parte da história deste PPG como aluna de mestrado.

Por fim, agradeço à Universidade Federal do Rio Grande do Sul por oportunizar que eu e tantos outros acessem o ensino superior e os programas de pós-graduação de forma gratuita e de qualidade. Em tempos de desmonte à educação superior pública e desvalorização da ciência nacional, a Universidade Pública existe e resiste!

“Os tempos são de culto à ignorância e má-fé. O esclarecimento é um dever contra o obscurantismo. ”

(Márcia Tiburi)

RESUMO

O envelhecimento coloca-se com um grande desafio para os sistemas de saúde, sendo necessário pensar novos modelos de atenção capazes de atender as demandas da população idosa. Neste cenário, a Atenção Primária à Saúde (APS) se faz como ponto principal para a ordenação e coordenação do cuidado, sendo espaço estratégico para o oferecimento da atenção à saúde de forma equânime e integral, uma vez que as necessidades em saúde da população mais velha não são supridas em um sistema pautado na fragmentação do cuidado. Este projeto trata de um estudo qualitativo, de método dedutivo e caráter compreensivista, que tem por objeto o estudo do acesso aos equipamentos da APS no município de Porto Alegre, na perspectiva dos usuários idosos. Os dados foram coletados por meio de entrevistas narrativas, buscando compreender as potencialidades e os possíveis entraves encontrados pelos idosos no acesso as unidades básicas de saúde onde estão vinculados. A análise do material empírico das entrevistas narrativas foi realizada sob a perspectiva da Análise Temática de Conteúdo, considerando as etapas propostas por Laurence Bardin. Foram construídas três temáticas, sendo elas o “acesso na APS”; “a acessibilidade” e a “integralidade do cuidado”. Os resultados demonstram que as unidades de saúde são a principal referência para o acesso a cuidados pela população idosa, tanto pela proximidade das unidades de suas residências, bem como pelo vínculo produzido entre os trabalhadores e usuários. A avaliação do acesso na perspectiva dos idosos foi positiva, mas não completamente satisfatória uma vez que características organizacionais e físicas foram apontadas como importantes barreiras de acesso e diretamente associadas com diferentes graus de insatisfação dos usuários com o serviço de referência. Foi observado também que a idade avançada quando analisada em conjunto com outros marcadores sociais de diferença também pode se configurar enquanto característica limitadora de acesso aos cuidados em saúde na atenção primária. Os resultados encontrados nesta pesquisa poderão nortear ações que qualifiquem a rede de atenção primária, reforçando os princípios de equidade e universalidade do SUS. Pensar em estratégias efetivas e resolutivas para o acesso na APS e em uma política pública de saúde com foco na saúde da pessoa idosa faz-se necessário para a transformação da sociedade e o fortalecimento do Sistema Único de Saúde.

Palavras-Chave: Atenção Primária à Saúde; Saúde do Idoso; Pesquisa Qualitativa; Narração.

ABSTRACT

The aging process is a challenge for health systems, and it is necessary to propose new models to answer the demands of the elderly population. Primary Health Care (PHC) is the center for the ordering and coordination of care, and it is a strategic space provide equity health care and comprehensive perspective, since the health needs for older population are not achieved in a fragmented health system. This research project is a qualitative study, with a comprehensive and inductive method, to study the access the Primary Health Care equipment in Porto Alegre-RS, from the elderly users' perspective. Data were collected by means of narrative interviews, aiming to understand the potentials and possible barriers found by the elderly when they tried to access basic health units where they are linked. The analysis of the empirical material, from the narrative interviews, was mad with Thematic Content Analysis, considering the steps proposed by Laurence Bardin. Three themes were built: "first contact attention", "the capacity of health facilities", "access and comprehensive care". The results show that health units in primary care are the main reference for access by the elderly population, because is the health service nearest to their homes, as well as the bond/linkage produced between health workers and users. The access was perceived, from the elderly's perspective, as positive, but not quite satisfactory, because organizational and structural characteristics were identified as important barriers to access and directly associated with different dissatisfaction degrees. It was also observed that advanced age, when analyzed together with other difference social markers, can be configured as a limiting characteristic to access health care in primary care services. The results may guide new work processes in the PHC, reinforcing the principles of equity and universality of SUS. Public health policies, focusing on the elderly health, is an effective and resolute strategies for accessing PHC. This is necessary for society transformation and the Unified Health System strengthening.

Keywords: Primary Health Care; Health of the Elderly; Qualitative Studies; Narrative.

LISTA DE QUADROS

Quadro 01: Principais características dos idosos participantes	61
Quadro 02 : Fases principais da entrevista narrativa.....	64
Quadro 03 : Regras Utilizadas para Transcrição	66

LISTA DE FIGURAS

Figura 01- Organização das unidades de registro (denominados enquanto “nós”) no Software Nvivo® 12.....	63
--	----

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

AB	Atenção Básica
ABRASCO	Associação Brasileira de Saúde Coletiva
AC	Ação Cautelar
ACS	Agente Comunitário de Saúde
AD	Atenção Domiciliar
ADAPS	Agência Nacional para o Desenvolvimento da Atenção Primária
AE	Agente de Endemias
APS	Atenção Primária à Saúde
BPC	Benefício de Prestação Continuada
CFa	Constituição Federal
CF	Clínica da Família
CLT	Consolidação das Leis do Trabalho
EPS	Educação Permanente em Saúde
ESF	Estratégia de Saúde da Família
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IMESF	Instituto Municipal de Saúde da Família
INSS	Instituto Nacional de Seguridade Social
IPCA	Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
OSS	Organização Social de Saúde

OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
PAB	Pisos de Atenção Básica fixo e variável
PCATool	Primary Care Assessment Tool
PCD	Pessoa com Deficiência
PEC	Proposta de Emenda Constitucional
PMAC	Programa Nacional de Melhoria e da Qualidade da Atenção Básica
PMB	Programa Médicos Pelo Brasil
PMC	Programa Melhor em Casa
PMM	Programa Mais Médicos
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNH	Política Nacional de Humanização
PNI	Política Nacional do Idoso
PNSPI	Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa
PNUD	Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento
PROADI	Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do Sistema Único de Saúde
PSF	Programa Saúde da Família
PTS	Projeto Terapêutico Singular
RAS	Redes de Atenção à Saúde
RAWP	Resource Allocation Working Party
RDC	Resolução da Diretoria Colegiada
SAP	Secretaria de Atenção Primária
STJ	Supremo Tribunal de Justiça
SUS	Sistema Único de Saúde

UBS	Unidade Básica de Saúde
UFRGS	Universidade Federal do Rio Grande do Sul
UPA	Unidade de Pronto Atendimento

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	18
2. REFERENCIAL TEÓRICO	22
2.1 Políticas Públicas em Saúde e a garantia dos direitos no âmbito da saúde da pessoa idosa	22
2.2 Atenção Primária à Saúde no Brasil – panoramas e desafios	32
2.2.3 Panoramas e perspectivas para Atenção Primária - o cenário da APS no município de Porto Alegre/RS.....	40
2.3 Acesso à Saúde - a Atenção Primária à Saúde enquanto estratégia de ampliação de acesso	44
3. OBJETIVOS	55
3.1 Objetivo Geral	55
3.2 Objetivos Específicos.....	55
4. “A MEMÓRIA É UM CABEDAL INFINITO DO QUAL SÓ REGISTRAMOS UM FRAGMENTO”- A METODOLOGIA ¹	56
4.1 Desenho de pesquisa	56
4.2 Seleção dos idosos participantes.....	59
4.3 Produção de Dados	62
4.4 Processamento e análise dos dados.....	65
4.5 Limitações do estudo	71
5. ANÁLISE DOS RESULTADOS	72
5.1 “Ah, qualquer coisa eu vou no posto, né?”: a atenção de primeiro contato na perspectiva dos usuários idosos.	72
5.2. “O posto não tá com um local bom pra acolher aquela quantidade de gente” - a capacidade das unidades de saúde na APS.....	88
5.3. “Não sei os outros idosos, mas eu vou falar por mim, eu gostaria de ser tratada, com respeito, sabe?” - Acesso e integralidade do cuidado à pessoa idosa	99
6. CONCLUSÕES	117
REFERÊNCIAS	122

APÊNDICE 1 – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	147
APÊNDICE 2 – ROTEIRO NORTEADOR.....	149
APÊNDICE 3- ENTREVISTA MODELO.....	151
ANEXO 1 - PARECER CIRCUNSTÂNCIADO DO CEP – PREFEITURA MUNICIPAL DE SAÚDE DE PORTO ALEGRE	163
ANEXO 2 - PARECER CIRCUNSTÂNCIADO DO CEP UFRGS.....	164

1. INTRODUÇÃO

O mundo vem passando por um importante processo de mudança estrutural das populações, fruto de uma transição demográfica, etária e social caracterizada principalmente pela redução das taxas de mortalidade e fecundidade das populações (BORGES; CAMPOS; SILVA, 2015). Tais mudanças nas configurações estruturais e etárias tiveram início na metade do século XX nos países desenvolvidos do oeste europeu e consolidou-se de forma gradual nestes locais, permitindo uma melhor adaptação das políticas públicas, sociais e econômicas a um novo perfil societário. Os países subdesenvolvidos passaram a experimentar o processo de transição demográfica, mas de forma mais acentuada e rápida, com bruscas mudanças nas características demográficas das populações, em um curto espaço de tempo (BORGES; CAMPOS; SILVA, 2015; VERAS; OLIVEIRA, 2018).

O Brasil vive um importante processo de transformação em sua estrutura etária desde a metade dos anos 1960, caracterizada principalmente pela redução das taxas de fecundidade e da mortalidade infantil e o aumento da expectativa de vida (BRASIL, 2006; BORGES; CAMPOS; SILVA, 2015; BRITO, 2010; MORAES, 2012). O avanço da medicina, a valorização da Atenção Primária à Saúde (APS) e do paradigma da promoção à saúde, bem como o desenvolvimento de políticas públicas com foco na população idosa, também, corroboraram para a promoção do envelhecimento saudável e o aumento da longevidade deste grupo etário (BULGARELLI *et al.*, 2009).

O aumento da longevidade da população é uma realidade no país e não se apresenta como uma mudança estrutural neutra, sendo um processo que altera não só variáveis demográficas, mas também econômicas e sociais, positiva ou negativamente, podendo ser a causa na mudança dessas variáveis ou até mesmo um produto desta (BRITO, 2010). Considerando o cenário de um país desigual e com características regionais diversas, a mudança das estruturas sociais pode significar o reforço de desigualdades sociais e iniquidades ou ferramenta indutora de garantias sociais, em especial no campo das políticas públicas sociais e de saúde. Ainda, o envelhecimento representa um grande desafio para sociedade, exigindo políticas públicas e ações específicas de proteção, cuidado e atenção para

a população idosa, trazendo esses sujeitos para o centro dos debates das agendas públicas, pressionando para que as políticas sociais olhem para este público e considerem as dificuldades em garantir o atendimento de suas necessidades (MINAYO, 2003).

Envelhecer não é sinônimo de adoecer, porém com o aumento da longevidade da população torna-se necessário pensar novos modelos de cuidado capazes de atender os desafios impostos pelo envelhecimento, uma vez que as necessidades em saúde dos idosos diferem-se das dos jovens e adultos, estando os modelos tradicionais despreparados para o enfrentamento dessa demanda (VERAS; CALDAS; CORDEIRO, 2013). As necessidades em saúde da população idosa não são satisfeitas integralmente em um sistema pautado nas condições agudas e nos serviços de emergência e os maiores gastos em saúde, também, não garantem melhoria da qualidade de vida dos idosos, sendo necessário a garantia dos direitos e ações previstas nas políticas sociais e de saúde. (MOTTA; AGUIAR, 2007; OLIVEIRA *et al.*, 2013)

A APS (Atenção Primária à Saúde) se faz essencial, configurando-se como um espaço privilegiado para o atendimento das demandas de saúde do idoso, uma vez que a proximidade com a comunidade conversa com a realidade no qual este sujeito está inserido e fortalece os vínculos entre o serviço de saúde e o usuário (OLIVEIRA; TAVARES, 2010). A APS deve considerar ainda as necessidades sanitárias da população adscrita, subsidiando o planejamento e execução de ações que deem conta das necessidades destes usuários, capacitando os profissionais e promovendo a assistência resolutiva e qualificada (AMTHAUER; FALK, 2017; BARA *et al.*, 2015).

As políticas públicas de saúde reforçam os direitos à saúde integral e o acesso equânime da população idosa aos serviços, trazendo a Atenção Primária à Saúde como nível de atenção prioritário na realização de ações de prevenção e promoção à saúde, uma vez que orientada corretamente dentro da lógica de seus atributos a APS é capaz de atingir melhores indicadores de saúde, ofertar a atenção integral às necessidades do usuário e favorecer a promoção do envelhecimento saudável (MARTINS *et al.*, 2014; PLACIDELI; CASTANHEIRA, 2017).

De acordo com os dados do IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas), a população no município de Porto Alegre é estimada em 1.409.351 habitantes, sendo destes 213.000 idosos, o que representa 14,9 % da população total. Na última década o município apresentou crescimento de 33% no número de idosos, indicando o aumento da longevidade entre os residentes da capital (OBSERVA-POA, 2017; IBGE, 2010). Ainda, considerando dados da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS), 87,7% dos idosos residentes em Porto Alegre/RS alegam procurar os mesmos locais de atendimento quando necessitam de alguma assistência em saúde, o que pode indicar a preferência pelo atendimento integral de suas necessidades, o fortalecimento dos vínculos com serviços e locais procurados (IBGE, 2013). O aumento desta população exige um olhar mais sensível às suas necessidades em saúde e adaptações que colaborem para o melhor acesso destes usuários aos serviços de saúde.

O município de Porto Alegre/RS organiza o sistema de saúde considerando Atenção Primária à Saúde como ordenadora e coordenadora do cuidado, tendo a Estratégia de Saúde da família (ESF) como modelo principal de atenção na APS. As Unidades Básicas de Saúde (UBS) destacam-se como locais prioritários para o acolhimento e primeiro contato com os usuários e o ponto de comunicação central na construção das redes de atenção e das linhas cuidado. Os resultados publicados em artigo que pertence a etapa quantitativa do macroprojeto que deu origem a este estudo e que conta como instrumento de pesquisa o *PrimaryCareAssessment Tool (PCATool)*, demonstra que 65% dos entrevistados, moradores das gerências distritais Paternon-Lomba, Centro e Restinga Centro-Sul, são usuários das Unidades de Saúde do SUS (Sistema Único de Saúde) do município de Porto Alegre/RS. Destes, 68,6% tinham mais de 60 anos, sendo os idosos o grupo etário mais expressivo entre os entrevistados das gerências distritais estudadas. Foi encontrada associação entre as variáveis de faixa etária-utilização e faixa etária-satisfação (Escore utilização: $p=0,00$; Escore acesso $p=0,02$), podendo indicar que os usuários idosos estão satisfeitos com a utilização do serviço, entretanto não avaliam como satisfatório a acessibilidade/primeiro contato das unidades onde estão vinculados (BULGARELLI *et al.*, 2018).

O usuário tem papel central dentro de um sistema de saúde, sendo extremamente necessário conhecer sua avaliação sobre seus equipamentos de referência, tanto para o fortalecimento do vínculo entre usuário-serviço de saúde, quanto para o aperfeiçoamento dos processos de trabalho (RAMOS; LIMA, 2003a). Apesar da avaliação do usuário sobre os serviços ser particular, subjetiva e dependente dos aspectos avaliados e de quem os avalia ela está diretamente relacionada ao conceito de resolutividade, uma vez que serviço de saúde mais preparado a demanda da população é capaz de atender de forma mais adequada as necessidades em saúde, fortalecendo os processos na APS e construindo redes de referência mais potentes (TURRINI; LEBRÃO; CESAR, 2008).

Considerando o perfil da população adscrita e suas diferentes necessidades em saúde, se faz importante conhecer a perspectiva do usuário no que tange o acesso na Atenção Primária, considerando metodologias quantitativas e qualitativas para compor a avaliação deste atributo. As abordagens qualitativas e quantitativas não são antagônicas entre si, entretanto a quantificação não é o suficiente para compreender aspectos subjetivos que permeiam a qualidade dos serviços de saúde, as singularidades e as marcas simbólicas dos indivíduos (NUNES, 2005). A dimensão qualitativa permite o aprofundamento da compreensão acerca do objeto em estudo, permitindo análise e diferentes olhares aos fatores que compõem os processos em análise (BOSI; MERCADO-MARTINEZ, 2004; BOSI et al, 2010).

É essencial priorizar a população idosa nas políticas de proteção social e de saúde, tomando a saúde como uma política indutora de desenvolvimento econômico e capaz de responder as novas demandas criadas pela transformação demográfica e epidemiológica (MIRANDA; MENDES; SILVA, 2016). Pensar em estratégias efetivas e resolutivas e em uma política pública de saúde com foco na saúde da pessoa idosa faz-se necessário para a transformação da sociedade e o fortalecimento do Sistema Único de Saúde.

2. REFERENCIAL TEÓRICO

Este capítulo aborda os principais marcos legislativos que garantem a promoção de direitos à população idosa, em especial no âmbito da saúde, bem como as normativas internacionais e a literatura que dissertam sobre a promulgação de direitos a esta população. Também são abordadas as temáticas de Atenção Primária à Saúde e Acesso na Atenção Primária, entendendo que este nível de atenção enquanto ordenador, coordenador de cuidados e principal porta de entrada dos usuários idosos ao sistema de saúde, abordando também marcos políticos, teóricos e outros tipos de literatura, afim apoiar esta discussão no material mais recente que aborda as principais mudanças pela qual vem passando a atenção primária no país.

2.1 Políticas Públicas em Saúde e a garantia dos direitos no âmbito da saúde da pessoa idosa

O envelhecimento é a única experiência que todas as pessoas experimentam ao longo da vida, desde o dia do nascimento até a morte (KALACHE, 2019). Apesar de comum a todos os seres humanos, o envelhecimento não se dá da mesma forma para todas as pessoas, influenciando neste processo características como gênero, raça/cor, escolaridade e demais indicadores sociais. O crescimento da população idosa acarreta em mudanças relacionadas à desigualdade socioeconômicas que afetam as estruturas etárias da população e gera questões que necessitam de respostas rápidas para a preservação da saúde, autonomia e dignidade, olhando para as questões em saúde dos idosos de forma global (MARTINS *et al.*, 2014)

É necessário olhar para as necessidades dos idosos, para os critérios utilizados para definir e satisfazê-las adequadamente, uma vez que o aumento no número de idosos já é uma realidade, assim como suas diferentes necessidades e singularidades, carecendo de mudanças estruturais e políticas que deem conta de

responder a essas necessidades, desmitificando os mitos que cercam o envelhecimento (MARTINS *et al.*, 2014). É importante observar também a mudança no paradigma do envelhecimento, não considerando exclusivamente a idade como parâmetro definidor, mas também os papéis que exercem os idosos na sociedade uma vez que com a longevidade é necessário pensar estratégias que assegurem o envelhecimento com qualidade de vida, bem-estar e perspectivas (KESKE *et al.*, 2019).

O papel da saúde e das políticas sociais neste cenário é garantir que os idosos descubram novas possibilidades e vivenciem o envelhecimento com qualidade de vida, apesar de algumas limitações que este processo possa acarretar em suas vidas, otimizando oportunidades, participação, segurança e melhora na qualidade de vida, pensando em ações e políticas que promovam sua autonomia, independência e a redução do risco de vulnerabilidade. (PEREIRA; LACERDA; NATAL, 2017). No retrospecto no campo das políticas sociais em saúde se faz importante para compreender os marcos legais na garantia de direitos e acesso à saúde por parte desta população, os cenários e quais eram e quais são as necessidades em saúde, afim de garantir direitos, acesso e a continuação de cuidados que promovam saúde e qualidade de vida.

Nos anos de 1980 as políticas e medidas de saúde dirigidas à população idosa eram tratadas como assuntos do âmbito familiar ou pelas instituições filantrópicas, na maior parte das vezes ligadas as igrejas. À partir do conceito de laicidade do estado, o avanço do conhecimento científico gerontológico e a passagem da responsabilidade das aposentadorias para o estado, a gestão do envelhecimento ultrapassou os limites do trato privado e passou ser, também, responsabilidade do estado (ROZENDO; JUSTO, JOSÉ STERZA, 2011)

Dentro das agendas mundiais a Assembleia de Viena, realizada em 1982, foi o primeiro fórum internacional a pautar as questões do envelhecimento e a produzir um plano internacional de ação com ênfase à pessoa idosa. O plano de Viena tinha por objetivo garantir a segurança econômica e social dos idosos, bem como integrar essa população nas agendas de desenvolvimento de seus países signatários (ALCÂNTARA *et al.*, 2016). O documento já pautava temas

fundamentais como a proteção dos consumidores idosos; habitação e meio ambiente; rendimentos e aposentadoria; educação; promoção, prevenção, recuperação e reabilitação, bem como a autonomia dos usuários idosos frente às intervenções em saúde. Além destes aspectos o referido documento também pautava o olhar ampliado aos conceitos de saúde e doença, considerando o bem-estar físico, social e psicológico; a necessidade da atenção por equipes capacitadas e multidisciplinares; a resolução dos problemas nutricionais e organização dos cuidados a partir da Atenção Primária, conforme previsto na declaração de Alma-ata.

Em consonância com os compromissos internacionais firmados em prol do envelhecimento saudável e os processos de redemocratização do Brasil, os direitos da pessoa idosa entram nas agendas das políticas públicas do país pela primeira vez à partir da promulgação da Constituição em 1988. A constituição é o grande marco no avanço das políticas sociais e na proteção social dos idosos, trazendo do envelhecimento enquanto uma questão social, introduzindo os conceitos de seguridade social e rede de proteção social como direito dos cidadãos, sem nenhuma distinção e reforçando o direito social à velhice como uma variante do direito à vida (CAMARANO; INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA, 2004; GIACOMIN; MAIO, 2016; KESKE *et al.*, 2019; MARTINS *et al.*, 2007). Desta forma, no artigo 230 da Constituição Federal discorre que: “a família, a sociedade e o Estado têm o dever de amparar as pessoas idosas, assegurando sua participação na comunidade, defendendo sua dignidade e bem-estar e garantindo-lhes o direito à vida” (BRASIL, 1988).

Em 1994, no mesmo ano da implementação do Programa Saúde da Família (PSF), ocorre a implementação da Política Nacional do Idoso, por meio da Lei Nº 8.842/1994, regulamentada pelo Decreto 1.948/96, reforçando os mecanismos previstos em constituição e garantindo os direitos sociais dos idosos, a promoção de condições que promovam sua autonomia, integração e participação efetiva na sociedade. Entre os princípios e diretrizes previstas neste documento, estão a definição do público idoso como aqueles com idade superior a 60 anos, o atendimento prioritário nos espaços sociais e a garantia de serviços capacitados

para o atendimento de suas demandas específicas. Na saúde, é garantido ao idoso a assistência qualificada nos mais diversos níveis de atenção, passando por ações de prevenção, promoção a saúde; a elaboração de normas e fiscalização de instituições geriátricas e hospitalares e a descentralização do cuidado. Ainda, a PNI previa a inclusão nos currículos dos cursos da área da saúde os conhecimentos na área de Geriatria e Gerontologia, a fim de formar futuros profissionais da área da saúde capazes de atender à demanda dos usuários idosos e seus familiares, provendo assim o envelhecimento saudável da população no geral (MARTINS *et al.*, 2007)

A PNI é um importante marco nas políticas para a população idosa, entretanto Giacomini e Maio (2016) apontam fragilidades na implementação desta política ao longo dos 25 anos de sua implementação no campo da saúde, indicando o não cumprimento dos seus artigos em especial porque o poder público não tem dado conta de garantir a promoção, prevenção e assistência à saúde aos idosos nos diversos níveis de atenção; pela dificuldade na elaboração de normas claras e específicas para o funcionamento das instituições geriátricas e serviços geriátricos hospitalares e pela tímida inclusão da especialidade “geriatria” como de interesse a contratação e na formação dos trabalhadores da saúde.

A Política de Saúde do Idoso, promulgada em 1999 pela Portaria 1395/GM, fortalece as diretrizes previstas na PNI e traz novas responsabilidades ao estado para a gestão da atenção à saúde do idoso. Além do fortalecimento das ações de prevenção e promoção da saúde, pauta-se ações de reabilitação física e de capacidade funcional; a qualificação dos profissionais de saúde e o estímulo ao desenvolvimento da ciência na área da geriatria e gerontologia. É a primeira política nacional a assumir como questão já existente os cuidados informais familiares e a importância da capacitação destes cuidadores. Identifica, também, a institucionalização como uma tendência crescente no país. Ainda, prevê ações intersetoriais, responsabilizando os entes federais na formulação e execução de

ações em conformidade com a política. Mais tarde, PSI é atualizada por meio da Portaria nº 1935/94, que define a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa.

Já nos anos 2002, vinte anos após a Assembleia de Viena, um novo Plano de Ação Internacional para o Envelhecimento é lançado por meio da II Assembleia Mundial sobre o Envelhecimento. O documento teve como eixos norteadores a participação ativa dos idosos na sociedade, desenvolvimento econômico, social e a luta contra a pobreza; o fomento da saúde e bem-estar na velhice e a criação de ambientes propícios e favoráveis ao envelhecimento. A definição desses eixos considera as demandas emergentes no intervalo entre as duas décadas, considerando fatores como a transição demográfica e epidemiológica; os processos de urbanização, as melhores condições econômicas e o maior número entidades e países signatários a Organização das Nações Unidas (ONU).

Em consonância com as pactuações da Assembleia de Madri é promulgado também a política internacional para o envelhecimento ativo. O envelhecimento ativo é definido pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como o processo de otimização das oportunidades em saúde, participação e segurança, com o objetivo de melhorar a qualidade de vida à medida que as pessoas ficam mais velhas. Este conceito aplica-se tanto a indivíduos quanto a grupos populacionais, e na capacidade destes em atender as necessidades, desejos em saúde e a capacidade do oferecimento de segurança e cuidado adequado, quando necessário. Envelhecimento ativo não se refere a capacidade física de atividade, mas a participação contínua nas questões sociais. O objetivo do envelhecimento ativo é aumentar a expectativa e qualidade de vida saudável para todas as pessoas em processo de envelhecimento (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2002).

O Plano de Madri e a política de envelhecimento são construídos sobre os pilares da saúde, participação e segurança e propiciam movimentos favoráveis para o desenvolvimento de políticas e estratégias nacionais, que resultam em marcos legais como Estatuto do Idoso e a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. Justifica-se a necessidade de um marco legal como o Estatuto do Idoso como forma de conferir condições específicas para esta população, considerando as especificidades que esta fase da vida traz e as mudanças sociais atribuídas as

pessoas idosas como as novas composições familiares, o advento da aposentadoria e saída do mercado de trabalho e o desenvolvimento (ou não) de fragilidades físicas (CIOSAK *et al.*, 2011). (SILVA; SILVA, 2008).

É garantido a pessoa idosa, por meio do Estatuto do Idoso, os direitos fundamentais inerentes à pessoa humana e todas as condições para a preservação de sua saúde, sendo obrigação da família, da sociedade e estado assegurar os direitos do idoso ao trabalho, esporte, cidadania, liberdade, dignidade, ao respeito e convivência familiar e comunitária. O Estatuto prevê ainda a atenção integral à saúde, por meio do SUS, garantindo o acesso universal e igualitário aos serviços de saúde de prevenção, promoção, proteção e recuperação à saúde, em especial das doenças que afetam diretamente a população brasileira (BRASIL, 2003). O estatuto é o primeiro documento que garante medidas de intervenção e notificação em caso de violência contra o idoso e o fortalecimento dos espaços de controle social com ênfase na política para os idosos.

No âmbito da Saúde a partir da CF (BRASIL, 1988), vários dispositivos legais como a PNI (BRASIL, 1994) e o Estatuto do Idoso (BRASIL, 2003) reiteram o dever do Estado em assegurar a saúde em uma perspectiva de universalidade, integralidade e equidade. Estes marcos legais representam um grande avanço na promoção de direitos à população idosa, mas não concretiza de fato estes direitos uma vez que mudanças sociais profundas se dão não somente pela declaração de lei e diretrizes, mas também pelo estímulo e oportunização de seu amplo exercício (SILVA; SILVA, 2008).

Em 2006, publica-se o Pacto pela Vida, incluído no documento Pacto Pela Saúde, onde a saúde do idoso aparece como uma das seis prioridades entre as três esferas de gestão do SUS, contribuindo para reformulação das diretrizes para a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI) (BRASIL, 2006; BRASIL, 2010). Tanto no Pacto pela Vida, quanto na Política Nacional de Saúde do Idoso a Atenção Básica, estratégia prioritária pautada pelo pacto pela vida é considerada a porta de entrada preferencial para o atendimento dos idosos, sendo a referenciada

à rede de atenção especializada de média e alta complexidade (BRASIL, 2006; BRASIL, 2005).

A PNSI reafirma os direitos previstos pela PSI, mas passa a considerar nas discussões a situação de saúde do idoso por meio da avaliação de condição funcional, ampliando o debate da pluralidade no processo de envelhecimento e diferentes olhares para as condições de saúde dos idosos independentes e àqueles em situação de maior fragilidade (BRASIL, 2010). A PNSI é pautada nos pilares do envelhecimento ativo e saudável; atenção integral e integrada à saúde da pessoa idosa; estímulos às ações intersetoriais; fortalecimento do controle social e incentivo ao desenvolvimento de estudos e pesquisas no campo da saúde da pessoa idosa (BRASIL, 2010). Ainda, a política garante os atributos fundamentais de ordenação e coordenação da atenção à saúde para a APS e preza pelo atendimento multidimensional, considerando um conjunto de fatores, como o ambiente onde esta pessoa está inserida, a relação do usuário e os profissionais de saúde, familiares e sua história clínica, considerando aspectos psicológico, biológicos, funcionais e sociais, e diagnósticos físicos. A Atenção Básica busca oferecer ao idoso e sua rede social de suporte, orientações e atendimento humanizado, o respeito pela diversidade do processo de envelhecimento e auxílio a mobilidade, como forma de promoção de opções saudáveis em todos os estágios da vida, de forma a influenciar no envelhecimento ativo da população nos estágios da vida (BRASIL, 2006). É necessário facilitar o acesso da pessoa idosa aos serviços de Atenção à Saúde, em especial a atenção básica, levando em consideração suas limitações; a implementação de uma carta mínima de ofertas, considerando suas necessidades em saúde e o envolvimento dos profissionais em saúde na execução de práticas que garantam a atenção integral a estes usuário(CIOSAK *et al.*, 2011). Após revisão, a PNSI incorpora ainda às suas diretrizes previstas pelo Pacto pela saúde no sentido de consolidação do SUS, entre essas a escassez de equipes multiprofissionais e interdisciplinares com conhecimento para atuar com o envelhecimento da população idosa. (MARTINS *et al.*, 2007)

Dessa forma, este conjunto de marcos jurídicos brasileiros - PNI; Estatuto do Idoso e PNSPI asseguram aos idosos acesso e atenção integral em todos os níveis

de atenção, de forma a respeite e garanta sua autonomia, independência por meio dos serviços organizados e qualificados (PEREIRA; LACERDA; NATAL, 2017).

Alguns municípios do Brasil, país que segue como signatário das políticas internacionais de promoção do envelhecimento saudável, vêm adequando suas estruturas de acordo com o previsto na política internacional das Cidades Amigas da Idade. O termo “Cidades Amiga da Idade” é utilizada, pois otimizam oportunidades em saúde, aprendizados ao longo da vida, participação e segurança a medida que envelhecemos, sendo projetada para ser propícia ao desenvolvimento social em qualquer idades, não se aplicando apenas à um grupo (KALACHE, 2019). O acordo visa estimular o envelhecimento saudável, a partir da reestruturação dos espaços coletivos para que seus serviços sejam acessíveis e permitam inclusão de idosos. Uma cidade amiga do idoso estimula as oportunidades em saúde aos idosos, uma vez que este campo é essencial para apoiar estes usuários no cuidado de sua saúde; sua participação social e segurança para aumentar sua qualidade de vida e independência. Quatro cidades do país possuem esta certificação, sendo elas Porto Alegre, Esteio, Veranópolis e Pato Branco (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2007).

No país os programas amigos da idade são realizados à partir da “Estratégia Brasil amigo da Pessoa idosa”, anteriormente regulamentado pelo decreto Nº 9.328/ 2013 e reeditado por meio do decreto nº9921/2019. A iniciativa é de ação interministerial, em parceria com a OPAS (Organização Pan-Americana da Saúde); OMS (Organização Mundial da Saúde) e PNUD (Programa as Nações Unidas para o Desenvolvimento), voltada prioritariamente à população idosa vulnerável, com vista a integração das políticas intersertoriais do país. Tem por objetivo reforçar a efetivação do previsto pelo Estatuto do Idoso no âmbito intersetorial e garantir os direitos da pessoa idosa em todos os setores por meio de políticas públicas baseadas nas necessidades da população, bem como punições para violação de direitos.

Entre as pactuações internacionais no qual Brasil é país signatário está a agenda 21, instrumento de planejamento que visa a construção de sociedades mais sustentáveis, por meio de métodos de proteção ambiental e justiça social como

metas do milênio. Com o alcance da data limite para o cumprimento dessas metas, em 2015 ocorrem as repactuações dos acordos internacionais de desenvolvimento a partir do documento “Transformando Nosso Mundo: a Agenda 2030 para Desenvolvimento Sustentável”. Entre os principais compromissos estão a priorização e empoderamento dos grupos vulneráveis, incluindo os idosos, por medidas e ações mais eficazes no atendimento de suas necessidades, a garantia de uma vida saudável e a promoção do bem estar das pessoas em todas as idades (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2015).

Em 2019, numa ação política federal chamada pela grande mídia de “revogaço” algumas dos marcos políticos citados nesta revisão foram revogadas e compiladas por meio do Decreto nº9921/2019 (BRASIL,2019), onde foram revogadas cinco decretos relacionados às políticas sociais ao grupo de pessoas idosas, destacando o decreto Nº 1.948/1996 que regulamenta a política nacional do idoso; decreto Nº 9.328/ 2013 que instituiu a Estratégia Brasil Amigo da Pessoa Idosa e o decreto nº 8.114/2013- estabelecia o compromisso nacional para o envelhecimento ativo.

A redação das novas leis em sua maioria manteve semelhante às normativas originais, com atualizações dos nomes dos novos ministérios e de novas terminologias técnicas no campo da geriatria. Numa breve comparação, nota-se a ampliação de acesso no que tange os serviços, exemplificando a adoção de atendimento prioritário destinados a INSS e seguridade social, no capítulo inicial que discorre sobre PNI. Já no capítulo II, “Do direito ao envelhecimento ativo e saudável” é evidente a ausência de todo o conteúdo antes pautado pelo “Compromisso Nacional para o Envelhecimento Ativo” (BRASIL, 2013). Permanece quase que integralmente a antiga redação da estratégia “Brasil amigo da pessoa Idosa”, com o destaque à sorrateira retirada do direito à voz no comitê gestor dos representantes do Conselho Nacional dos Direitos da Pessoa Idosa, composto por representantes governamentais e sociedade civil organizada. Permanece com direito a participação e voz somente representante do Conselho vinculado ao Ministério da Mulher, Família e Direitos Humanos (BRASIL, 2019). O cancelamento do compromisso pelo envelhecimento ativo, política que pautava autonomia e

promoção de direitos e informação das pessoas idosas e a retirada da participação da sociedade civil em comitês gestores ilustra o perfil do atual governo: autoritário, de desvalorização dos direitos humanos e de gestão verticalizada, que desconsidera a voz popular e das organizações sociais enquanto formuladores e executores de políticas públicas.

Além da revogação de políticas indutoras de direitos sociais específicas à pessoa idosa no campo da saúde foi aprovada no ano de 2019 a reforma previdenciária do país, que tem como principais mudanças o aumento da idade mínima para aposentadoria para as mulheres, 62 anos e homens 65, e do tempo de contribuição reforçam desigualdades e promovem profundas regressões nas condições de vida dos trabalhadores, uma vez que se beneficiam desta proposta o sistema financeiro, o mercado e os sistema financeiro de dívida pública (SILVA, 2019) . Apesar da previdência não compor diretamente o pilar de políticas de saúde, seus efeitos em consonância com o regime de austeridade fiscal impactarão profundamente as estruturas sociais do país e o Sistema Único de Saúde, uma vez que a busca por cuidados no SUS tende a aumentar, uma vez que um número maior de pessoas terão acesso escasso à rede de cuidados privados e demandam mais de atividades de promoção, prevenção e curativas do SUS, que vivenciará períodos pífios de financiamento e medidas de redução de acesso. Ilustram esse cenário estudos como “Mapa das desigualdades” realizado na cidade de São Paulo, que revela que a idade média de morte das pessoas que vivem em bairros periferia é menor quando comparado a bairros de classe média e classe média alta. Neste cenário, um morador do bairro periférico como “Cidade Tiradentes”, que vivencia de diversas desigualdades ao longo da vida morre com idade média de 57,8 anos, antes mesmo da idade mínima para aposentadoria, de acordo com as novas regras previdenciárias (SÃO PAULO, 2019).

Kalache (2014) destaca que é indispensável a promoção de políticas que estejam pautadas nos quatro capitais para do envelhecer: atenção à saúde; acesso a conhecimentos; condições financeiras, pelo menos renda mínima; e o suporte e cuidado da família, amigos e pessoas próximas. Dessa forma, a revogação de políticas que promovem o envelhecimento saudável e ativo e se institui políticas de

desmonte a assistência social - que interfere nas condições mínimas e dignas - para sobrevivência da população durante a velhice poderia ser tomado enquanto medidas de necropolítica.

A promulgação de leis que conferem direitos e cidadania a pessoa idosa fazem parte da agenda política do país desde os processos de mudança das caixas de aposentadoria e pensão, entretanto tornam-se pautas prioritárias nas políticas públicas a partir das pactuações em agendas internacionais. Trinta anos após a promulgação da constituição e das primeiras leis brasileiras com ênfase nos direitos da pessoa idosa, percebe-se a mudança no perfil desta parcela da população e de suas necessidades em saúde, sendo necessário ações intersetoriais e o compromisso da sociedade, gestores e estado na garantia dos direitos e a promoção de um envelhecimento ativo, saudável e que ofereça qualidade de vida para os idosos brasileiros. Respeitar os direitos fundamentais da pessoa idosa não se trata apenas de reconhecer esta população a partir da obrigação do estado, mas sim enquanto uma política efetiva de direitos.

2.2 Atenção Primária à Saúde no Brasil – panoramas e desafios

A constituição brasileira traz a saúde como um direito da população e dever do Estado, sendo sustentado por políticas sociais e econômicas que buscam garantir o acesso universal às ações e serviços para promoção, proteção e recuperação da saúde. Ainda, a constituição prevê uma rede constituída de forma regionalizada e hierarquizada, compondo um sistema único descentralizado, com a garantia de atendimento integral e a participação da comunidade (BRASIL, 1989).

Com a instituição do SUS, em 1990, a reformulação do sistema de saúde do país tornou-se uma prioridade na agenda do Ministério da Saúde com base nos princípios de equidade defendidos pela Reforma Sanitária e na reestruturação dos serviços, em busca de um modelo de atenção universal aos cuidados primários, que fosse responsável pela ordenação do acesso aos níveis mais complexos de atenção (GIOVANELLA, 2012).

Em 1994, houve a implementação do Programa Saúde da Família (PSF) no SUS, mais tarde ampliado e institucionalizado pela “Estratégia de Saúde Família” (ESF), como principal caminho para o fortalecimento da Atenção Primária no país (VASCONCELLOS, VIANA, 2018). A implementação Estratégias de Saúde da Família é um marco nas políticas públicas em saúde e visa a mudança nos modelos de atenção hegemônicos, a partir da implementação de equipes multiprofissionais descentralizadas nos territórios, oferecendo cuidado integral e longitudinal centrado no usuário e não na doença, respeitando a construção de projetos terapêuticos singulares entre usuários, profissionais e prezando pela não fragmentação excessiva do cuidado (MENEZES, 2017; CAMPOS, 2014). Como modelo de reestruturação, as implementações das ESF’s representaram um caminho de grande complexidade tecnológica no campo do conhecimento, uma vez que exige o desenvolvimento de habilidades e do papel político-ideológico de mudança e do fortalecimento do SUS por parte dos trabalhadores em saúde e usuários (PAIM,2012).

Starfield (2002), defende a prerrogativa de que APS tem capacidade para resolver 80% dos problemas em saúde, sendo capaz de melhorar os indicadores em saúde de uma população. A autora conceitua que a Atenção Primária deve estar organizada de modo a garantir atributos essenciais, caracterizados pela facilidade de obtenção do primeiro contato dos usuários aos equipamentos de saúde bem como garantir a responsabilidade longitudinal da atenção ao usuário ao longo da vida, garantindo atenção integral e coordenação das ações e serviços, de forma a responder suas necessidades em saúde. Os serviços devem priorizar, também, os atributos derivados, centrando-se na família, conhecendo as dinâmicas e a necessidade de cada um dos membros das famílias e prezar pela capacidade de conhecer e respeitar a pluralidade social e cultural presentes nos territórios (STARFIELD, 2002).

Dessa forma, a Atenção Primária refere-se a um conjunto de práticas integrais em saúde, direcionadas a responder as demandas individuais e coletivas. A APS constitui-se na porta de entrada e ao primeiro nível de atenção a uma rede hierarquizada e organizada em complexidade crescente (GIOVANELLA, 2012),

caracterizada por ações individuais, familiares e coletivas que envolvem promoção, prevenção, proteção, diagnóstico clínico e situacional, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde, versando entre práticas de cuidado integrado, gestão qualificada por meio de equipe multiprofissional, com ênfase no território definido, onde as equipes assumem responsabilidade sanitária (BRASIL, 2017).

A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) (BRASIL, 2017) garante a Atenção Básica (AB) enquanto a porta principal de entrada e o centro de comunicação entre as Redes de Atenção à Saúde, sendo a coordenadora e a ordenadora do cuidado entre os demais pontos da rede de assistência. Deve funcionar de forma integral e gratuita, de acordo com as necessidades e demandas do território. Suas ações devem ser planejadas de acordo com os determinantes e condicionantes de saúde, sendo proibida a exclusão dos usuários baseada em raça, cor, etnia, religião, orientação sexual, identidade de gênero, idade e outras condições. Para tanto, a PNAB pontua a adoção de estratégias e programas para grupos específicos, a fim de evitar exclusão e garantir o acesso de forma equânime à APS, impactando na autonomia desses grupos e em sua situação de saúde.

Os modelos de atenção à saúde no Brasil não são lineares ou fixos, e representam, também, projetos de governo nos modos de se produzir as políticas públicas de saúde e cuidado. Apesar de bem consolidadas, a partir do ano de 2016 as políticas voltadas para a saúde passam por grandes tensões e disputas, tanto por seus projetos políticos quanto teóricos.

No ano de 2016, Governo Federal aprovou por meio da Emenda Constitucional N° 95/2016 (PEC- 95) o novo regime de austeridade fiscal, onde o teto financeiro para o investimento nas despesas primárias, como saúde e educação, foi reduzido ao valor gasto no ano anterior, somado às correção da inflação (por meio do IPCA - Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo) pelos próximos vinte anos. Santos (2018), aponta que medidas de austeridade vão ao encontro às lógicas neoliberais como saída para crise econômica que atinge o mundo desde 2008. Porém são estratégias seletivas, pois ampliam e preservam os privilégios das classes mais ricas, mas diminui a proteção social à partir do

enfraquecendo das políticas públicas de caráteres universal e social, afetando proporcionalmente os grupos mais vulneráveis (SANTOS, 2018). Ainda, considerando o perfil epidemiológico e populacional brasileiro, onde há o aumento da expectativa de vida da população e a presença de multimorbidades, e conseqüentemente o aumento gradual dos gastos em saúde, observa-se que as mudanças no financiamento para a saúde se constituem enquanto medidas que reforçam desigualdades.

Nas transição entre governos federal entre os anos 2019 e 2020 houve o desmonte do “Programa Mais Médicos” (PMM), estratégia adotada a década de 2010 para a formação e provimento de médicos nas regiões mais afastadas do país, com a participação de médicos brasileiros recém-formados e médicos de outras nacionalidades, tais como cubanos e venezuelanos (BRASIL, 2013). Como forma de cobrir o vazio assistencial promovido pela saída dos médicos do PMM, o Ministério da Saúde lançou por meio da medida Provisória Nº 890/2019, aprovada pela Lei nº 13958/2019 o Programa Médicos Pelo Brasil (PMB). O PMB está estruturado em dois eixos: na contratação de médicos e na formação de médicos especialistas em “Medicina de Família e Comunidade” em locais de baixa adesão. Estariam aptos a receber profissionais por este Programa apenas as regiões vulneráveis, tendo como critério de inclusão a porcentagem de população aderida a programas sociais como Bolsa Família, BPC (Benefício de Prestação Continuada) e benefícios pelo INSS (HARZHEIM,2019). Apesar do provimento de profissionais em regiões tidas como de difícil fixação, questiona-se neste processo também a substituição das vagas em grandes cidades e regiões metropolitanas, uma vez que estes municípios também aderiram ao PMM e, também, encontram o desafio da contratação de novos profissionais, em especial nas regiões mais vulneráveis.

A medida provisória Nº 890/2019 propõe ainda a criação da Agência Nacional para o Desenvolvimento da Atenção Primária (ADAPS) entidade autônoma, de direito privado e sem fins lucrativos dedicada a promover e desenvolver em âmbito nacional a atenção primária à saúde (BRASIL, 2019). A criação da ADAPS foi justificada enquanto estratégia de gestão para implementação do PMB, porém o recebimento de recursos públicos para sua

manutenção, bem como a possibilidade de prestação de serviços por meio de contratos de gestão aos entes privados tornam contraditório os objetivos de sua fundação. Miranda (2019) destaca que o modelo de empresa privada promovido pela ADAPS irá tornar as políticas de saúde e atenção primária ainda mais verticalizadas e centralizadas ao ministério da saúde, com a imposição da remodelagem dos projetos de APS e menor participação do controle social. Giovanella e Mendes (2019), destacam também que a criação da ADAPS abre brecha para a participação do setor privado, fazendo com que a saúde seja concebida como negócio e não enquanto direito. Nesta perspectiva, os autores também colocam que este modelo remete ao modelo de saúde do país antes da reforma sanitária, caracterizando atenção básica seletiva e excludente. A participação de ente privado também compromete o campo das políticas públicas, uma vez que sua participação no financiamento tende a gerar influência na execução e proposição de políticas públicas, que visamos interesses de mercado e não as necessidades da população.

Em consonância com o PMB a Secretaria de Atenção Primária (SAP) lançou, também, o Programa “Saúde na Hora”, com o objetivo de aumentar a cobertura da atenção básica por meio da ampliação no horário de funcionamento das unidades de saúde. Neste modelo o financiamento agregaria maior autonomia ao gestor local; maior número de profissionais geraria redução dos custos por equipe e também haveria o aumento de repasses e co-gestão entre municípios e ente federal. Por fim, o programa também aliviaria as demandas nas portas de urgência e emergência (HARZHEM, 2019). A ampliação do horário de funcionamento das ESF se faz enquanto uma estratégia interessante para ampliação do acesso às unidades de saúde, permitindo que aquele usuário, que trabalha em horário comercial, acesse sua unidade de referência. Por outro lado, este modelo desafia os processos de trabalho das unidades, uma vez que propõe que outras equipes assumam as atividades durante o turno estendido, lembrando o modelo hospitalar organizacional de “plantão”, comprometendo o vínculo entre trabalhadores e população, com forte tendência a repetir a lógica de atendimento de serviços de urgência e emergência.

O ministério da saúde propõe ainda como ferramenta de gestão a adoção da “Carteira Nacional de Serviço da Atenção Primária”, baseado nas experiências de municípios como Rio de Janeiro, Florianópolis, Curitiba, Porto Alegre, Belo Horizonte e Natal. A carteira de serviços é um documento que congrega as informações sobre quais procedimentos e serviços as unidades básicas estão aptas a realizar. De acordo com o documento disponibilizado para consulta pública, a carteira de serviços se faz enquanto um instrumento chave para a organização da atenção e gestão da APS, possibilita a introdução de critérios de qualidade bem definidos para as prestações de serviços com um processo de avaliação sistemática e uma seleção de serviços priorizados e organizados de forma específica.

Se por um lado esta ferramenta objetiva difundir, entre profissionais e população, quais são as principais atividades ofertadas pelas Unidades de Saúde na Atenção Básica, por outro reduz as unidades a uma lógica médico-curativo e suas atividades em um “cardápio de procedimentos”. Em artigo para ABRASCO (Associação Brasileira de Saúde Coletiva), os pesquisadores Giovanella e Mendes (2019), afirmam que este modelo reduz o escopo da atenção primária a um modelo clínico, individual, desaparecendo a dimensão familiar, comunitária e territorial. Apesar da Carteira de serviços focar nos atributos essenciais propostos por Starfield (2002), ela não considera as dimensões dos atributos derivados, tampouco importância da experiência bem sucedida produzida por uma APS de abordagem coletiva, do território e da comunidade. Segundo os autores, a carteira de serviços representa ainda um instrumento de precificação das atividades da atenção básica, indo ao encontro do modelo de atenção e financiamento em implementação: pagamento baseado em número de pessoas cadastradas e metas atingidas.

Neste escalada, no final do ano de 2019 foi lançado oficialmente o programa “Previne Brasil”, por meio da Portaria Nº 2.979/2 estabelecendo novo modelo de financiamento de custeio da Atenção Primária à Saúde, caindo os modelos de pagamento por meio dos Pisos de Atenção Básica fixo e variável (PAB). Os novos modelos de financiamento para APS passam a ser pautados no número de usuários cadastrados nas unidades de saúde; pela vulnerabilidade socioeconômica; pelo

perfil demográfico por faixa-etária e por classificação geográfica (municípios urbanos e rurais (BRASIL,2019b). A nova estratégia de financiamento estaria apoiada em quatro pilares, sendo eles a 1) Captação ponderada; 2) Pagamento por desempenho; 3) Incentivos a programas específicos/estratégicos; 4) Provimento de profissionais.

Os documentos publicados no início do ano de 2020, com o objetivo de “Prontuário Eletrônico do Cidadão” e “Coleta de dados simplificados” reforçam os eixos aos quais os pagamentos por incentivos e programas específicos estão vinculados, sendo eles organizados como indicadores de processos; indicadores de resultado e indicadores globais, pautados em suma a saúde materno-infantil; prevenção e manejo de doenças infecciosas e crônicas; coordenação e continuidade dos cuidados; qualidade e/ou experiência do usuário (HARZHEIM, 2019).

Antes mesmo da aprovação do PPB entidades que compõem o Movimento da Reforma Sanitária Brasileira, em carta aberta ao ministro da saúde (ABRASCO, 2019), já expunham suas reflexões a respeito dos novos modelos de financiamento, apontando em especial a falta de divulgação formal destas propostas para o amplo debate junto a sociedade civil, organizada e academia. Colocou-se em pauta ainda que a ênfase da prestação de serviços voltada a “pessoa-cadastrada” reduz as necessidades em saúde a um mero cadastro e não fortalece estratégias que permitam que a participação popular na produção de cuidados e saúde.

A SAP argumenta que a estratégia de financiamento proposta pelo PPB está em consonância com os modelos de financiamento internacionais adotados por países da OCDE, que resultam na eficiência dos gastos públicos e na qualidade dos resultados em saúde. Entretanto, os pesquisadores da Faculdade de Saúde Pública da USP, Mendes e Carnut (2019) afirmam que estruturar os eixos de pagamentos à partir de diferentes pesos para pessoas em situação de vulnerabilidade reforça ideia de saúde somente para os mais “pobres”, comprometendo um dos princípios fundamentais do sus: universalidade. Ainda, este novo modelo está pautado em metas que não são claras e não foram amplamente pactuadas. Para estes autores, os modelos internacionais nos quais

esta proposta foi baseada, em especial Resource Allocation Working Party (RAWP), adotado no Reino Unido passaram por longos períodos para construção e adaptação a realidade do país, porém apresentam importantes limitações em suas adaptações a outros países, em especial ao Brasil, considerando seu intenso cenário de desigualdades. Para a pesquisadora da Fiocruz, Prof^a Dr^a Luciana de Lima, em matéria da Radis, os novos modelos de financiamento comprometem o aporte regular de recursos para atenção básica, trazendo um cenário de incertezas financeiras para o planejamento em saúde dos municípios.

Outra forte crítica ao novo modelo proposto para financiamento é a exclusão de recursos para os NASF e o fim do PMAQ, programas já consolidados e amplamente difundidos entre as gestões municipais. Os repasses oriundos do 3º Ciclo do PMAC serão pagos aos municípios e depois suspensos, enquanto o financiamento dos NASF torna-se de responsabilidade dos municípios. Continuar com os núcleos passará a exigir maior aporte de recursos por parte dos municípios, além do comprometimento político com o projeto, que deixa de ser formalmente estimulado. Em nota aberta, diversas entidades signatárias do campo da saúde coletiva apontam a má repercussão que o desfinanciamento dos NASF, uma vez que a extinção desses núcleos impactam negativamente na qualidade da assistência à saúde, dificultando o acesso da população ao cuidado integral e às especialidades que compunham as equipes multidisciplinares (ABRASCO, 2019).

Em um cenário de grandes mudanças no âmbito de políticas públicas e sociais, para a APS é necessário avaliar o impacto dessas decisões no cuidado à saúde da população idosa. A Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSI, 2006), ainda em implementação, reforça a Atenção Primária enquanto porta de entrada na constituição das redes de atenção, incorporando à APS mecanismos específicos para o atendimento das necessidades de saúde dos idosos, como a qualificação das equipes de saúde família para o usos de instrumentos técnicos validados para avaliação funcional e psicossocial; o envolvimento na realização de cuidados domiciliares e ambulatoriais junto aos outros níveis de atenção e o suporte adequado aos cuidadores destes usuário. Considerando a atenção básica o principal ponto de acesso em saúde para a população idosa, qualquer mudança

neste nível de atenção impacta nos cuidados em saúde desta população e na promoção do envelhecimento ativo e saudável da população como um todo.

Apesar de políticas como PNSI, estatuto do idoso e PNI, estimularem a formulação de ações específicas para a população idosas, os novos arranjos propostos pelas políticas de saúde não contemplam a população mais velha. Como exemplo, nota-se que os indicadores e pactuações trazidos pela carteira serviços não difere as necessidades em saúde entre adultos e idosos dando ênfase somente a prevenção e tratamento de quadros crônicos, sem considerar as singularidades que os usuários idosos apresentam (GIOVANELLA; MENDES, 2019).

Apesar das divergências a respeito da utilização dos termos Atenção Primária à Saúde ou Atenção Básica em Saúde na literatura, a PNAB considera os conceitos como equivalentes (BRASIL, 2017). Nesta perspectiva, o presente estudo também utilizará os termos enquanto semelhantes, com a ressalva de que o conceito de atenção primária trazido por este trabalho não é o que vem sendo amplamente defendido pelas políticas de desmonte no cenário atual.

2.2.3 Panoramas e perspectivas para Atenção Primária - o cenário da APS no município de Porto Alegre/RS

Durante as etapas de realização desta pesquisa, entre os anos de 2018 e início de 2020, houve diversos marcos políticos federais que colocaram em discussão o até então modelo de atenção básica vigente, propondo novas formas de organização e financiamento aos cuidados primários no país. Anteriormente aos marcos federais, o município de Porto Alegre já vinha adotando mudanças políticas e organizacionais na organização da Atenção Primária, que vão ao encontro dos novos marcos políticos adotados pelo Ministério da Saúde.

O município de Porto Alegre já adota o instrumento “Carteira de Serviços” como forma de organizar a oferta de procedimentos e atividades da APS, disponibilizando o documento de forma digital no site da Secretaria Municipal de Saúde (PORTO ALEGRE, 2019). A carteira se faz organizada por procedimentos

em critérios que vão desde as arraigadas classificações programáticas, como saúde da mulher, saúde de criança até a classificação por temas como “circulatórios” e “digestivo”, na tentativa de contemplar quadros crônicos. Apesar desta organização, carteira de serviços não cita ações ou atividades vinculados a temática saúde da população mais velha.

Além da carteira de serviços, a gestão municipal vem alterando gradativamente a organização das Estratégias de Saúde da Família por meio da reorganização e construção de novas unidades na rede básica para adoção do modelo de “Clínicas de Família” (CF). Harzheim e colaboradores (2013), definem as clínicas de família enquanto:

“As Clínicas da Família ampliam a concepção de APS corrente em nosso país, apostando na consolidação de grandes unidades de saúde, que concentram 5 ou mais equipes de Saúde da Família, com estrutura física diferenciada, onde a ambiência, o conforto, a beleza e a sustentabilidade são requisitos importantes. Além disso, a incorporação de tecnologia apropriada à prática da APS traz um potencial de maior resolubilidade para os médicos e de maior conforto para os pacientes, com oferta de coleta de exames laboratoriais, raio X, ecografia e outros” (Harzheim et al, 2013. p.49)

As “Clínicas de Família” foram adotadas em países como Portugal e em alguns municípios no Brasil como Rio de Janeiro, Cuiabá e Florianópolis (HARZHEM et al 2013; RAIMUNDI, 2016). Este modelo adaptado à realidade Brasileira foi implementado pela primeira vez no ano de 2010 no município do Rio de Janeiro, com forte reestruturação física das unidades de saúde e adoção de novos processos gestão do trabalho. Os estudos avaliativos apontam que as CF apresentam melhor desempenho sobre a satisfação do usuário (HARZEM et al, 2013), entretanto há pouca produção bibliográfica nacional com análises profundas sobre seus impactos e fragilidades, uma vez nenhum modelo de organização de sistemas de saúde se faz completamente eficiente.

Em março de 2018, a Prefeitura Municipal de Porto Alegre em parceria com Hospitais Privados por meio do PROADI-SUS (Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do Sistema Único de Saúde) inauguraram a primeira clínica da família no bairro Restinga. Entretanto, o novo modelo se fez alvo de

críticas por parte da população e trabalhadores, tanto pelo fechamento de unidades descentralizadas nos territórios, quanto pela adoção de OSS na gestão deste serviço.

Ainda durante este período, projetos tradicionais e bem consolidados no município como o NASF e o apoio institucional deixaram de ser projetos políticos e técnicos de interesse à gestão havendo então a finalização destas estratégias. Apesar das clínicas de família contarem com a presença de profissionais especializados, a experiência cuiabana analisada por Raimundi e colaboradores (2016), indicam que há a possibilidade de trabalho ampliado entre Clínica de Família e equipes do NASF, resultando em processos ricos de matriciamento e interações que potencializam as práticas de cuidado. Neste sentido, os modelos de NASF e CF não seriam opostos e sim complementares na rede de produção do cuidado.

O caminho para a implementação de um novo modelo não se deu de forma clara à população e aos trabalhadores da Atenção Primária. Este fato de certo modo interferiu na presente pesquisa pois, durante a coleta de dados e por meio do registro em caderno de campo se fez presente o intenso relato por parte das equipes sobre a não reposição de trabalhadores afastados ou exonerados, em especial dos agentes de saúde e de endemias, sobrecarregando os poucos trabalhadores ainda vinculados às unidades. Somadas às dificuldades em relação ao provimento de recursos humanos houve ainda o fechamento de Unidades de Saúde da Família com o reagrupamento das áreas adscritas destes locais a outras unidades, com especulações de que as unidades receptoras se tornariam futuras unidades de clínica da família. Durante atividades em campo, observou-se unidades com cerca de 30 mil habitantes adscritos, mas com um único agente de endemias e um agente de saúde para a realização de atividades nos territórios.

Esse modelo sobrecarrega os trabalhadores e faz com que se priorize o atendimento de situações vulneráveis colocando em cheque características como o vínculo, uma das principais características da ESF e reforçando a ideia que se tenta combater a tanto tempo de que SUS “é para pobre”. A ausência dos Agentes Comunitários de Saúde na composição das equipes das Clínicas da Família traz

desafios importantes na organização dos processos de trabalho, comprometendo atividades de promoção, prevenção e fragiliza os vínculos entre população adscrita e unidade de saúde (RAIMUNDI et al, 2016).

Em meio ao cenário de reestruturação da Atenção Primária em Porto Alegre houve, também, o julgamento de inconstitucionalidade do IMESF (Instituto Municipal de Estratégia de Saúde da Família), instituição criada por meio Decreto Municipal nº14.131/2011, responsável pela gestão de recursos humanos e insumos às unidades de atenção básica do município. A Ação Cautelar (AC) N°3711 foi julgada pelo Supremo Tribunal de Justiça (STJ) pautada na natureza jurídica do IMESF, uma fundação pública de natureza jurídica privada, mas atuante enquanto prestadora de serviços a outro ente público. De acordo com o art 24° da Lei 8080/1990 somente a iniciativa privada é livre para ofertar serviços ao SUS, estando as atividades de prestação de serviços do IMESF em desacordo com esta normativa. Ainda, a decisão do STF torna irregular todas os vínculos de compras e pagamentos do IMESF, comprometendo então o emprego de aproximadamente 1800 trabalhadores da Atenção Primária do município e o funcionamento da maior parte das unidades de atenção básica no município (JORNAL DO COMÉRCIO, 2019).

Dessa forma, Porto Alegre anunciou o fim do IMESF em 17/09/2019 e optou pela adoção de contratos de gestão junto à Organizações Sociais de Saúde para a gestão das Unidades de Pronto Atendimento (UPA), Unidades de Atenção Básica - com ou sem estratégia de saúde da família - e clínicas de família. A tensão entre trabalhadores do IMESF, submetidos ao caos eminente de suas futuras demissões, e gestão municipal se tornou então cotidianos. Em carta aberta à gestão municipal o Conselho Municipal de Saúde relata o agravamento das áreas de desassistência após o anúncio de demissões e o comprometimento de atividades de promoção e prevenção a saúde com a saída dos trabalhadores das unidades de saúde.

Porto Alegre vem se aproximando do modelo de gestão para a APS adotado no Rio de Janeiro nos anos 2010, pautado na organização das estratégias de saúde de família em CF e pela administração por empresas privadas por meio de contratos de gestão. Harzem e colaboradores (2013), apontam que no modelo carioca optou-

se por contratos de gestão junto a empresas privadas sem fins lucrativos, como as OSS (Organizações Sociais de Saúde) pela agilidade administrativa que o setor privado apresentaria em relação aos processos adotados pela administração pública direta. Estes autores ainda reforçam que este modelo de gestão não se configura enquanto um processo de privatização.

Entretanto, Scheffer (2015), aponta que a gestão realizada por meio de entes privados pode sim ser considerada uma forma de privatização do serviços de saúde, uma vez que transfere funções e responsabilidades do setor público, completa ou parcial ao setor privado ou ainda por estimular, por meio de políticas e projetos de gestão, a participação e crescimento do setor privado na saúde. Reis (2019), discute também que mesmo sem fins lucrativos, essas organizações quando na gestão pública introjetam a cultura organizacional da rede privada, interferem na formulação de políticas e se apoiam nas falácias de “maior eficiência” do setor privado e corrupção do setor público. A crescente expansão do modelo de gestão por OSS's também coloca em questão a natureza “sem fins lucrativos” dessas empresas, sendo um tanto controverso sua larga expansão alinhada aos interesses de mercado e sua natureza jurídica, pautadas em valores altruístas, como filantropia, solidariedade social ou interesse público (MORAIS et al, 2018).

2.3 Acesso à Saúde - a Atenção Primária à Saúde enquanto estratégia de ampliação de acesso

O acesso é um dos principais fatores na análise da qualidade e desempenho dos sistemas de saúde, apresenta múltiplas formas de abordagem e definições sob a perspectiva de diferentes autores e vem sendo discutido de acordo com o contexto dos sistemas de saúde, incluindo nessas análises dimensões como aspectos organizacionais, sociais e econômicos (TRAVASSOS; MARTINS, 2004; ASSIS; JESUS, 2012; ALMEIDA *et al.*, 2017).

Entre as definições clássicas no campo da avaliação em saúde, Avedis Donabedian traz o conceito de acesso a partir do termo “acessibilidade”,

caracterizando-o como a capacidade de um sistema em responder às necessidades em saúde de uma determinada população, relacionado a oferta de serviços às demandas. O autor define dois tipos de acessibilidade: a sócio organizacional, constituída pelas características do equipamento de saúde e a geográfica, relacionando as características do espaço e do território como fatores de interesse no alcance dos cuidados em saúde (DONABEDIAN, 1973). Os conceitos de acesso e acessibilidades são complementares e se configuram enquanto características facilitadores ou dificultadores no alcance do cuidado pela população.

Donabedian pauta o acesso enquanto característica fundamental para compreender o padrão de utilização dos serviços de saúde defendendo as características sócio organizativas como os elementos decisivos no sucesso ou insucesso do acesso à saúde. Em suas análises não são destacados elementos como as necessidades em saúde da população e a avaliação de fatores que influenciam a tomada de decisão em procurar ou não por determinado serviço, entretanto o autor reforça que o acesso não pode ser dimensionado exclusivamente pela oferta e uso dos serviços de saúde, sendo necessário considerar elementos como a adequação dos profissionais e a existência de recursos para produção de respostas adequadas às demandas da população. (SANCHEZ; CICONELLI, 2012; TRAVASSOS; MARTINS, 2004)

Já no modelo teórico proposto por Andersen (1974) o acesso é se configura como a entrada e a continuidade de cuidados dentro de um sistema de saúde. Para Andersen, acesso é definido por meio de a) fatores predisponentes, sendo estas condições individuais pré-existentes e condicionadas às características sociais que podem aumentar ou diminuir a chance ao uso dos serviços de saúde; b) fatores capacitantes, relacionados a busca dos sujeitos aos serviços de saúde e respostas dadas por meio da obtenção de cuidados e por fim, c) as necessidades em saúde, pautadas pelas condições auto-percebidas ou já diagnosticadas. De acordo com Travassos e Martins, (2004), após revisões conceituais adequadas às mudanças dos sistemas de saúde as definições de acesso no modelo de Andersen passaram a incluir dimensões como “acesso efetivo”, a partir da ideia de que o uso dos

serviços melhora as condições de saúde da população e “acesso eficiente”, relacionando o grau de satisfação do usuário com a ampliação do acesso e uso dos equipamentos de saúde.

Este autor também traz o termo equidade relacionado ao acesso à saúde, caracterizado enquanto a capacidade do serviço de saúde em perceber os fatores predisponentes individuais que dificultam o acesso e sua forma de organização para resolutividade destas demandas. Em outras palavras, o serviço de saúde equitativo é aquele organizado de forma a responder às necessidades em saúde da população (LOUVISON *et al.*, 2008). Neste modelo teórico o acesso é baseado nas necessidades em saúde e na disponibilidade organizacional e geográfica, como no modelo Donabediano, entretanto são atribuídos conceitos de acesso em uma perspectiva mais política do que operacional. Andersen destaca a potência das políticas públicas de saúde enquanto indutoras de direitos e instrumentos para a modificação da organização dos sistemas de saúde, sendo mais eficiente a reestruturações técnica-política dos serviços de saúde do que em questões sócio-econômicas multifatoriais (TRAVASSOS; MARTINS, 2004). Por fim, pauta-se que a avaliação do acesso deve ser feita separadamente, considerando os diferentes níveis de atenção e serviços de saúde, pois cada um deles apresentam características e impactos diferentes no que tange o acesso à saúde.

A Organização das Nações Unidas (ONU/WHO), por meio do documento “*A glossary of technical terms on the economics and finance of health services*” define acesso como a medida de proporção de uma população que atinge os serviços de saúde de forma adequada. O conceito é tido como ferramenta para identificar com que facilidade o acesso é obtido entre diferentes grupos populacionais considerando características geográficas, sociais e as necessidades em saúde. Esta definição ainda diferencia os sentidos de acesso e acessibilidade, pautando acessibilidade enquanto as formas de organização e chegada do usuário até o serviço. (WHO, 1998).

O conceito de acesso utilizado pela ONU vai ao encontro com o modelo teórico defendido por Barbara Starfield, principal referência para o debate de acesso e acessibilidade neste trabalho. Para a autora, o acesso está relacionado

ao uso oportuno dos serviços de saúde na busca dos melhores resultados, de forma a atender as necessidades em saúde dos usuários. A autora define “acesso” e “acessibilidade” como termos diferentes, mas complementares trazendo a acessibilidade enquanto a dimensão estrutural fundamental para a compreensão de como os usuários chegam aos serviços e o acesso compreendido como atendimento acessível e disponível (STARFIELD, 2002). Para Starfield (2002), o acesso está diretamente relacionado à atenção de primeiro contato (ou acessibilidade de primeiro contato) que implica no uso dos serviços de saúde a cada novo problema. Starfield (2002), defende também que a Atenção Primária deve ofertar acesso universal e não pautado somente nas necessidades em saúde, defendendo a hipótese de que os usuários não conhecem a gravidade ou urgência de seus quadros de saúde antes de acessar o serviço de APS, diferentemente dos níveis de maior complexidade, que devem adotar mecanismos claros para regulação do acesso e cuidado.

Apoiado na evolução das diferentes definições teóricas apresentadas é importante considerar uma perspectiva ampliada na compreensão do acesso, pensando suas características para além da disponibilidade de recursos. Influenciam no acesso características individuais e coletivos, geográficas, culturais, fatores socioeconômicos e fatores relacionados às condições de vida da população, como moradia e renda. Ainda, as necessidades em saúde influenciam no alcance do acesso equânime, demandando proposição de políticas públicas, estratégias intersetoriais e ações capazes de garantir o acesso integral e universal (RAMOS; LIMA, 2003a; SOUZA *et al.*, 2008; ASSIS; JESUS, 2012; MENDES *et al.*, 2012)

No campo das políticas públicas de saúde a própria implementação do Sistema Único de Saúde por meio da Lei nº8080/90 se fez como instrumento de ampliação e garantia do acesso universal e a constituição de saúde enquanto direito. Ainda, com descentralização dos cuidados primários por meio dos processos de municipalização, a implementação dos PSF's e ESFs nos territórios próximos da população e a inclusão de agentes de saúde na APS - e mais tarde, também os agentes de endemias - ampliaram o acesso da população ao cuidados primários, reforçando acesso não só como utilização de consultas e procedimentos,

mas também enquanto atividades de promoção, prevenção e cuidados domiciliares (CASTRO *et al.*, 2019; SILVA; CASOTTI; CHAVES, 2013; TESSER; NORMAN, 2014)

Em consonância com a expansão dos PSFs e a retomada das discussões sobre universalidade e a participação dos usuários e trabalhadores na gestão do SUS é promulgada a Política Nacional de Humanização (PNH) (BRASIL, 2003). A PNH tem como diretrizes o acolhimento; gestão participativa e co-gestão; ambiência; valorização do trabalhador e defesa dos direitos dos usuários, dimensões sócio-organizativas que trazem a gestão e o cuidado como fatores indissociáveis no processo de produção da saúde e na transformação de modelos, por meio da produção do cuidado integrado e o usuário-centrado (MITRE; ANDRADE; COTTA, 2012). Entre as diretrizes propostas pela PNH, o acolhimento pode ser entendida como a principal estratégia para concretização dos objetivos das ESFs como principal porta de entrada do Sistema de saúde, ampliação do acesso por meio de medidas de flexibilizando à partir do conceito de clínica ampliada e do resgate ético político da relação profissional-usuário (TESSER; NORMAN, 2014). Ainda, o acolhimento se faz enquanto oportunidade de entendimento às necessidades em saúde dos usuários e elemento importante na organização dos processos de trabalho nas unidades de saúde (PENNA; FARIA; REZENDE, 2014; SOUZA *et al.*, 2008).

Apesar de amplamente difundido enquanto prática estrutural para os processos de trabalho na APS, a PNH se faz enquanto uma política pública pautada no nível macro sanitário com o objetivo de profundas mudanças estruturais no sistema de saúde, mas de difícil implementação nos serviços de saúde onde ocorrem de fatos os processos de microgestão organizativa, política e de produção de cuidado (BARBIANI *et al.*, 2014). Exemplo disso é a banalização do acolhimento ao simples processo de triagem e como mais uma tarefa no universo de atividades realizadas pelos trabalhadores nos serviço de saúde, demonstrando que por vezes não vem sendo construído coletivamente entre gestão, trabalhadores e usuários e não se configura enquanto prioridade dentro do processo de trabalho (MITRE; ANDRADE; COTTA, 2012; TESSER; NORMAN, 2014).

Em 2010, por meio da Portaria nº 4.279/2010 foi instituído o novo modelo organizacional por meio das Redes de Atenção à Saúde (RAS). As RAS são definidas enquanto arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado, com o objetivo de integrar as ações e serviços de saúde, de forma a promover atenção integral, ampliar o acesso, equidade, eficácia clínica, sanitária e eficiência de recursos (BRASIL, 2010). Considerando o perfil dos usuários idosos, que demandam por intervenções para prevenção e tratamento de multimorbidades e de processos de fragilização, a organização do cuidado em RAS se faz necessária para o planejamento de ações e estratégias que incluem intervenções multidimensionais e multissetoriais, articulando cuidados na atenção básica aos demais níveis de atenção (LOUVISON; BARROS, 2009; CONASEMS, 2014). Em consonância a inserção da RAS é proposta a adoção de linhas de cuidado como ferramenta de apoio à gestão do cuidado e na regulação do acesso aos cuidados especializados. Na construção dos planos de cuidado, a adoção de estratificação de risco e avaliação multidimensional promovem o diagnóstico precoce, evitam processos de fragilização e permitem a adoção das melhores estratégias assistenciais que possam responder a necessidade dos idosos (LOUVISON; BARROS, 2009).

Veras e Oliveira (2018), apontam que um modelo adequado de assistência à saúde dos idosos deve estar pautado em linha de cuidado pautado nessa população, que atinja desde atividades de educação em saúde, promoção e prevenção de condições evitáveis, até a reabilitação.

Enquanto estratégia organizadora de serviços e cuidados, as RAS e as linhas de cuidado reforçam o papel da APS como ordenadora e coordenadora do cuidado, sendo a principal responsável em integrar os diversos níveis de atenção, a fim de garantir a continuidade dos cuidados, melhora assistencial e prevenção de agravamento de questões de saúde já existentes (VERAS; CALDAS; CORDEIRO, 2013). Além da construção das redes, se faz necessário junto a RAS a qualificação dos serviços já existentes, uma vez que o cuidado intersetorial e

multiprofissional é uma estratégia importante na atenção de cuidados ao usuários idosos (ASSIS; JESUS, 2012; CASTRO *et al.*, 2019) (SANTOS *et al.*, 2016).

A implementação dessas e outras políticas no âmbito do SUS e da APS contribuíram para a redução de desigualdades e na melhoria da cobertura de assistência médica. Apesar do sucesso dessas ações, o acesso aos serviços de saúde ainda se faz enquanto eletivo, focalizado e excludente retratando as desigualdades e vulnerabilidades sociais, fatores econômicos e geográficos que constituem a realidade na qual vive grande parte da população do país (ASSIS; JESUS, 2012; CASTRO *et al.*, 2019). Ainda, a ausência de articulação entre as redes de atenção, o excesso de demanda, a supervalorização do modelo biomédico e a ausência de atividades de capacitação e espaços para reflexão sobre a gestão do trabalho vem colocando em xeque a eficácia destas políticas de saúde. (TESSER; NORMAN, 2014).

As desigualdades socioeconômicas indicam diferentes tempos e características nos processos de adoecimento, diferentes necessidades e capacidades de procurar e usar os serviços de saúde (LOUVISON *et al.*, 2008). Os estudos de Louvison (2008), Stopa e colaboradores (2017); Almeida e colaboradores (2017) e Cruz e colaboradores (2020), indicam que os idosos com menor renda e escolaridade encontram mais dificuldades nas tentativas de acessar cuidados, refletindo no menor uso dos serviços de saúde por esses usuários. O estudo de Cruz e colaboradores (2020), aponta que 33% dos idosos encontraram alguma dificuldade em acessar os serviços de saúde, tendo maior dificuldade aqueles que não tem companheiro ou companheira, os não escolarizados, que possuem auto percepção negativa sobre a própria saúde e que apresentam algum nível de fragilidade. As barreiras geográficas, como viver distante das unidades de saúde e dificuldades no acesso a transporte público, também são apontados como dificultadores do acesso na APS (CRUZ *et al.*, 2020). Ainda, os usuários que experimentam desigualdades e exclusão ao longo da vida tendem a seguir vivenciado essas condições no processo de envelhecimento, mesmo que em menor grau, podendo este fator influenciar também no acesso aos serviços de saúde (ALMEIDA *et al.*, 2017).

A revisão de literatura de Almeida e colegas (2017), também reforça a associação entre fatores socioeconômicos e o acesso dos usuários idosos aos serviços de saúde, indicando que as desigualdades no acesso são mais incidentes nos países em desenvolvimento, como o Brasil. Como exemplo deste cenário, idosos mais pobres tendem a acessar à rede ambulatorial e hospitais públicos nos momentos de urgência, enquanto os idosos com melhores condições socioeconômicas utilizam consultórios e assistência médica privada tanto para situações emergenciais, como para consultas com especialistas (LOUVISON *et al.*, 2008; ALMEIDA *et al.*, 2017). Com o aumento da idade os planos de saúde privados tornam-se mais caros, favorecendo o acesso à saúde entre os idosos com melhores condições socioeconômicas (MALTA *et al.*, 2017).

As desigualdades regionais também são características profundas que refletem na organização do sistema de saúde e no acesso da população, sendo persistentes ao longo do tempo e reproduzindo elementos que sustentam desigualdades. Neste sentido, Nunes e colaboradores (2016), apontam o aumento da cobertura das Estratégias de Saúde da Família na região sul do país, enquanto os resultados de Stopa e colaboradores (2017) revelam que as regiões sudeste e sul, que apresentam as maiores concentração de renda no país, são as que ofertam o maior número de consultas médicas.

Conhecer os processos enfrentados pelos usuários em busca do acesso aos serviços de saúde também se faz enquanto um importante passo para o reconhecimento das necessidades em saúde, compreendendo o porquê da procura pelos serviços e sua capacidade em ofertar cuidado adequado e resolutivo. De acordo com MENDES *et al.*, (2012), o caminho em busca do acesso dá-se por etapas, uma vez que a existência de necessidades em saúde leva à percepção destas necessidades pelos indivíduos; o desejo de atenção produz a demanda para o serviço de saúde, o que leva a utilização dos equipamentos de saúde, que por fim, levam às consequências sanitárias, econômicas e satisfação pessoal dos usuários.

Além da compreensão dos processos de desigualdade em saúde é fundamental a organização dos serviços para que se produza respostas adequadas

às necessidades em saúde da população. As questões organizacionais são as principais barreiras na tentativa do acesso, porém são elementos que podem ser enfrentados à partir de processos qualificadores de gestão do trabalho, questões estruturais socioeconômicas e culturais (NUNES *et al.*, 2016). Entre as principais barreiras organizacionais às unidades na APS, configuram-se a demora na marcação de consultas e no atendimento dentro das unidades; dificuldade nos processos de referências e contra-referência, dificultando o acesso a especialistas e a resultados de exames realizados fora das unidades; número excessivo de pessoas adscritas nas unidades de referência; dificuldades na realização de atividades entre equipe e população e a baixa capacidade de de trabalhar na perspectiva da saúde coletiva; despesas com medicamentos e insumos (AZEVEDO; COSTA, 2010).

Apesar das barreiras de acesso vivenciadas, os resultados dos estudos realizados à partir dos dados da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) e PNAD indicam que os idosos são o grupo populacional que mais procuram e têm sucesso no acesso aos cuidados em saúde, tanto nas unidades de saúde na assistência farmacêutica (NUNES *et al.*, 2016; STOPA *et al.*, 2017).

De modo geral, a ampliação do acesso está relacionado com a ampliação do número de serviços de saúde, que impactam no acesso e utilização das unidades nos últimos 30 anos. Houve também neste período o aumento significativo no número de trabalhadores vinculados ao Sistema único de Saúde (VIACAVA *et al.*, 2018). Entretanto NUNES *et al.*, (2016) aponta que uma das maiores barreiras de acesso apontadas nas unidades de APS foi justamente a ausência de profissionais, em especial médicos. A prevalência de falta de acesso é baixa e estável na atenção primária, mas ainda é mais do quando comparado a outros níveis de complexidades de cuidado, podendo ser explicada pela demanda ser superior do que oferta de serviços (NUNES *et al.*, 2016).

Houve, também, mudança no perfil de busca pelos cuidados em saúde que migraram dos ambulatórios para as unidades de APS, demandando não apenas consultas médicas, mas também ações de promoção e prevenção à saúde (VIACAVA *et al.*, 2018). A ampliação do acesso pode ser observado também por

meio da promoção dos cuidados domiciliares, percebido enquanto mais presente entre a população mais pobre e menos escolarizada, refletindo a adoção de políticas com foco na equidade do acesso aos serviços de saúde. (ALMEIDA *et al.*, 2017).

No que tange aos cuidados odontológicos, houve ampliação no acesso às consultas com odontólogo, em especial após inclusão da odontologia nas equipes de ABS e na adoção de programas como “Brasil Sorridente”, mas sua ampliação ainda é insuficiente (VIACAVA *et al.*, 2018). O maior acesso dos idosos à consultas odontológicas é percebido em países mais ricos e no Brasil, especificamente condicionado ao pagamento (ALMEIDA *et al.*, 2017; STOPA *et al.*, 2017; VIACAVA *et al.*, 2018).

Compreender as dificuldades no acesso aos serviços de saúde é necessário enquanto ferramenta para sensibilização dos gestores e profissionais de saúde, na tentativa e compreender a necessidade da mudança de práticas de trabalho e a promulgação de políticas públicas que promovam o acesso, acolhimento, e atendimento resolutivo para o envelhecimento com qualidade. Dessa forma, as desigualdades no acesso a saúde é uma das principais questões a ser qualificadas, a fim de promover atenção à saúde efetiva em consonância com os princípios e diretrizes do SUS, considerando seu potencial na redução de desigualdades e processos pautados no princípios de equidade.

Os problemas do acesso nos vários níveis de prestação de serviço em saúde dependem do fortalecimento e da qualificação da atenção básica. Um modelo de atenção fragmentado, onde não há a integralidade do cuidado e garantia das redes de atenção, não garantem acesso universal, compromete a atenção integral e o acesso universal aos equipamentos de saúde (MENDES *et al.*, 2012). Fortalecer o acesso na atenção básica é ainda assumir o papel da Atenção Primária enquanto ordenadora do cuidado ao longo de toda rede de serviço e sua capacidade de solucionar a maior parte da demanda em saúde, fomentando a construção de políticas públicas e uma estratégia potente para o acesso adequado aos serviços. (SANCHEZ; CICONELLI, 2012). A APS permite a ampliação do acesso aos idosos, promovendo sua saúde fora de modelos de institucionalização, fortalece uma rede

de suporte à população que passa pelo processo de envelhecimento, com foco na equidade e integralidade do cuidado (LOUVISON *et al.*, 2008).

Além das dimensões de acesso abordadas é importante considerar outros eixos estruturantes do sistemas que afetam diretamente no acesso à saúde, tais como financiamento, determinantes sociais em saúde, as transições demográfica e a inclusão do controle social na luta e efetivação do direito à saúde.

3. OBJETIVOS

3.1 Objetivo Gerais

Analisar o acesso aos serviços de Atenção Básica no município de Porto Alegre/RS na perspectiva dos usuários idosos.

3.2 Objetivos Específicos

- Compreender qual o significado de acesso aos serviços de saúde na percepção do usuário idoso;
- Analisar como a idade avançada configura-se como característica facilitadora ou dificultadora no acesso ao cuidado por usuários idosos nos equipamentos da APS;
- Identificar potencialidades e lacunas encontradas no acesso às unidades de APS de referência destes usuários.

4. “A MEMÓRIA É UM CABEDAL INFINITO DO QUAL SÓ REGISTRAMOS UM FRAGMENTO”- A METODOLOGIA ¹

Este trabalho faz parte do macroprojeto em andamento na Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre intitulado “Acesso à atenção primária em Porto Alegre: perspectiva do usuário”. O objetivo deste projeto, que combina metodologias quantitativas e qualitativas, é analisar o acesso aos serviços de Atenção Primária à Saúde por meio da percepção dos usuários no município de Porto Alegre/RS.

O macroprojeto foi submetido e aprovado na Comitê de Ética e Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre, sob parecer nº 1.670.384 (**ANEXO 01**) e na Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, sob parecer nº1.716.586 (**ANEXO 02**). Todos os requisitos previstos na Resolução Nº196/96 do Ministério da Saúde foram cumpridos e respeitados.

4.1 Desenho de pesquisa

Trata-se de uma pesquisa com aproximação metodológica qualitativa, desenhada dentro de um método indutivo, de caráter compreensivista e com narrativas de vivências, que tem por objeto o estudo do acesso aos equipamentos da APS no município de Porto Alegre/RS, pela perspectiva dos usuários idosos.

De acordo com Tolley (2016) não há um conceito universal para a definição de “pesquisa qualitativa”, mas no geral este tipo de estudo busca compreender a relação entre os significados individuais e sociais; as práticas coletivas e individuais; o ambiente material e o contexto. Minayo (2008) também define o método qualitativo sob esta ótica, o caracterizando, também, como um caminho para desvelar processos sociais:

“O método qualitativo é o que se aplica ao estudo da história, das relações, das representações, das crenças, das percepções e das opiniões, produto das interpretações que os humanos fazem a respeito de como vivem, constroem seus artefatos e a si mesmos, sentem e pensam. (...) Este tipo

de método que tem fundamento teórico, além de permitir desvelar processos sociais ainda pouco conhecidos referentes a grupos particulares, propicia a construção de novas abordagens, revisão e criação de novos conceitos e categorias durante a investigação. Caracteriza-se pela empiria e pela sistematização progressiva e conhecimento até a compreensão da lógica interna do grupo ou do processo em estudo”

As mudanças sociais e a diversificação das esferas da vida são fatores que vem exigindo dos pesquisadores novas estratégias metodológicas para compreensão dos novos contextos e perspectivas sociais uma vez que somente os métodos quantitativos já não são suficientes para a compreensão desses fenômenos (CECILIO; CARAPINHEIRO; ANDREAZZA, 2014; FLICK, 2009). Ainda, os métodos qualitativos privilegiam a representação da realidade através da perspectiva dos participantes, sendo o foco sobre o respondente, suas reflexões, opiniões e comportamento, que irão guiar a pesquisa (DE SOUZA LEÃO et al, 2009).

Este estudo, também, se faz enquanto uma pesquisa compreensivista, uma vez que se observou as relações e informações dos casos particulares - as entrevistas individuais - para o geral, da observação à teoria, compreendendo sua totalidade por meio de cadeias de interpretação (SANTOS, 1999; TURATO RIBEIRO, 2000). Buscou-se privilegiar a compreensão e inteligibilidade como questões fundamentais dos fenômenos sociais, mostrando os conceitos de significado e de intencionalidade, valorizando as experiências vivenciadas e compreendendo sua complexidade (MINAYO, 2008).

Dentro das abordagens compreensivistas qualitativas adotou-se as entrevistas narrativas como opção metodológica para responder à seguinte pergunta de pesquisa: *Frente as potencialidades e os desafios que o envelhecimento coloca ao sistemas e serviços de saúde, existem barreiras no acesso ao cuidado, por parte de usuários idosos, aos serviços de saúde na Atenção Básica do município de Porto Alegre?*

A narrativa, como estratégia de técnica de pesquisa social em saúde é uma forma científica de conversa, e dialoga com o cotidiano dos entrevistados, pois o processo de contar e narrar acontecimentos faz parte do dia-a-dia das pessoas

(BAUER; JOVCHELOVITCH, 2013). Ainda, apresenta a riqueza de possibilidades que podem ser interpretadas em dois sentidos: o da representatividade social e o sentido da construção da experiência, uma vez que ao narrar um fato vivenciado, o narrador se colocada na condição observacional do relato, emergindo dimensões objetivas, narrativas, observacionais e ressignificando os acontecimentos (LIRA; CATRIB; NATIONS, 2003)

Na simplicidade do “contar uma história verdadeira” o informante traz consigo sua experiência sobre fatos acontecidos e a riqueza de detalhes que compõem as dimensões pessoais e sociais sobre o fato narrado, uma vez que as narrativas não estão descoladas do contexto social onde estes atores estão inseridos (SCHRAIBER, 1995). No campo da saúde, os estudos narrativos são necessários para a compreensão de novos marcos teóricos e políticas implementadas pelo SUS, uma vez que as abordagens teóricas tradicionais não são suficientes para compreender os impasses das práticas de saúde.

O uso de entrevistas narrativas em estudos tendo como público alvo os idosos pode parecer, em um primeiro momento, óbvio, uma vez que se espera do local de fala destes o contar histórias referentes a um passado longínquo (CORREA; JUSTO, 2010). Entretanto, além da representatividade social, a narrativa é uma importante ferramenta que reposiciona o idoso na sociedade, destacando a construção identitária destes sujeitos e valorizando seus locais simbólicos e sociais de fala, devolvendo a eles o lugar de testemunha e de narrador das transformações ocorridas em momentos e grupos específicos (DELGADO, 2010).

As entrevistas narrativas ainda se apresentam como uma importante forma de fazer pesquisa qualitativa, uma vez que rompem com as formas tradicionais de realizar-se entrevistas baseados na sistemática “perguntas-respostas”, captam fidedignamente relatos originais e profundos sobre experiências vivenciadas, permitindo que a combinação entre relatos de vida e contextos históricos, ampliando a compreensão de sentidos, crenças, valores e ações dos informantes, estando comprometido com o profundo entendimento destas ações e com a produção de novos conhecimentos (MUYLAERT *et al.*, 2014).

Na presente pesquisa serão consideradas as Narrativas de Vivência, que são amplas e incluem experiências e possíveis episódios de tentativas em acessar os equipamentos de atenção básica pelos usuários idosos. Os acontecimentos e vivências podem ser colocados numa sequência, respeitando ou não uma linha temporal, trazendo a experiência enquanto a construção de um processo (LIRA; CATRIB; NATIONS, 2003)

As revisões teóricas realizadas neste estudo adotaram a metodologia de “revisão teórica narrativa”, uma técnica apropriada para discutir o desenvolvimento ou o “estado da arte” de determinado assunto, sob ponto de vista teórico ou conceitual, constituindo-se basicamente da análise da literatura, na interpretação e análise crítica pessoal do autor (ROTHER, 2007). Este método de revisão mostrou-se o mais adequado aos objetivos deste trabalho, pois permite uma análise conjuntural mais profunda sobre as intensas mudanças que a temática da gestão em saúde, área de estudo do campo da saúde coletiva, vem passando em um curto espaço de tempo. Permite ainda a construção do conhecimento a partir das análises da autora, uma vez que as publicações científicas ainda não deram conta de analisar os impactos dessas mudanças em tão pouco tempo.

4.2 Seleção dos idosos participantes

Compuseram esta pesquisa usuários idosos, mentalmente capacitados, com idades acima de 60 anos vinculados às Unidades de Saúde que adotam a Estratégia de Saúde da Família e Unidades Mistas do distrito sanitário Paternon/Lomba do Pinheiro e que utilizam os serviços destes equipamentos para além da vacinação. Além destes critérios foram entrevistados apenas usuários clássicos da APS sendo excluídos aqueles que só utilizavam serviços de vacinação. Parte dos idosos deste estudo já haviam participado anteriormente do momento quantitativo do macroprojeto de origem. Deste modo, além de parte dos usuários/sujeitos de pesquisa já terem participado do macroprojeto, a amostragem contou com a indicação de usuários pelas equipes das Unidades de Saúde à partir

do método de bola-de-neve (*Snowball Sampling*), uma forma não probabilística de amostragem baseada na construção de cadeias de referência para se atingir um número suficiente de entrevistados (VINUTO, 2016). Neste processo foram entrevistados 19 idosos.

Dentre as 19 entrevistas realizadas ainda houve a eliminação de três materiais por não atendimento aos critérios supracitados: um caso de usuário com sinais de confusão e desorganização mental; um caso que não contemplava as características de usuário clássico da Atenção Primária e um caso de informante inativo, ou seja, que não desenvolveu narrativas apesar dos estímulos da pesquisadora (BAUER; JOVCHELOVITCH, 2013). Foram transcritas e utilizadas nas análises de dados 16 entrevistas, sendo as principais características dos informantes organizadas no **Quadro 01**, sendo: sexo; data de nascimento e idade; critério de raça/cor autodeclarados; anos de escolaridade; unidade de referência e observações importantes utilizadas durante as inferências das narrativas, como a indicação de pessoas com deficiência (PCD) e motivos para exclusão da amostra.

Quadro 01: Principais características dos idosos participantes

Código	Sexo	Idade	Raça/Cor	Escolaridade	U.S	Observações
I15	F	69	Branca	Não informado	ESF 01	N/A
I03	F	67	Parda	Mais de 12 anos	ESF Mista - 02	N/A
Excluído	M	73	Branca	09 a 11 anos	ESF Mista - 02	Sinais de desorientação
I06	F	86	Branca	9 a 11 anos	ESF Mista - 02	N/A
I11	F	86	Branca	1 a 4 anos	ESF Mista - 03	N/A
I02	F	72	Branca	5 a 8 anos	ESF Mista - 04	PDC- física
I07	M	77	Branca	5 a 8 anos	ESF 01	PCD- auditiva
I09	F	87	Branca	1 a 4 anos	ESF 01	N/A
I05	F	72	Branca	1 a 4 anos	ESF 02	N/A
I12	F	75	Branca	1 a 4 anos	ESF 03	N/A
Excluído	F	70	Branca	5 a 8 anos	ESF Mista - 02	Não é usuário clássico da APS
I01	F	76	Branca	5 a 8 anos	ESF Mista - 02	N/A
I04	F	69	Preta	1 a 4 anos	ESF Mista - 03	N/A
I14	F	62	Parda	1 a 4 anos	ESF Mista - 04	N/A
Excluído	F	66	Branca	5 a 8 anos	ESF Mista - 02	Não desenvolveu narrativas
I13	F	70	Preta	5 a 8 anos	ESF - 03	N/A
I08	M	77	Branca	5 a 8 anos	ESF - 04	N/A
I10	F	71	Branca	5 a 8 anos	ESF - 05	N/A
I16	F	69	Branca	1 a 4 anos	ESF - 06	PCD- visual

Fonte: Tabela elaborada pela autora

4.3 Produção de Dados

A coleta dos dados, ou informações, se deu por meio de entrevistas de caráter exploratórias junto aos usuários idosos vinculados às Unidades Básicas de Saúde do distrito sanitário Paternon-Lomba do Pinheiro.

Antes da saída a campo houve o contato prévio com a Gerência Distrital Paternon/Lomba do Pinheiro e com as unidades de saúde participantes da primeira etapa da pesquisa para pactuação de datas e indicação de profissionais de referência que pudessem auxiliar a pesquisadora na entrada nos territórios. As unidades de saúde receberam a pesquisadora e disponibilizaram um agente de saúde ou agente de endemias para auxiliar na localização dos usuários no banco de dados da pesquisa no CadSUS (Cadastro Nacional de Saúde) e na busca pelos endereços durante as visitas domiciliares (VD).

O agendamento das entrevistas foi feito de forma presencial, com a explicação dos objetivos da pesquisa e o convite para que os idosos participassem ou não desta nova etapa. Após o consentimento foi pactuado uma nova data e horário para que a pesquisadora retornasse até o endereço dos usuários para realização da entrevista. As entrevistas foram realizadas na residência dos idosos, entendendo que este local apresenta um ambiente socialmente confortável e familiar ao indivíduo.

A aproximação com o território por meio das andanças e VD com os agentes foi de fundamental importância para o entendimento do funcionamento das unidades de saúde, conhecimento das dinâmicas comunitárias e para um primeiro contato da pesquisadora com os usuários, oportunizando ainda a identificação de sinais que indicassem a inviabilidade dos idosos para participação na pesquisa, como sintomas iniciais de demência, óbito, mudança do território, entre outros. Pela riqueza de informações que esta experiência foi agregando, elaborou-se um caderno de campo com o objetivo de reunir informações importantes que pudessem auxiliar no processo de inferência e interpretação das informações obtidos pelas entrevistas narrativas.

Por se tratar de uma pesquisa que remete a memória e interatividade cognitiva para caracterizar aspectos do serviço de saúde, o roteiro de pesquisa foi composto por três momentos: uma etapa de coleta de dados para identificação dos informantes e de características sócio-demográficas; questões para breve avaliação do estado de saúde mental e o roteiro disparador de narrativas. As características sócio-demográficas foram coletadas com objetivo de auxiliar na interpretação das narrativas durante a etapa de inferências e compreender algumas características inerentes ao perfil dos idosos entrevistados.

As questões utilizadas para realização de avaliação do estado mental baseadas no questionário de Mini Exame de Estado Mental (MEEM) para o conhecimento de alguns aspectos cognitivos, identificação de sinais de conhecimento de localização no tempo e espaço e possíveis sinais de desorientação. Quando identificado sinais de confusão ou desorientação pelo questionário inicial ou durante as narrativas a entrevista se seguia com o objetivo de não constranger o informante, entretanto não houve a utilização do material na pesquisa.

Foram realizadas entrevistas narrativas individuais semi-estruturada onde os informantes, como são denominados os entrevistados nesta técnica, narraram suas concepções e experiências sobre o tema em estudo à partir do roteiro disparador da pesquisadora. (MUYLAERT, 2014)

O roteiro semi-estruturado foi construído à partir das fases propostas por Bauer e Jovchelovitch (2013), conforme **Quadro 02**, com o objetivo obter histórias sustentadas por critérios metodológicos e guiar o entrevistador de forma a não comprometer a espontaneidade do entrevistado (LIRA, 2003).

Quadro 02 - Fases principais da entrevista narrativa

Fases	Regras
Preparação	Exploração do campo ; Formulação de questões exmanentes ;
1.Iniciação	Formulação do tópico inicial para narração ; Emprego de auxílios visuais ;
2.Narração central	Não interromper ; Somente encorajamento não verbal para continuar a narração ; Esperar para sinais de finalização (Coda) ;
3.Fase Perguntas	Somente “O que aconteceu então?”; Não dar opiniões ou fazer perguntas sobre atitudes; Não discutir sobre contradições ; Não fazer perguntas do tipo “por quê?” ; Ir de perguntas exmanentes para imanentes;
4.Fala Conclusiva	Parar de gravar; São permitidas perguntas do tipo “por quê ?”; Fazer anotações imediatamente após a entrevista.

Fonte: (BAUER; JOVCHELOVITCH, 2013)b

Foi utilizado pela pesquisadora um roteiro norteador (**Apêndice 2**) para a condução da entrevista, de forma que o entrevistado fosse estimulado a contar de maneira profunda e contundente os aspectos de interesse à pesquisa imersos em suas narrativas.

Todos os participantes tiveram acesso e assinaram ao termo de consentimento livre e esclarecido para participação no estudo (**Apêndice 1**). Após

os esclarecimentos sobre a pesquisa e a participação livremente autorizada seguiram-se as entrevistas as quais foram áudio-gravadas com uso de gravador digital.

A produção de dados foi concluída através da saturação de informantes-chaves, pela técnica da Bola de Neve, e também pela saturação teórica da amostragem, onde houve a interrupção do levantamento de informações quando a interação entre pesquisador e investigados deixaram de fornecer novos elementos que subsidiavam a construção dos conceitos de interesse junto ao campo de observação. A saturação teórica trata de uma constatação empírica, que combina os critérios de limites empíricos dos dados, a integração dos dados com a teoria e sensibilidade teórica do pesquisador (FONTANELLA *et al.*, 2011; FONTANELLA; RICAS; TURATO, 2008)

4.4 Processamento e análise dos dados

Os dados coletados nas entrevistas narrativas foram tratados e analisados à luz das técnicas de Análise Qualitativa de Conteúdo na vertente Temática, com ênfase nos processos e perspectivas propostos por Laurence Bardin (BARDIN, 2016).

A Análise Qualitativa de Conteúdo é composta por um conjunto de técnicas de pesquisa que permitem a produção de inferências de um texto focal para seu contexto social de forma objetivada, por meio de procedimentos especializados e científicos (BAUER, 2013; MINAYO, 2008). É pautado em um procedimento mais intuitivo, se comparado à análise de conteúdo quantitativa e também mais maleável, permitindo o surgimento de índices não previstos e a evolução de hipóteses não consideradas previamente. (BARDIN, 2016).

Para a condução e processamento da análise de conteúdo foram consideradas processos inseridos em três etapas distintas: a de pré-análise; a exploração do material e o tratamento dos resultados (BARDIN, 2016).

A primeira etapa, a *Pré-análise* constitui-se na organização dos dados, afim de selecionar as informações relevantes; a constituição do corpus dos dados para

a exploração do material e a retomada das hipóteses iniciais, bem como dos objetivos da pesquisa e as hipóteses emergentes (BARDIN, 2016; MINAYO, 2008).

As transcrições respeitaram as normas sugeridas por Flick (2009) com adaptações de Schultz (2018), considerando os principais aspectos paralinguísticos para a interpretação e valorizando o conteúdo expresso verbalmente pelos informantes.

Quadro 03- Regras Utilizadas para Transcrição

Layout	
Editor de textos	Microsoft Word
Fonte	Arial 12
Margem	Esquerda: 3,0 Direita: 2,0
Espaçamento entre linhas	1,5
Entrevistador	E: entrevistador
Entrevistado	I: informante
Transcrição	
Ortografia	Convencional
InterPontuação	Convencional
Pausas	Pausa rápida *; mais de um segundo *nº de segundos
Incompreensível	((incomp))
Comentário do Transcritos	[com comentários]

Fonte: Fundamentado em Flick (2009), adaptado por Schultz (2018).

As entrevistas audiogravadas foram transcritas com o uso softwares de edição de texto, transcritos pela pesquisadora, com auxílio de uma bolsista de iniciação científica. A pesquisadora envolveu-se na maior parte das transcrições, entendendo que esta etapa, também, se caracteriza como um primeiro passo da análise, fornece uma boa apreensão das entrevistas e propicia um fluxo de idéias para interpretação do material (BAUER; JOVCHELOVITCH, 2013).

Foram transcritas 16 entrevistas e em cada uma delas os participantes foram identificados de **I01** (Informante e o número da entrevista) à **I15** e a entrevistadora como **E1** (entrevistadora nº1). O uso das normas de transcrição podem ser observados em uma entrevista disponibilizada (APÊNDICE **03**).

Após o processo de transcrição das narrativas houve a correção de algumas palavras e pontuação, de acordo com norma culta brasileira e a remoção dos marcadores de parâmetros paralinguísticos, propiciando melhor leitura e interpretação para os leitores deste trabalho. Foram mantidos os comentários inseridos pela pesquisadora, entendendo que estes, também, auxiliam na interpretação dos sentidos.

Depois de transcritas as entrevistas passaram pela etapa de leitura flutuante, onde um olhar menos aderente da pesquisadora aos documentos nortearam a retomada das hipóteses levantadas no início da pesquisa e oportunizaram a formulação de novas possibilidades (CAMPOS, 2004). Na constituição do corpus de pesquisa foram consideradas as regras de exaustividade, representatividade da amostra, a homogeneidade e pertinência ao tema de pesquisa, dando destaque a este último critério nas etapas subsequentes de análise.

Laurence Bardin coloca que ainda na etapa pré-analítica há o processo de formulação e reformulação de hipóteses, porém não há a obrigatoriedade destas hipóteses guiarem o corpus para a realização das análises, podendo este processo ser feito “às cegas”, sem ideias preconcebidas (BARDIN, 2016). Desta forma, optou-se por realizar, no presente estudo, as categorizações de forma “aberta” valorizando o conteúdo expresso diretamente na fala dos entrevistados e os procedimentos exploratórios, destacando o conteúdo do material coletado durante a pesquisa para a construção das unidades de contexto e de categorização.

A segunda etapa denominada *Exploração do Material* consiste numa fase classificatória para chegada aos núcleos de compreensão do texto onde o pesquisador faz o processo de encontrar temas à partir da redução dos textos por meio da codificação e categorização (MINAYO, 2008). Os recortes dos materiais foram realizados à partir de frases e alguns trechos longos das entrevistas na tentativa de não fragmentar os sentidos das narrativas produzidas e de valorizar o método de coleta de informações.

As regras de enumeração consideram os ciclos descritos por (Saldaña((2013), que propõe diferentes tipos de codificação e a combinação de métodos para o tratamento dos dados, definidos de acordo com o método e o objetivo do estudo. Por se tratar de uma pesquisa compreensivista e com o uso de entrevistas narrativas, utilizou-se no primeiro momento a *codificação descritiva*, reduzindo o conteúdo das narrativas em frases e trechos mais curtos. No final da primeira etapa, avaliou-se, pertinente, a realização de um segundo ciclo de reduções, realizado à partir da *codificação por padrões*, onde os códigos descritivos semelhantes foram agrupados, criando um novo código que os abarcasse à partir de suas similitudes.

Finalizando a etapa de exploração do material, os códigos (ou unidades de registro) passaram pelo processo de categorização. A categorização é um processo estruturalista, que tem por objetivo a condensação das informações com critérios previamente definidos (BARDIN, 2016). Desta forma, a categorização foi realizada à partir de categorias temáticas, organizadas por meio de suas diferenciações e posteriormente por similaridades, buscando pontos em comum entre esses códigos. Na construção das categorias buscou-se a construção de critérios claros, levando em consideração atributos de qualidade propostas por Laurence Bardin, sendo:

- a. **Exclusão mútua:** as unidades de contexto devem estar submetidas por regras que não permitam sua categorização em mais de uma categoria;
- b. **Homogeneidade:** um único princípio organizativo deve reger a organização em categorias;

- c. **Pertinência:** as categorias construídas devem estar de acordo com o material em análise, bem como com os objetivos da pesquisa e o ao constructo teórico;
- d. **Objetividade e fidelidade:** o material sempre deve ser submetido ao mesmo processo de codificação, com regras bem definidas, a fim de garantir que não ocorra a alteração dos sentidos mesmo que seja submetido a diferentes tipos de inferência e interpretação;
- e. **Produtividade:** as categorias devem oferecer ao pesquisador a possibilidade de inferências, de construção de hipóteses e dados exatos.

A categorização também se valeu de técnica não-apriorística, permitindo que as categorias emergissem do contexto das narrativas. Esta forma de categorização exige que o pesquisador se aproprie intensamente do material analisado, bem como das referências teóricas, sem perder de vista os objetivos da pesquisa (BARDIN, 2016; CAMPOS, 2004)

Os processos de codificação, categorização e tematização foram realizados com o apoio do Software Nvivo® 12, conforme **Imagem 01**. De acordo com QSRInternacional®, o Nvivo® é uma ferramenta que suporta métodos qualitativos e variados de pesquisa, tendo por objetivo organizar, analisar e encontrar informações em dados não estruturados ou qualitativos. Além da organização, o software tem por objetivo facilitar e agilizar as análises, validando, gerando confiança e qualificando o material coletado (MOZZATO; GRZYBOVSKI, 2011).

Destaca-se que programas como o Nvivo® são facilitadores do processo analítico e não substituíram o envolvimento do pesquisador na interpretação dos resultados, sendo uma ferramenta que exige um grande envolvimento do pesquisador para interpretação dos dados e seu correto uso na construção de um corpus de pesquisa adequado (MOZZATO; GRZYBOVSKI, 2011; ALVES; FIGUEIREDO FILHO; HENRIQUE, 2015).

Figura 01- Organização das unidades de registro (denominados enquanto “nós”) no Software Nvivo® 12.

The screenshot displays the NVivo 12 Pro software interface. The main window shows a list of nodes (nós) organized in a table. The table has the following columns: Nome, Arquivos, Referências, Criado em, Criado por, Modificado em, and Modificado por. The node 'Avaliação do atendimento' is highlighted in blue. The interface also shows a left sidebar with navigation options like 'Acesso rápido', 'Dados', 'Códigos', 'Casos', 'Notas', 'Pesquisar', 'Mapas', and 'Resultado'. The top menu bar includes options like 'Arquivo', 'Início', 'Importar', 'Criar', 'Explorar', and 'Compartilhar'.

Nome	Arquivos	Referências	Criado em	Criado por	Modificado em	Modificado por
01. Informações Demográficas	0	0	06/09/2019 19:22	CB	06/09/2019 19:22	CB
02. Indicadores de Estado de Saúde	0	0	06/09/2019 19:25	CB	06/09/2019 19:25	CB
03. Psicológicos	0	0	06/09/2019 21:57	CB	06/09/2019 21:57	CB
04. Aspectos sociais	0	0	06/09/2019 21:59	CB	06/09/2019 21:59	CB
05. Acesso APS	0	0	06/09/2019 22:03	CB	06/09/2019 22:03	CB
06. Longitudinalidade	0	0	06/09/2019 22:06	CB	06/09/2019 22:06	CB
07. Coordenação do cuidado	0	0	06/09/2019 22:09	CB	06/09/2019 22:09	CB
08. Integralidade	0	0	06/09/2019 22:10	CB	06/09/2019 22:10	CB
09. Orientação Familiar	0	0	06/09/2019 22:46	CB	06/09/2019 22:46	CB
10. Orientação Comunitária	0	0	06/09/2019 22:49	CB	06/09/2019 22:49	CB
Avaliação do atendimento	5	11	03/07/2019 16:39	CB	08/12/2019 18:21	CB
mudança geracional	1	1	29/07/2019 23:58	CB	29/07/2019 23:58	CB
Não usados na dissertação	0	0	12/09/2019 20:09	CB	12/09/2019 20:09	CB
reconhecimento da pesquisa	4	6	12/07/2019 15:23	CB	29/08/2019 15:39	CB
Tratamento do idoso na sociedade	6	10	03/07/2019 16:53	CB	30/07/2019 15:30	CB

Nos processos de Análise Conteúdo, também é necessário a validação da análise realizadas pelo pesquisador, como forma de prevenir possíveis vieses de interpretação causados por ideias pré-concebidas ou cristalizadas sobre o fenômenos (CAMPOS, 2004). Desta forma, os resultados das análises passaram pelo processo de validação externa, realizada por meio do debate dos resultados entre pares, sendo estes pesquisadora e orientador.

Na terceira e última etapa da análise de conteúdo, denominada *Tratamento dos Resultados Obtidos e Interpretações* as categorias foram tratados de maneira significativa e válida, propondo inferências e interpretações dos dados à partir de novas dimensões teóricas, objetivos propostos ou de novas descobertas (BARDIN, 2016; MINAYO, 2008). As inferências, característica principal deste método, é o conjunto de operações lógicas, admitindo que as informações que emergem dos dados estão ligadas a outras teorias já validadas e aceitas enquanto verdadeiras.

Além de ser o principal objetivo da análise de conteúdo, as inferências conferem ao método a relevância teórica, uma vez que inferir não é só a produção de suposições subliminares, mas sim de pressupostos teóricos de diversas concepções de mundo e com situações concretas de seus produtores e receptores (BARDIN, 2016).

Os produtos das inferências e interpretações realizadas estão descritos no capítulo 6. Resultados e Discussões.

4.5 Limitações do estudo

A ida a campo foi realizada entre os meses de janeiro e março de 2019, em um momento de trocas de gestão federal. Durante este período houve profundas transformações nas políticas nacionais direcionadas à atenção primária, bem como tensionamentos dentro da gestão municipal, sendo um grande desafio aliar a interpretações de sentidos dos dados coletados ao atual cenário submetido a um intenso processo de disputa de modelos de gestão. Ainda, as intensas alterações no campo das políticas públicas em saúde em um curto espaço de tempo não dialogam com o tempo das produções e estudos acadêmicos, sendo um obstáculo analisar a conjuntura atual sem o apoio de outras produções científicas.

Apesar da utilização do banco de dados da fase quantitativa fatores como mudança de endereço e número de contato, o desenvolvimento de demências e advento de óbitos dificultaram a localização dos informantes participantes da fase qualitativa.

As saídas a campo foram realizadas com em parceria com ACS's ou AE's, sendo uma estratégia fundamental para a garantia do trânsito seguro nos territórios e aproximação da pesquisadora junto aos informantes. Entretanto, a presença de um trabalhador das unidades de saúde durante as entrevistas pode ter alterado os sentidos das narrativas, silenciando questões importantes e necessárias a serem abordadas, mas podendo também potencializar vínculos de confiança entre pesquisadora-informantes.

5. ANÁLISE DOS RESULTADOS

Este capítulo apresenta os resultados das informações coletadas durante o trabalho de campo a partir da organização e as inferências produzidas à luz da Análise Temática de Conteúdo. Resultaram deste processo três temas distintos, sendo estes “5.1 Ah, qualquer coisa eu vou no posto, né: a atenção de primeiro contato na perspectiva dos usuários idosos?” ; “5.2 O posto não tá um local bom para acolher aquela quantidade de gente – a capacidade das unidades de saúde na APS”; “5.3 – Não sei os outros idosos, mas eu vou falar por mim, eu gostaria de ser tratada com respeito, sabe ? - Acesso e integralidade do cuidado à pessoa idosa”, com discussões apresentadas no decorrer deste capítulo, apoiados nas produções de literatura nacional e internacional.

5.1 “Ah, qualquer coisa eu vou no posto, né?”: a atenção de primeiro contato na perspectiva dos usuários idosos.

De acordo com Barbara Starfield, a atenção de primeiro contato configura-se enquanto a acessibilidade e uso do serviço de saúde a cada novo problema ou novo episódio pelo qual se busca o cuidado (STARFIELD, 2002). Neste sentido, o presente tema traz as principais questões e percepções indicadas pelos informantes na tentativa de acessar o cuidado em saúde nas suas unidades de referência na APS, bem como os fluxos e processos que atravessam estas construções de acesso e redes.

A Política Nacional de Atenção Primária - PNAB (BRASIL, 2017) traz a APS enquanto porta de entrada preferencial do usuário no sistema de saúde, além de ordenar e coordenar o cuidado organizado em Redes de Atenção à Saúde (RAS), tendo como modelo prioritário de cuidado a organização pela Estratégia de Saúde da Família (ESF). A PNAB relaciona o conceito de acesso com a capacidade do serviço de saúde em responder às necessidades da população - seja ela residente ou itinerante - ao território adscrito. Desta forma, as necessidades da população

devem pautar a organização do cuidado e dos serviços oferecidos pelas unidades de saúde, bem como ser o eixo norteador da organização do trabalho destas equipes para a garantia do acesso ampliado e para a adoção de estratégias que promovam o cuidado de forma equânime.

A UBS de referência é citada pelos idosos participantes deste estudo como uma das principais alternativas na busca de cuidados, seja por meio de demanda espontânea ou de consultas previamente agendadas : *“Eu sempre pensei: eu vou ali [ubs de referência] primeiro, né ? Eu sempre pensei né: eu vou ali pegar o remédio, aí a ACS [nome suprimido] traz, eu pego a receita, né ? Ou ali quando é consulta, vou ali e consulto, né ? (17)“*

A busca pela UBS foi comumente relatada pelos idosos, tanto por ser o equipamento de saúde mais próximo de suas residências, quanto pela facilidade em acessar os serviços disponíveis como a marcação de consultas, a dispensação de medicação e acompanhamentos de quadros de saúde, a exemplo: *“Às vezes, três vezes por semana, eu vou ver a pressão como é que tá. Aí quando eu preciso, eu vou marcar consulta. E se não, só vou para renovar as receitas e pegar o remédio da pressão aqui” [14]*

Da mesma forma que a facilidade na obtenção de serviços e a proximidade geográfica aparecem enquanto fatores que influenciam a escolha da UBS como preferencial, a percepção do atendimento recebido e resolutividade do serviço também se mostram como fatores determinantes na escolha da unidade como referências para o primeiro contato (BARBIANI *et al.*, 2014; DALL’AGNOL; LIMA; RAMOS, 2009)

“Pessoalmente eles são bem legais, as enfermeiras, todo mundo, doutor... A minha doutora que eu trato também ali, o doutor [nome suprimido] e a outra que saiu agora em licença maternidade. Acho eles ótimos, muito bom ! O pessoal ali é bem acessível, bem legal, assim. “[110]

Os idosos neste estudo apresentaram percepções positivas na busca de cuidados nas suas unidades, em especial em relação ao vínculo produzido entre usuários e profissionais. Entretanto, ao mesmo passo que surgem elogios ao

processo de cuidado, emergem das falas elementos que indicam dificuldades e insatisfação no acesso de primeiro contato nas unidades de saúde, em especial sobre os processos organizativos que não dão conta de responder integralmente as necessidades em saúde da população mais velha, conforme expresso na narrativa a seguir: *“É que eu acostumei, primeiro postinho que eu fui é lá e agora acostumei. Me sinto bem! Apesar que agora a gente não tá sendo bem atendido, mas é lá que eu sempre vou. (I11) “*

Este cenário corrobora com os resultados encontrados em outras pesquisas que avaliam o acesso na percepção dos usuários idosos no município de Porto Alegre (ARAÚJO *et al.*, 2014; BULGARELLI *et al.*, 2018). A literatura nacional demonstra que o atributo acesso de primeiro contato apresenta baixo desempenho, não sendo uma característica exclusiva do município de Porto Alegre (VITORIA *et al.*, 2013; PAULA *et al.*, 2016; ROLIM *et al.*, 2019; STRALEN *et al.*, 2017). O estudo de Akpinar e colaboradores (2018) indica, também, a dificuldade à atenção primária é um problema comum aos países que adotam redes de cuidados primários e propõe a ampliação do número de profissionais qualificados e a educação em saúde voltada à população para que os serviços de saúde sejam utilizados de forma mais potente.

Os sujeitos participantes da pesquisa notam que no território em que vivem há uma demanda muito grande por cuidados em saúde e um número bastante ampliado de idosos para as unidades de referência, representando um grande desafio priorizar o atendimento dos idosos de forma equânime. A literatura aponta que houve o aumento da demanda nos serviços de saúde, em especial entre as pessoas mais pobres e sem doenças crônicas, e que este motivo pode estar diretamente relacionado com a manutenção da falta e acesso. (COELHO *et al.*, 2018; NUNES *et al.*, 2016)

“[...] não sei, eu acho que não muda nada. [...] Até porque se for pra mudar pra esses velhos que tem que haver aí no morro, coitado. Tem bastante velho [...] É, eu acho que é mais por isso. Porque se der [prioridade] pra um, tem que dar pra todo mundo e daí fica bem complicado. Eu pelo menos, eu tenho, mesmo que sem estudo e com a minha idade, eu tenho

a minha cabeça meio aberta pra esse tipo de coisa. Eu acho que assim, o que é pra um tem que ser pra todo mundo e é como eles tão fazendo ali.[Unidade de saúde]" [I05]

Emergiram das narrativas a prioridade no acesso como uma questão bastante profunda. Pela perspectiva dos idosos a unidade não oferece cuidado que atenda suas necessidades de forma integral. A UBS ainda é percebida enquanto campo curativo e não um local potencial para prevenção e promoção à saúde.

“Não tem atendimento assim, especial. Pra idoso não existe! O Brasil tá precisando se integrar nisso aí, se acordar porque a idade dos mais velhos tá chegando e daqui a pouco tempo nós vamos ter uma maioria de idosos e o Brasil não tá preparado pra isso, principalmente o serviço de saúde que é o que mais é utilizado para os idosos. Até mesmo como prevenção, prevenção deveria de ter pra não ter que chegar no posto de saúde. [...] Não tem atendimento pra idoso assim, direcionado pra idoso, não tem, é tudo junto.” [I03]

No decorrer das narrativas surge por meio das questões disparadoras a prioridade enquanto questão dificultadora. O sentido de prioridade vem atrelada majoritariamente ao direito do acesso prioritário, amplamente difundido entre os serviços públicos e privados que prestam atendimento à população. O acesso prioritário é baseado no princípio da equidade e é sendo garantido pela Política Nacional do Idoso (Lei nº8.842/1994); da Lei nº10.048/2000, que dispõe sobre a prioridade no atendimento de grupos específicos; bem como o Estatuto do Idoso (Lei nº10.741/2003). O atendimento prioritário tem como principal medida de equidade para o atendimento, destinado a grupos específicos como idosos, gestantes e portadores de deficiências (BRASIL, 1994). Apesar de amplamente difundido na prestação de serviços, não é claro a existência dessa garantia no acesso aos serviços de saúde.

Nas dinâmicas dos equipamentos públicos de saúde as medidas adotadas para promoção de acesso equânime estão pautadas pelos arcabouços jurídicos que garantem atendimento imediato, mas também pelos processos de acolhimento com classificação de risco que considera não só o fator idade como medida de

priorização ao acesso, mas situações como a fragilidade, agravos físicos e sociais aos quais os idosos estão expostos e o suporte familiar que dispõe (OPAS, 2014).

Não é claro para os usuários idosos a diferença entre as medidas de acesso adotadas pelos serviços de saúde e demais estabelecimentos públicos, resultando no intenso relato da não efetivação do acesso prioritário e o sentimento de insatisfação com a unidade de referência da APS. O estudo de Santos e colaboradores (2016) também identifica a dificuldade da efetivação da lei de prioridade no acesso desta população aos serviços de saúde e reforça que o atendimento destinado aos idosos deve ser ágil e preciso, a fim de prevenir possíveis complicações que comprometam a qualidade de vida destes usuários.

Na percepção dos idosos a falta de prioridade às suas demandas se dá também pela organização dos processos de trabalho dentro dos serviços, conforme narrativa a seguir:

“Isso que eu te disse: teria que ter, como tem doutor que atende da terceira idade, um departamento separado. Podia ser até no mesmo guichê, mas que fosse organizado separado [...]. É atendido igual aos outros, não tem prioridade nenhuma.” [I01]

Algumas unidades com estrutura mista de ESF e Modelo de UBS Tradicional contam com médicos geriatras na composição de equipes, mas esta não é a realidade da maior parte das unidades do município e do país. A presença de médicos especialistas em geriatria nas equipes é um componente interessante na promoção dos cuidados e qualifica a atenção prestada a esta população, mas não é um fator determinante, dando a ideia de que ter médico geriatra não facilita o acesso do idoso aos serviços na atenção primária.

Considerando outras estratégias e ferramentas para produção de acesso equânime às unidades e serviços de saúde, o município de Porto Alegre garante aos usuários idosos e pessoas portadoras de deficiências, por meio da Lei Municipal nº10.819/2010, o agendamento telefônico de consultas nas Unidades de Saúde do município no qual o usuário é cadastrado. A marcação de consultas por meio telefônico e a visita domiciliar do agente comunitário de saúde são estratégias

potentes para a promoção do acesso ao serviço de saúde.

“Outro dia eu ligue [na UBS], aí eu tive todos os papezinhos que eles fizeram [panfletos com o número do telefone da unidade de saúde] lá, né? Aí eu liguei e o agente de saúde [nome suprimido] atendeu. Ele veio aqui, pegou os papéis [guias de exames e encaminhamentos]. Eu fui ligar pra lá, ele pegou os papel, levou pro médico, o médico corrigiu, viu o que ele tinha dado, no outro dia ele veio, veio trazer tudo. [115]

Por outro lado, quando não há recursos humanos ou a organização do trabalho que acolha esta demanda o uso do recurso telefônico pode ser tornar uma ferramenta dificultadora de cuidado, gerando frustração por parte do usuário que tentam acessar o serviço, mas não tem sucesso.

“Eu acho assim que por telefone é um drama pra gente conseguir, porque tem que ter horário pra ligar, às 11 horas, como elas dizem. E às vezes tu liga um minuto antes elas não te atende, sabe ? Tu fica ligando, ligando, ligando, ligando... Às vezes tu fica quinze minutos ligando pra conseguir alguma coisa, uma consulta e eu acho que isso aí é até... Não gosto muito dessa maneira que é. Eu acho que elas deviam atender o telefone, inclusive elas tiram do gancho, porque eu já vi quando eu tava lá no atendimento, que elas tiram do gancho pra não atender, porque tem hora pra atender: às onze horas, tá ? Isso aí que eu não gosto, porque eu acho que não deve ser assim, só isso. [...] Me sinto frustrada! Uma coisa tão simples que podia ser melhorada, né ? O atendimento, enfim, porque também eu acho que não tem que ter horário. Eu acho que tem que ter uma pessoa ali que possa atender.” [110]

Dentro do processo de trabalho das unidades de referência dos idosos estudados nesta pesquisa, o agendamento telefônico é realizado de duas formas: durante o período livre, onde os usuários podem entrar em contato telefônico com as unidades a qualquer horário; e aquelas onde o agendamento via telefone é realizado pelo período de uma hora, uma vez na semana. Desta forma, o agendamento telefônico restrito a uma hora semanal acaba por gerar filas e dificuldades no acesso, não produzindo equidade no atendimento desta população e podendo ser encarado como ferramenta discriminatória na perspectiva do usuário, de acordo com a narrativa que segue:

“Outra coisa que eu acho errado agora que tem ali nesse posto. Eles agora deram um papelzinho, ela não disse diretamente 'os velhos', mas foi o que eu perguntei aquele dia, naquele papelzinho. Vai começar de novo o martírio para discriminação dos velhos. Velho não é pra sentar ali então que incomoda: ...Então velha, elas deram um papelzinho com uma vez na semana, uma vez por mês pra ti marcar a consulta... Então tem todos os meses assim: janeiro, fevereiro, março, abril com papelzinho, com dia marcado ali, que é aquele dia que tu pode telefonar a tarde pra marcar consulta. Aí eu disse pra ela: - olha já tivemos essa experiência, foi negativa. Eles mandavam que os idosos ligassem pra não se cansarem mais indo ao posto, que a partir das 14 horas ou a partir das 18 horas da tarde eles poderiam ligar. Inventaram primeiro às 14 horas, mas não deu certo. Então agora a partir das 06, porque o posto atendia até as 22:00. Como fica mais calmo, então elas vão marcar as consultas dos idosos à partir das 18 horas. Nenhum dos horários funcionou, simplesmente eu levantava daqui quando eu cansava, já estava no final da primeira semana sem conseguir nunca, só dando ocupado, ocupado, ocupado e ninguém atendia, eu gastando meu tempo aqui. Ah, no final da semana eu levantei e fui lá. Disquei, disquei, disquei e três e pouco e fui lá. "- Porque vocês não atendem o telefone ? Tá fora do gancho!". Nós não podemos dar atenção pras pessoas do posto e as pessoas que estão telefonando. Então não manda os "veio" ligar nesse horário, que não existe horário pra velho “ [I03]

A medida tida a princípio enquanto estratégia para promoção da equidade no acesso é compreendida como forma de afastar os idosos da unidade de saúde. Uma das hipóteses que podem fundamentar esta percepção por parte dos usuários que o atendimento ao idoso depende de mais tempo e atenção das equipes, característica aponta enquanto fator que contribuem para a iniquidade no acesso, como apontado no estudo de Coelho e colaboradores (2018).

Como estratégia promover de acesso na APS, o cuidado integral, usuário-centrado e processos de gestão de trabalho mais potentes as unidades de saúde adotam em seu cotidiano o acolhimento, eixo estratégico componente da Política Nacional de Humanização (PNH). O acolhimento é um conceito complexo, pois se constitui nas dimensões de postura, atitude e tecnologia de cuidado; mecanismo de ampliação e facilitação do acesso e dispositivo para a reorganização do processo do trabalho em equipes. Busca a garantia do acesso, em especial da demanda espontânea, com a escuta ativa qualificada, classificação de risco e encaminhamento responsável, de acordo com as necessidades do usuário na busca pela resolutividade conforme a rede e linhas de cuidado estabelecidas (PNH,

2003; PNAB, 2017). O acolhimento reforça os objetivos da PNH de impulsionar e efetivar o SUS enquanto instituição inclusiva, democrática, resolutiva e acolhedora, trazendo para o conceito de humanização o valor organizativo e gerencial, agregando os trabalhadores, gestores e usuários enquanto produtores de cuidado (LOPES *et al.*, 2015).

Todas as unidades que compõe o cenário estudado adotam o acolhimento como parte do processo de trabalho e do cuidado aos usuários, entretanto, é importante analisar de que forma essa estratégia vem se configurando, suas potencialidades e dificuldades. O Acolhimento é associado a realização da classificação de risco para todos os usuários que buscam o acesso aos serviços da unidade de saúde por meio de demanda espontânea. São considerados nesta avaliação não só os quadros físicos de doenças, mas as necessidades globais de saúde, a análise de vulnerabilidades, coleta de informações e sinais clínicos, sendo prioritário o atendimento aos casos de urgência (BRASIL, 2013)

Enquanto estratégia para ampliação do acesso, o acolhimento é uma medida efetiva, uma vez que todos os usuários idosos têm acesso a escuta qualificada e classificação de risco quando buscam cuidados na unidade de saúde. Entretanto, existem vários desafios para a instituição do acolhimento enquanto medida de organização do trabalho, uma vez que as consultas e cuidados médicos ainda são os principais motivos da busca pelos serviços de saúde. Habita no imaginário social que o médico é a autoridade no campo da saúde e detentor de todo conhecimento necessário, o que reforça a ideia de que somente na consulta médica as necessidades do usuário podem ser satisfeitas (PEREIRA, 2004).

Outros apontamentos dos usuários idosos também indicam que o acolhimento enquanto tecnologia de cuidado vem se reduzindo a uma etapa no processo de atendimento e até como uma triagem para entrada ao serviço, perdendo seu potencial de ampliação de acesso e cuidado, perpetuando a exclusão dos usuários e dificultando a construção de vínculos e projetos terapêuticos (MITRE; ANDRADE; COTTA, 2012). O acolhimento ainda é entendido somente como uma atribuição do profissional de enfermagem - e não da equipe da unidade

como um todo - é mais uma burocracia para o alcance da consulta médica (CAMPOS *et al.*, 2014).

“Eu não gosto muito do acolhimento, aquilo ali eu acho assim que tem que passar lá pela enfermagem pra ver. Se tu vai lá é porque tu tem algum problema, né? Ali às vezes tem gente que vai por qualquer coisinha, né? Mas tem gente que não, eu não vou ir no doutor se eu não tenho nada. Eu já é difícil eu ir quando eu tenho, imagina se eu não tenho, que é muito acho, moroso, demorado ... Só isso que eu acho. (I10)”

“Porque tem que ter, pra consultar, tem que ter consulta marcada. E esse é um dos pontos que eu acho, que eu acho que é um pouco errado, porque assim ó, a gente que já é de idade eu tenho médico, o Dr. [nome suprimido], se eu chegar lá de manhã, que ele atende e disser que eu quero ser atendida porque eu me senti mal, elas não vão deixar passar, porque eu não marquei consulta. Eu acho que teria que ter, já que ele é doutor de terceira idade, ser só... só... pra gente porquê de repente ele atende outros também. [...] E aí acaba não conseguindo. Por exemplo, agora março termina a minha receita que ele me deu pra seis meses, se eu não conseguir [agendamento], em abril eu não tenho onde tirar os remédios, você tá me entendendo? [...] A marcação é difícil! ” (I01)

Apesar da implementação e priorização das estratégias de acolhimento em âmbito nacional, a lógica de fichas ainda é muito presente no discurso dos usuários e não foi superada na organização das próprias unidades de saúde. É comum que o acolhimento funcione concomitante a lógica de “fichas” (“vagas” ou “senhas”) para o atendimento no dia, ambos funcionando enquanto instrumentos reguladores do acesso, em especial da demanda espontânea. As fichas se fazem enquanto estratégia de organização da demanda espontânea, sendo distribuídas diariamente no início de cada um dos turnos de trabalho (manhã e tarde) e na marcação de consultas pré-agendadas, com disponibilização das vagas no final do mês anterior ou início do mês vigente como forma de organizar a agenda mensal. Este tipo de organização estimula a cultura da criação de filas antes da abertura da unidade ou no início do mês (BULGARELLI *et al.*, 2018; FAUSTO *et al.*, 2014) e como no presente estudo configura-se como uma importante barreira de acesso, demonstrando fragilidades no processo do acolhimento.

Diferentemente do preconizado, o acolhimento vem repetindo o ciclo que

deveria interromper: o do modelo tradicional de organizar o serviço de saúde com horários e guichês rígidos pautados na lógica administrativa; da oferta de serviços pautas no profissional médico e dos processos de trabalho burocráticos que resultam extensas filas, limitando o acesso ao cuidado a existência ou não de vagas (CAMPOS *et al.*, 2014; LIMA *et al.*, 2015; SOUZA *et al.*, 2008; TESSER; POLI NETO; CAMPOS, 2010). Essa realidade presente no município de Porto Alegre também foi evidenciada pelo Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade (PMAQ), que aponta a melhora nos índices de primeiro contato nas UBS no país, mas reforça que ainda existem dificuldades no agendamento de consultas e acesso por demanda espontânea na atenção básica (LIMA *et al.*, 2018).

O modelo de fichas enquanto sistema de regulação do acesso à saúde, também, se repete nas demandas de assistência odontológicas das ESF de forma ainda mais acentuada, considerando a pouca oferta e alta demanda dos territórios pelos serviços odontológicos.

“Se tivesse um guarda pra chegar cedo, distribuir senhas e coisas do tipo. Teve um dia de agora que dos, do dentista né ali, teve gente que teve que ficar até não sei que horas ali. Bom, tá. É só cinco fichas, ta ali, deu as cinco fichas a pessoa podia ir embora e teve gente que ficou esperando né.” (I05)

Na necessidade de atendimento de urgência e emergência são expressos nas narrativas a negação do acesso à unidade de saúde, demonstrando fragilidade no processo do acolhimento com classificação de risco e absorção da demanda espontânea, além da quebra de protocolos uma vez que em casos de urgência e emergência aciona-se serviços de remoção para garantia do cuidado em tempo oportuno ao usuário.

“Olha, antes se eu me sentir mal, antes eu tentava procurar no posto de saúde, que é o mais próximo, mas ali elas não atendem. Deveria ter um, um atendimento, uma ou duas fichas de emergência pra quem chega ali com algum problema. Ou então dar um espaço mesmo assim pra um paciente que chegar ruim ali ser atendido, porque tem médico lá dentro. Mas aí como elas mandam direto pra o **Pronto Atendimento**. ou para a

unidade aqui, [unidade B], a gente já vai direto na [unidade B]. Se eu tiver muito mal, vou no Hospital A, porque o Hospital A atende. (I03)”

As dificuldades prévias em acessar o serviço de saúde de referência na APS pode levar o usuário a optar por outros serviços e profissionais em busca de melhor acolhimento, confiabilidade e experiência profissional, mesmo que isso exija o seu deslocamento para locais mais distantes (RAMOS; LIMA, 2003a). Neste cenário, a procura por outras UBS fora de seu território e dos serviços de urgência e emergência se fazem enquanto possibilidades de acesso seja pelo horário estendido de atendimento ou pela crença da facilidade no atendimento. Esse movimento leva a superlotação dos equipamentos de urgência e emergência por demandas que poderiam ser resolvidas em outros níveis de atenção (AKPINAR *et al.*, 2018; PONTES *et al.*, 2010).

É necessário investimento na qualificação do acesso, superando a hegemonia dos modelos tradicionais de organização, pautado em “fichas” e investimento na construção fluxos mais potentes e dialógicos com a rede de referência e de apoio diagnóstico. É necessário ainda garantir melhores fluxos dentro da própria unidade de saúde, com organização da demanda espontânea e agendas programáticas, oferecer maior autonomia aos profissionais de saúde, dentro de suas atribuições, investindo ainda no vínculo entre usuários-trabalhadores (FACCHINI; TOMASI; DILÉLIO, 2018; LIMA *et al.*, 2018).

As questões apontadas pelos idosos informantes caracterizam dificuldades no acesso em relação às características organizacionais das unidades de saúde de referência. Apesar dos movimentos de reorganização da APS no município de Porto Alegre e mudanças nas políticas nacionais de atenção primária durante o desenvolvimento desta pesquisa, faz-se necessário pensar o acesso de primeiro contato para além da organização da demanda espontânea, não atribuindo a lógica dos serviços de urgência e emergência às unidades de saúde na APS

Pelas características da pessoa idosa se faz necessário a articulação intra e intersetorial, na perspectiva de pensar o cuidado de forma integral. Preconiza-se que a atenção à saúde da pessoa idosa esteja pautada por meio das Redes de Atenção à Saúde e regulação do cuidado pautada nas linhas de cuidado,

priorizando a atenção primária como porta de entrada principal e a grande ordenadora e coordenadora do cuidado das redes de cuidado. Os serviços especializados, de urgência e emergência e hospitalares que compõem as redes de atenção também devem oferecer acolhimento com estratificação de risco em especial investir em acessibilidades, ações de autocuidado, promoção da independência funcional e autonomia, segurança do paciência e apoio aos cuidados e familiares (LOUVISON; BARROS, 2009; CONASEMS, 2014). Ilustra esse cenário, o fato dos idosos com limitações funcionais realizarem mais consultas médicas estão mais propensos a hospitalizações (COELHO *et al.*, 2018). A deficiência nos cuidados primários e o excesso de demandas para atenção especializada causam esta carência gera uma imensa fila de espera de pessoas idosas aguardando atendimento especializado, ocasionando o rompimento da linha de cuidado neste percurso (SANTOS *et al.*, 2016)

Devido a vinculação com outros serviços de referência e especializados para o acompanhamento de quadros de maior complexidade é comum que os idosos procurem os serviços especializados e hospitalares nos quais estão referenciados como porta de entrada para o cuidado pela “facilidade” na entrada e pelo acesso a procedimentos de maior complexidade como exames, internações e cirurgias (AKPINAR *et al.*, 2018; PONTES *et al.*, 2010) e pela concepção de que a atenção básica é referência somente para as questões simples, uma vez que a cultura do cuidado é centrada pela realização de procedimentos complexos realizados e facilidade de obtenção (BARBIANI *et al.*, 2014; CECILIO; CARAPINHEIRO; ANDREAZZA, 2014)

“Olha, se for uma coisa um pouquinho mais grave eu vou direto pro **Hospital C**. Agora, se é uma consulta, vamos dizer assim, de rotina eu vou no **Posto**. Lógico, em comparação, o **Hospital C** seria mais fácil. Mas ali [na UBS] a gente pede as coisas e a gente ;* consegue, vamos dizer assim. Tanto pra mim, tanto pro meu marido.” (I2)

[...] olha, normalmente, algum problema que eu sinto, já fico desconfiado que seja alguma coisa de coração, então eu vou ao **Hospital A**, porque eu me trato lá desde 1991, que eu sofri um infarto e fiz cirurgia por lá. Sou safenado então normalmente eu vou pra lá. Quando não é nada com eles lá, que eles sempre faz o atendimento, faz o eletro, faço isso, faço aquilo,

eles diz "olha, vai no posto porque por aqui, Graças a Deus, não é nada. Daí eu procuro ir no posto e ver o que é que é. (18)

As narrativas reforçam a ideia de entrada dos usuários pela rede pela facilidade em atingir cuidados e a realização do processo de contra referência não enquanto ferramenta de continuidade de cuidados entre os dois níveis de atenção que compõe a rede de cuidados construída. Existe a contra-referência, mas de forma insuficiente. Em contraponto, a usuária I2 reforça a preferência pela unidade de saúde pela facilidade em acessar, podendo ser tanto pela localização mais próxima da residência, pelo vínculo com o serviço, como pelo fato de identificar vantagens maiores do que no acesso hospitalar.

Dessa forma, nota-se que o acesso aos serviços especializados nos quais já existe referência é facilitado, por outro lado a coordenação do cuidado acontece de forma tímida, reforçando um modelo de atenção fragmentado que não ofertar cuidado integral e continuado. Mas nota-se a fragilidade da manutenção das linhas de cuidados, uma vez que os macroprocessos se completam por micropassos, mas sempre há o risco de ruptura ou fragmentação, pois são muitas variáveis se coordenam para efetivação., relacionadas aos aspectos (SANTOS et al., 2016). Para fortalecimento de linhas de cuidado para saúde do idoso é necessário que as redes compartilhem informações para o acompanhamento do idoso.

As dificuldades na marcação de consultas na APS foram mais citadas do que dificuldades em acessar os serviços especializados e de marcação de exames. Este resultado está ligado à ênfase da pesquisa, focada no acesso na APS, quanto pela APS ser de fato o principal local de cuidados em saúde desta população. Ainda, de acordo com Cecílio e Carapinheiro (2014) a rede básica é onde os usuários vão "consumindo" todos os elementos ofertados para a construção do seu cuidado, tais como consultas, acesso à medicamentos, renovação de receitas, por também justificando essa ênfase. Ainda, a baixa expectativa em acessar os cuidados especializados no setor públicos rapidamente também pode estar relacionada a diferente percepção (AZEVEDO; COSTA, 2010). Esse cenário é convergente aos resultados apresentados por Nunes e colaboradores (2016), que

indicam que quando comparado a outros níveis de atenção a falta de acesso na APS é baixa e tende se manter estável.

Quando conseguem acessar a unidade de saúde despendido entre a entrada no serviço e o atendimento com profissional médico também se faz presente na narrativa dos usuários idosos. O tempo de espera para o acesso ao atendimento nas unidades está associado à satisfação do usuário com o serviço de saúde, uma vez que a espera prolongada configura-se enquanto o maior motivo de insatisfação do usuário (BASTOS; FASOLO, 2013; GOMIDE *et al.*, 2017; ABREU *et al.*, 2018). O tempo de espera entre a entrada na unidade e atendimento também se faz enquanto uma barreira de acesso na percepção, resultado também evidenciado pelo estudo de Azevedo e Costa (2010).

Eu acho que devia ser assim, acima de 70 eles deviam atender. Porque nem sempre a pessoa pode ir com a gente lá. Tu senta ali e te esquece ! Eu já quantas vezes cheguei lá, assim 08:30, 09:00 e fui sair de lá 12:00, meia hora [...] Eu chego lá, sento ali, no meu canto ali, procuro conversar com um, com outro, pra passar tempo. Que a gente senta ali e te esquece. Não sabe quando tu vai sair de lá. Tem dias que atende seguido, tem diaNão, Claro, a gente tem que esperar porque é por ordem de chegada, né ? Mas não pode tá estressado, quando chegar lá, eles chama. (I6)

Além da espera configurar-se enquanto ponto de insatisfação para o próprio idoso, o tempo despendido para acessar a unidade de saúde apresenta-se também como um fator complicador para seus acompanhantes, uma vez que a maior parte dos usuários idosos dispõe de alguma companhia/cuidador para os auxiliá-los no acesso ao serviço, podendo este fator representar também uma barreira para o acesso.

“Que fosse, tá certo é muita gente doente, é muita gente, mas poxa vida ! A gente vai, chega no posto agora, eu tô te dizendo, recém eu comecei de novo a frequentar o posto e dessa vez eu não posso me queixar, que foi rapidíssimo que até a minha nora ficou de boca aberta. Quer dizer, ali eu já vi uma coisa boa. Mas eu não sei também se era porque tinha pouca gente, mas eu fui atendida rápido. Agora das outras vezes era um parto! A gente ia, chegava antes do horário, passava o horário da consulta e as vezes saia de lá. Quando a consulta era de manhã saia de lá meio dia. Quando a

consulta era de tarde saía de lá quase cinco horas da tarde. Se a consulta era às três da tarde a gente saía do posto quase cinco horas, tá?." [14]

Apesar do atendimento não corresponder às necessidades do usuário no momento em que este busca pelos cuidados de primeiro contato, a continuidade na procura dos serviços na unidade pode ser explicada pelas tentativas anteriores ou subsequentes de acesso bem sucedidas, indicando certo grau de resiliência e crença de que a dificuldade no acesso é algo pontual; tanto pela a experiência positiva de amigos e familiares na própria comunidade e o vínculo pré-existente (PEREIRA, 2004; RAMOS; LIMA, 2003a). Por vezes, as unidades de saúde são o único local de apoio que pode ser acessado e apesar da insatisfação é a única opção de acesso a cuidados que estes usuários tem. Este cenário demonstra que os equipamentos de saúde podem ser acessíveis quanto sua localização, horários de funcionamento e oferta de serviços, mas possuir organizações funcionais pouco resolutivas que resultam em importantes barreiras de acesso (LIMA *et al.*, 2018).

Na incerteza do acesso aos cuidados que julgam necessários e em tempo hábil, alguns usuários passam a fazer a utilização de serviços privados e planos de saúde em consonância com o atendimento nas UBS (LOPES *et al.*, 2015). Além da insatisfação com os cuidados na unidade, fatores como melhores condições socioeconômicas da família, maior idade e mais anos de estudo também são variáveis diretamente relacionadas com a escolha do atendimento em rede privada (BÓS; BÓS, 2004)

"Ai, eu sou uma pessoa assim ó, que eu, eu acho que eu acho que sou meio covarde. Porque qualquer coisa que eu tenha eu duvido já vou lá consultar e se eu acho que vai demorar a consulta, eu já vou na frente, já vou lá, pago e faço de uma vez pra tirar a dúvida. Eu não tenho nada, daí eu melhora." [15]

Este cenário também se repete na tentativa de acesso aos cuidados odontológicos nas unidades de saúde. No caso da saúde bucal, o Brasil mesmo tendo um sistema universal de saúde acompanha a tendência mundial onde a oferta de serviços odontológicos é dominado pelo mercado privado, permitindo o

maior acesso aos cuidados odontológicos pelos idosos que podem pagar por este serviço, o que reforça as iniquidades em saúde bucal (CHAVES *et al.*, 2017; FONSECA *et al.*, 2017). A pouca procura pelos serviços de saúde bucal por parte dos idosos pode estar ligada também com a falta de percepção da saúde bucal e a naturalização de agravos e condições atribuídos ao processo de envelhecimento, como as perdas dentárias (DUTRA *et al.*, 2015).

“A parte odontológica ali já usei, às vezes eu uso. Agora eu tive que pagar um convênio porque alguns tratamentos que eu precisava não tem no posto, mas elas encaminharam, encaminharam inclusive, eu peguei um encaminhamento pra ir pra UFRGS, pra ser atendida na UFRGS. Quer dizer, quando elas não conseguem ali me encaminhar pela secretaria de saúde, algumas coisas elas encaminham pra UFRGS, a gente vai pra lá, entra na fila, não entra direto ali, entra na fila junto com os outros, mas pelo menos tá ciente que tem lugar pra buscar, né ? Elas dão orientação. Eu fiz um tratamento de, daqueles ... bruxismo. Eu fiz o tratamento lá na UFRGS, saiu bem mais em conta, e eu já tinha ido fazer na Dr. particular, na periodontista, mas não existe periodontista pelo convênio, só particular . Então eu estava pagando as consultas e quando eu fui pra fazer a placa e fazer o que tinha que fazer, tinha que fazer uma ressonância e saia caro. Tinha que fazer a placa, no total eu ia gastar R\$ 1500,00, aí eu fui pra UFRGS, paguei R\$250,00. [...] Sim, é o que eu tô dizendo. Não tá com vontade de pagar, é só achava que era muito pro momento a gente não tem condições de pagar aquilo ali. [...] Agora como eu pago esse convênio dá direito a limpeza sempre. O convênio é mais pra periodontista mesmo, não é nem” [103]

Mesmo com a baixa procura, estudo de Oliveira e colaboradores (2016) revela que entre os idosos o uso dos serviços odontológicos no SUS é maior entre aqueles em condição de vulnerabilidade social e também entre aqueles que apresentaram quadros não rotineiros e agudos, como dor, cavidade, sangramentos e que tiveram relacionados afetados por problemas de saúde bucal.

O usuário, quando não consegue o acesso, que dentro de sua concepção é o adequado, constrói suas redes pelos serviços de saúde. A recusa no atendimento, bem como a construção de fluxos de encaminhamento pouco claros produzem a fragilização dos vínculos entre usuário e unidade de saúde, além do descrédito de que aquele serviço pode, de fato, auxiliá-lo em situações agudas ou emergenciais. Reforça-se ainda a dificuldade de integração da atenção primária

com o sistema de urgência e emergência e de especialidades, no qual o usuário está entregue a própria disponibilidade e responsabilidade em procurar estes serviços - ou não.

5.2. “O posto não tá com um local bom pra acolher aquela quantidade de gente” - a capacidade das unidades de saúde na APS

Barbara Starfield traz como característica importante para avaliação de atributos da APS o conceito de “capacidade” ou “estrutura” (STARFIELD, 2002). A capacidade de um sistema de saúde pode ser entendida como características que possibilitam a oferta de serviços e processos, envolvendo ações dos profissionais de saúde, dos usuários, com resultados refletidos em diversos aspectos do estado de saúde da população. Neste sentido, a avaliação da estrutura é tomada pelo conjunto de estrutura física, geográfica, tecnológica (materiais e procedimentos) e dos trabalhadores dos serviços de saúde (recursos humanos) (STARFIELD, 2002).

Neste subcapítulo serão abordadas questões que compõe a capacidade do sistema de APS, dando destaque às questões estruturais e físicas dos serviços como modelos arquitetônicos, ambiência, características geográficas dos territórios, características dos recursos humanos e como estes fatores afetam a acessibilidade dos idosos às unidades de saúde.

Cita-se como principais marcos legais vigentes na organização estrutural dos serviços assistenciais em saúde a Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) nº50/2002, que dispõe sobre o regulamento técnico para planejamento, programação, elaboração e avaliação dos projetos físicos para todos os estabelecimentos que prestam assistência a saúde e a PNAB (2017), que em consonância com as normativas técnicas da RDC nº50/2002 propõe os componentes arquitetônicos mínimos, bem como as adequações sanitárias necessárias para funcionamento das unidades de saúde na atenção básica. De acordo com as recomendações do Ministério da Saúde as unidade de saúde na atenção primária devem contar com espaços como consultórios médico, de enfermagem, odontológico, sala de procedimentos, sala de vacinas, área para

assistência farmacêutica, sala de inalação coletiva, sala de procedimentos, sala de coleta/exames, sala de curativos, sala de expurgo, sala de esterilização, sala de observação e sala de atividades coletivas. Ainda, deve haver área de recepção, local para arquivos e registros, sala multiprofissional de acolhimento à demanda espontânea, sala de administração e gerência, banheiro público e para funcionários. Outros ambientes podem ser adotados, conforme a necessidade da equipe e dos usuários adscritos (PNAB, 2017).

Além das características arquitetônicas e estruturais, PNAB (2017) e a PNH (2003) destacam a importância do componente “ambiência”, definido enquanto a criação de espaços saudáveis e acolhedores que promovam conforto e privacidade aos usuários e trabalhadores e oportunizem momentos potentes de produção social, sendo um dispositivo que impacta na produção e revisão dos processos de trabalho e promotor de atendimento acolhedor, humanizado e resolutivo aos usuários. (BRASIL, 2013)

Por meio das análises das narrativas e pelas notas de campo da pesquisadora, notou-se que as ESFs em estudo não apresentavam a estrutura proposta pela normativas vigentes, sendo uma característica comum a todos esses serviços a agregação de multifunções em um único espaço, como por exemplo, a instalação de arquivo morto na mesma sala destinada às atividades em grupo, que também se configurava enquanto a sala dos agentes de saúde ou ainda, o uso dos consultórios como espaço da gerência da unidade.

Fatores relacionados aos componentes estruturais, capacidade espacial e a ambiência dos espaços coletivos acessados pela população foram apontados enquanto insatisfatório por grande parte dos entrevistados. A insatisfação com a estrutura física das unidades mostrou-se relacionada a outras demandas locais, como a percepção das fragilidades dos recursos humanos e da organização da demanda espontânea, conforme observado na narrativa da idosa I5:

“Eu acho assim, o que acontece né, tem vezes que a gente chega cedo daí e tem que ficar ali na rua, né? Que às vezes tá chovendo assim, fica fechado ali. Mas como não tem [profissional de] segurança também, não tem como abrir, né, entende? Porque tiraram totalmente o segurança dali, né? Porque daí assim, se ali ficasse aberto e o pessoal pudesse ficar

encostado na parede, porque tem bastante lugar ali por baixo quando estiver chovendo. Às vezes tem que ficar ali [esperando]. Só que o pessoal também é muito, né? [Anteriormente] aquele banco que tinha ali, terminaram com o banco que tinha ali debaixo das árvores. Não, primeiro eles tiraram e botaram do lado, agora nem ali não tá mais ... [15]

Como discutido anteriormente, existem questões culturais enraizadas no que tange o acesso às unidades de saúde. Ainda que se adotem dispositivos como acolhimento total à demanda espontânea e disponibilização de consultas para situações de urgências, as disputas pela “melhor colocação” nas filas para o atendimento ainda são recorrentes. De acordo com a narrativas, a parte externa da unidade não apresenta elementos como segurança, local coberto e bancos para que os usuários se auto organizem e aguardem pela abertura da unidade, sendo essas características uma forma de desmobilização à formação de filas. Por outro lado, a ausência de estrutura externa pode tornar a espera pelo acesso à unidade duplamente penoso, seja pelo tempo desprendido na formação das filas, quanto pelo desconforto causados pelo longo tempo em pé sob a exposição das condições do tempo, como sol, chuva e frio.

As narrativas dos idosos estudados trazem fortemente a percepção da não-adequação do tamanho dos espaços coletivos ao número de pessoas que procuram por atendimento, situações notadas por meio da superlotação dos locais como salas de espera e recepção das unidades de saúde. De acordo com a legislação vigente, a estrutura das unidades básicas deve estar em consonância com o número de usuários adscritos no território, a partir de parâmetros como a densidade e o perfil populacional, bem como com o número de equipes vinculadas a unidade e com os serviços e atividades propostas pela APS (PNAB, 2017).

“A única coisa que assim que eu acho ruim lá, que eu já falei pra vocês na semana passada é o acesso. E aquela sala de espera, que aquilo ali é apertadinho. Aquele acesso é uma rampa muito íngreme para a cadeira de rodas no caso, né? É porque, tu imagina ele [esposo idoso] agora, uma semana de cirurgia se eu tiver que ali, ele não vai conseguir me levar pra lá pra cima, aí eu vou ter que depender de outra pessoa, mas fora isso, fora o acesso pra cadeira de rodas e a sala de espera pra mim é bom [...] A única reclamação, vamos dizer assim, entre aspas, seria do acesso e da sala de espera que a Agente comunitária de saúde [nome suprimido] falou que vão arrumar, mas ali aquela parte da recepção. [12]”

A narrativa apresentada acima reforça a percepção da inadequação dos espaços coletivos e traz, também, as dificuldades encontradas sob olhar da pessoa com redução de mobilidade e que faz uso de cadeira de rodas. É comum ao perfil da população idosa a presença de multimorbidades e características de redução ou até mesmo comprometimento total da mobilidade, sendo importante a adoção de estratégias arquitetônicas que oportunizem a acessibilidade desses usuários aos serviços de saúde para o total exercício de sua cidadania e do direito básico de ir e vir.

A existência de fatores arquitetônicos que dificultam o acesso às unidades básicas de saúde por usuários com algum tipo de deficiência física ou redução de mobilidade também são relatados pelos estudos de Piccini e colaboradores (2006), Siqueira e colaboradores (2009), Amaral e colaboradores (2012), Martins e colaboradores (2014). O estudo de Siqueira (2009), foi o pioneiro no país a analisar as estruturas arquitetônicas das unidades de atenção primária e demonstra a prevalência de barreiras arquitetônicas em 59% dos equipamentos de saúde pesquisados. Tais barreiras refletem inadequação dos espaços físicos como: existência de degraus e escadas; inexistência de rampas e corrimãos; banheiros sem portas adaptadas e indisponibilidade de cadeira de rodas. Além das barreiras estruturais, chama atenção o fato das unidades estarem instaladas em prédios inadequados como casas e prédios residenciais improvisados, locais que, no geral, não atendem às necessidades dos usuários com limitações e dificultam o seu acesso (AMARAL *et al.*, 2012; POÇAS *et al.*, 2017; SIQUEIRA *et al.*, 2009). Dessa forma, a adequabilidade dos ambientes das unidades de saúde não é uma questão somente do município em estudo, mas uma discussão a ser tomada de forma ampliada e em âmbito nacional

O estudo de Siqueira (2009), também aponta que 66,7% das unidades não possuíam estruturas em seu entorno que pudessem promover o deslocamento seguro dos idosos com limitações físicas, deficientes visuais e cadeirantes. Este cenário, também, se repete nos resultados deste estudo, por meio das informações registradas no caderno de campo. Foi observada a inexistência de calçadas no

entorno de algumas unidades e a presença de esgoto a céu aberto, que expõe os idosos a situações de risco sanitário e dificulta a passagem entre a rua e calçada. Ainda, algumas unidades se localizam em ruas íngremes e avenidas de grande circulação que não contam com estruturas como passarelas ou faixas de pedestres para atravessamento de vias, expondo os idosos ao risco aumento de queda e acidentes de trânsito.

“Porque eu pertença a ali e eu vou ali então [unidade de referência]. Não tem outra alternativa, tem que ir ali mesmo. [...] Ah, é eu acho assim, por mim, por exemplo, a gente podia ser nosso número aqui poderia ser nessa outras unidades [outra unidade de saúde] aqui embaixo no sanatório, né ? Lá em cima pra nós, por numeração achava que podia ser aqui, né ? Que é mais perto do que lá naquela “lonjura” ... Pra mim é longe! Às vezes eu não consigo caminhar muito porque eu tenho problema no joelho, mas as vezes é até ele [marido] que vai buscar as coisas pra mim lá, o remédio, as coisas. E eu mando os meus documentos, a minha identidade, o meu cartão pra ele poder retirar, mas eu acho assim, que devia ser mais centralizado aqui pra cá, não sei. Isso aí que eu acho. Eu acho que era só isso.” [I10]

Dessa forma, as características do território no qual as unidades de saúde estão localizadas, também, conversam com a dificuldade no acesso aos serviços de saúde da atenção primária. Em contraponto, o estudo de Azevedo e Costa (2010), demonstra que a atenção primária receberia menos críticas em relação ao acesso por estar descentralizada nos territórios e as dificuldades no trajeto, como citados pelas narrativas aqui expressas, não se configuraram enquanto barreiras entre os usuários idosos de sua pesquisa.

As características geográficas, somadas às limitações físicas e ao estado de saúde dos idosos podem representar importantes barreiras na tentativa de acessar as unidades de referência, uma vez que o modo como o usuário se desloca pelo território para acessar os serviços de saúde podem facilitar ou dificultar o acesso ao cuidado (RAMOS; LIMA, 2003)

“Pra mim ir no postinho tenho que ir de táxi e não posso pegar o ônibus que quando eu desço do ônibus, o ônibus faz um movimento, eu sinto tontura. Aí eu tenho medo, eu posso cair! Então hoje eu ando de táxi, é o jeito, né? [...] O táxi me deixa entrar até aqui na entrada. Não tenho queixa dos taxistas, são muito queridos. É a única coisa.” [I11]

Os usuários com limitações físicas e os idosos mais idosos tendem a procurar o serviço de saúde mediante locação de carros particulares, táxis ou contratação de motoristas. Isso está relacionado tanto à dificuldade para acessar as principais vias onde passam as linhas de ônibus, como também pela insegurança no uso do transporte público, em especial pelo medo de possíveis quedas. O trajeto realizado com uso de automóvel exige menos esforço físico, traz a sensação de segurança e conforto, uma vez que a viagem é iniciada na residência e finalizada na porta do serviço de saúde. Ainda, o tempo de deslocamento se torna menor, o usuário chega mais cedo e dentro da lógica organizativa dos serviços tem suas chances de receber atendimento aumentadas (RAMOS; LIMA, 2003). O estudo desenvolvido no município de João Pessoa- PB também demonstra que pessoas com mobilidade reduzida tendem a se deslocar para os serviços de saúde de referência na atenção primária por meio de carro particular ou veículos locados (AMARAL et al., 2012), vindo ao encontro das percepções apresentadas nas narrativas desta pesquisa. Cabe destacar que nem todos os idosos possuem acesso aos transportes privados ou recursos financeiros para locação deste serviço, podendo este fator reforçar as desigualdades no acesso à saúde.

As limitações nas estruturas físicas, de ambiência e barreiras geográficas demandam o envolvimento das equipes e a necessidade de propor outros fluxos e processos de trabalho capazes de garantir o acesso efetivo dos usuários que não conseguem chegar até o serviço de saúde.

“Fui sempre bem atendida! Na época eu até não podia subir escadas e eles [a equipe da unidade] me atendiam lá embaixo, na parte de baixo da unidade. [...] Eu já deixei de ir por causa da rampa, eu tinha dificuldade pra entrar assim, dificuldade pra caminhar. Aí foi indo e eles começaram a vir em casa pra mim.” (I15)

Em casos de maior comprometimento da mobilidade e situações que demandam cuidados hospitalares, as unidades podem adotar estratégias de cuidados domiciliares ou ainda a adoção do Programa Melhor em Casa (PMC). A atenção domiciliar é a modalidade de atenção à saúde que integra as redes de atenção à saúde, substitutivo ou complementar aos serviços de APS e de urgência

e emergência, composto por ações de prevenção e tratamento de doenças, reabilitação e promoção à saúde prestadas em domicílio, de forma a garantir a continuidade do cuidado (BRASIL, 2016). O PMC oferta assistência multiprofissional e humanizada em domicílio, sendo executado na parceria entre estados e municípios, articulado com as RAS e com os diversos níveis de cuidado, inclusive com a APS (CONASEMS, 2014). A região de saúde onde este estudo foi realizado pertence a área de abrangência do Programa “Melhor em Casa” do município de Porto Alegre, entretanto nenhum sujeito desta pesquisa atingia aos critérios de elegibilidade mínima para cuidado domiciliar contínuo previsto pelo documento norteador municipal, sendo de responsabilidade da Atenção Primária os cuidados domiciliares destes usuários por não exigir procedimentos ou técnicas de grande complexidade (Porto Alegre, 2017).

É previsto que as equipes do NASF apoiem e façam a co-gestão de casos que demandam abordagem multiprofissional específica e dos usuários acompanhados pela APS por meio de discussão de casos, atendimento compartilhado e construção de Projetos Terapêuticos Singulares (PTS) (LOUVISON et al 2008). Atualmente o município não conta mais com o apoio do NASF e não fica claro se há algum tipo de equipe prestando o apoio especializado nos casos que demandam cuidados multiprofissionais específicos, aos cuidados domiciliares ou se as unidades passaram a fazer os manejos dessas situações de forma autônoma.

“O médico veio aqui. Ele veio aqui, do posto. Ele [ACS] marca e vem às vezes aqui fazer uma visita.[...] Olha, eu sempre fui atendida. Inclusive esses tempos sentia um negócio sobre a pressão também, liguei pra lá e veio o enfermeiro aqui e "chupou" [aferir] a minha pressão. [...] É porque eu tenho dificuldade mesmo de caminhar e enxergar também. Aí as pessoas tem que me levar, me puxar pra lá, me puxar pra cá. Já que eles vem aqui, então vem aqui. Até o meu cabelo, eu ligo aqui pra cima [na rua vizinha] pra essa senhora vir aqui fazer meu cabelo.” (I15)

A implantação da atenção domiciliar no SUS é de extrema importância para a ampliação do acesso e do aumento da autonomia da pessoa idosa, trazendo o ambiente da casa, o cotidiano do usuário e família como o centro de uma nova possibilidade de se fazer cuidado, fortalecendo os vínculos entre usuários e

trabalhadores para além de suas atividades teórico e técnicas. A AD amplia cuidados, porém desafia os modelos de desospitalização e as práticas hegemônicas na saúde e se faz enquanto estratégia potente, pois exige a reorganização do trabalho das equipes longe do ambiente das unidades de saúde, valoriza e respeita as singularidades dos usuários e cria possibilidades para o alcance da integralidade (FEUERWERKER; MERHY, 2008). O idoso ser cuidado em sua casa pela equipe de saúde é uma forma de acesso.

Mesmo o acesso não sendo realizado no local físico da unidade, existe o vínculo com a equipe, em especial com o agente de saúde que se torna o principal elo entre o usuário, a unidade de saúde e os demais profissionais. A adaptação do atendimento faz o cuidado em saúde ser legitimado no cotidiano da vida dos idosos como arrumar o próprio cabelo ou ainda traz a figura do agente de saúde como principal referência em saúde, como na narrativa apresentada abaixo:

“Mas já que nós estamos falando um pouquinho sobre a sua saúde, né, sobre essas questões que estão te incomodando, quando a senhora tem algum mal estar, quando se sente mal e precisa procurar algum atendimento, algum acolhimento, alguma coisa, onde é que a senhora costuma procurar ? **Eu procuro a M. [ACS]** ! [...] Ela me acompanha pra me arrumar, pra mim consultar, né ?”(114)

Em concordância com as narrativas aqui descritas, o estudo de Coelho e colaboradores (2018), também indicam o protagonismo dos vínculos entre ACS e idosos como fator que contribui para a qualidade na assistência, uma vez que a confiança e afeto tornam mais efetiva as ações terapêuticas. A literatura demonstra, também, que os usuários idosos com alguma deficiência costumam receber regularmente as visitas de seus agentes de saúde, entretanto não acessam cuidados domiciliares por outros profissionais das equipes, estratégias ou programas como o “Melhor em Casa” (AMARAL *et al.*, 2012), podendo demonstrar que o vínculo com o ACS e as visitas dos agentes de saúde são a principal - e por vezes a única forma de acesso desses usuários aos serviços de referência na APS. Ainda, o perfil de usuários dos vinculados aos programas de cuidados domiciliares -mulheres idosas, com baixo poder socioeconômico, multimorbidades crônicas e

dependência funcional- reforça a necessidade da expansão desta modalidade enquanto resposta às transições demográficas, sociais e culturais, promovendo cuidado integral e equânime aos usuários idosos (PROCÓPIO *et al.*, 2019).

Fragilidades relacionadas ao cotidiano do trabalho e até mesmo pelas equipes também são pautados pelos usuários participantes da pesquisa. Quando questionados sobre aspectos que poderiam ser melhorados nas unidades onde são atendidos, os idosos apontam características como número de trabalhadores insuficientes para responder às necessidades em saúde da população ali adscrita e suprir a demanda que chega até o serviço. Apesar da ausência de diversas classes profissionais na constituição das equipes multiprofissionais, como agentes de saúde e agentes de endemias, o que chama mais a atenção dos idosos é o número insuficiente médicos.

“Aí, eu acho que ... Talvez não seja nem pensando em mim, talvez seja até pensando mais nas outras pessoas e nos próprios médicos ali. Eu acho que o que poderia ter mais tá [médicos]? [...] Eu acho que poderia ter mais médicos. Sabe ? Porque parece que o Drº [nome suprimido; médico de referência] fica sobrecarregado, né ? [...] Ele nunca se queixou, mas talvez ele também tenha dias que ele esteja, né cansado, no limite dele, porque ele, olha, ele atende um monte de gente.” [I15]

A ausência de médicos é destacada tanto pelo vínculo produzido entre estes profissionais e usuário, quanto pela grande valorização das atividades desta classe profissional. Em uma publicação clássica do campo (BARBIANI *et al.*, 2014; MACEDO, 2007) da saúde coletiva, Costa (1978) já apontava que a valorização do médico vem da concepção de que este detém o conhecimento e é o principal responsável pela cura, além da relação de poder e autoridade que esta classe profissional exerce sobre os usuários e demais profissões da saúde, tidas na perspectiva do modelo médico-centrado como complementares a atuação da medicina. Apesar do modelo de Estratégia da Saúde Família buscar também a quebra da lógica do modelo centrado em uma perspectiva biológica por meio da constituição de equipes inter e multiprofissionais, a organização das equipes ainda esbarra em antigas hierarquias, hegemonias e premissas de liberdade e autonomia exclusivas ao profissional médico (MACEDO, 2007; BARBIANI *et al.*, 2014).

“Não fui mais porque eles me telefonaram de lá e me disseram que não podiam marcar, que não tinha médico e não adiantava ir lá, porque eles não tinham médico e não iam marcar. Aí deixei, né [...], porque eles disseram que não adiantava ligar e nem ir lá porque não iam atender. [...] Até por sinal eu achava que ia ser impossível ter mais médicos lá. Como a minha perna, eles atendiam lá mesmo [na unidade de referência] mas aí eles mandam pra outro lugar, então é aquela dificuldade [...]” [I11]

Na ausência do profissional médico, os usuários deixam de recorrer às suas unidades de saúde. De acordo com o estudo de Abreu e colaboradores (2018), a presença de médicos nas unidades de saúde está diretamente relacionada à satisfação do usuário com o seu serviço de referência. Associado a estes fatores, a alta rotatividade dos médicos nas unidades de saúde, também, compromete a longitudinalidade do cuidado e os vínculos criados entre usuário-serviços de saúde.

“Ele [médico de referência] é a pessoa que mais tempo tá aí, porque a maioria, já teve médicos que bah, tão bons quanto ele, né ? Não digo melhor, mas bons que tinha. A Dona N. não saiu porque quis, porque ela também gostava muito daí, mas não sei se o esposo dela foi pra fora e ela teve que acompanhar ou se ela foi removida pra fora. Teve bons médicos e bastante. Houve uma época que havia bastante médico e agora o que eu observo - e se eu não me engano - só tem dois, né ? Que é o Drº R. e o Drº F. [nomes dos profissionais suprimidos]. [I15]

Uma das maiores dificuldades no que tange os recursos humanos no SUS é a atração e fixação de profissionais. Percebe-se que há a maior disponibilidade de enfermeiros para Atenção Primária, mas dificuldades em relação aos profissionais médicos (NUNES *et al.*, 2016; BOUSQUAT *et al.*, 2017). Esses profissionais tendem a se firmar em regiões com maior desenvolvimento econômico, melhores oportunidades profissionais, educacionais, de serviços e lazer, dessa forma, as regiões mais afastadas têm mais dificuldade na fixação dos médicos, reforçando as desigualdades na disponibilidade de consultas (STRALEN *et al.*, 2017; VIACAVA *et al.*, 2018).

Por outro lado, a rotatividade e a falta de médicos também estão presentes na realidade de cidades como Porto Alegre, em especial nas regiões periféricas. Entre as hipóteses que corroboram com a dificuldade de fixação de médicos nesses locais estão os vínculos trabalhistas adotados pelos municípios que precarizam o trabalho em saúde e a não formalização dos planos de carreiras e salário para trabalhadores do SUS (VIACAVA et al, 2018). O município de Porto Alegre fazia a contratação da maior parte dos profissionais médicos por meio de contratos temporários emergenciais, característica comum a outros centros urbanos conforme evidenciado pelo estudo de Stralen (2016), e os demais profissionais por concursos celetistas.

No período da coleta de dados o município de Porto Alegre fazia a gestão dos recursos humanos por intermédio da Fundação Municipal de Saúde da Família (IMESF), uma empresa municipal pública de direito público. Em setembro do mesmo ano, o Supremo Tribunal Federal (STF) julgou inconstitucional o modelo de empresa pública prestadora de serviços para o SUS, agregando ao cotidiano dos trabalhadores a insegurança jurídica e o risco eminente da demissão de todos os profissionais da Atenção Primária do município. Com o novo modelo de gestão adotado pelo município no final do ano de 2019, passaram a ser responsáveis pelo gerenciamento de recursos humanos.

Outro fator relacionado às políticas federais que impactaram diretamente no provimento de profissionais médicos foi a interrupção do Programa Mais Médicos (PMM), no qual o município de Porto Alegre também possuía profissionais vinculados. Em análise dos 30 anos do Sistema Único de Saúde, Castro e colaboradores (2019) revelam que o PPM expandiu a cobertura da APS e aumentou acesso aos cuidados primários a 15% a mais da população, melhorando a qualidade do atendimento prestado e a satisfação dos usuários.

Mesmo identificando características que configuram importantes barreiras de acesso à unidade de saúde, parte expressiva dos entrevistados indicaram estar satisfeitos em algum grau com os cuidados recebidos na APS, conforme abordado no capítulo anterior. Entretanto, chama atenção em algumas narrativas a crença de que o serviço de saúde existe enquanto ajuda ou até mesmo um favor e que apontar

suas fragilidades é de alguma forma trair a instituição “unidade de saúde”, podendo acarretar algum tipo de punição individual ou para comunidade.

“Me tratam muito bem, não tenho queixa deles ali não. “Deusolivre” ! Eu não falo coisa que não é, né ? Porque eu vou falar de mal deles, que não me faz nada. ? Ainda me serve quando eu tô precisando deles. Não, não, “deusolivre”. Não posso falar mal do postinho. E ela [ACS] também é muito querida.[...]Pra mim tá bom ! Ganho remédio, tudo ali, né ? Tá muito bom, não posso falar deles ali. A gente precisa mesmo, tem que dar graças a Deus que botaram eles aí, não quero que saia, Deus .. Serve pra mim, imagina se sair daí ? Eu fiquei até triste que iam não sei pra onde. Não ! Não é pra tirar não. Faz falta pra nós !” [I09]

Para finalizar acredita-se que em um cenário onde o estado e os direitos sociais pouco se fazem presentes, na perspectiva do usuário se fortalece a crença de que é melhor ter um serviço de saúde fragilizado e insuficiente às suas necessidades do que nenhum.

5.3. “Não sei os outros idosos, mas eu vou falar por mim, eu gostaria de ser tratada, com respeito, sabe? ” - Acesso e integralidade do cuidado à pessoa idosa

A contínua mudança no perfil epidemiológico da população desafia o enfrentamento de novas situações de saúde e traz para discussões estratégias e novos modos de se produzir o cuidado. Desta forma, este capítulo abordará os principais desafios no alcance da integralidade no cuidado da pessoa idosa, bem como os desafios para o alcance deste princípio. O presente capítulo dialoga com o processo de formação dos profissionais atuantes na atenção primária, a integralidade configurando-se enquanto facilitadora ou dificultadora na promoção do acesso aos serviços de saúde e ao cuidado integral por parte desta população.

Por meio da auto-percepção do estado de saúde, os idosos reconhecem que suas necessidades são diferentes das dos usuários mais jovens e que experimentam o acesso aos serviços de saúde, também, de forma diferenciada. Nas narrativas estudadas, é possível perceber questionamentos sobre a postura e a resolutividade das equipes em relação às necessidades da população idosa e as

respostas produzidas pelos trabalhadores, que muitas vezes é nula. Dessa forma, emergem das narrativas questionamentos sobre quão preparados os trabalhadores na Atenção Básica estão para responder as demandas que o processo de envelhecimento agrega ao cotidiano do trabalho.

“Elas não estão preparadas para trabalhar com pessoas com mais idade. Elas tão acostumadas a trabalhar com pessoas novas, pessoas de mais idade incomoda. Então não dá! Demora, incomoda, é mais lento. Então elas não tem preparo pra isso aí, não tem. Elas tem preparo pra trabalhar ligeirinho com todo mundo. Chega ali ligeirinho, jovem e tal, novo, médio. Agora o velho eles não tem, tanto que eles começam agora a jogar assim, de novo. [refe. ao agendamento via telefonema] [...] Não ter resposta às vezes acontece, às vezes acontece, conforme a funcionária: ou porque ela não está boa ou porque teve algum problema, ou porque amanheceu mal. Mas às vezes não dão resposta, a gente pergunta e tu sai sem resposta. Tu vê que a pessoa ignorou, né? Então, exatamente assim.” (entrevista I03)

A formação em saúde quando pautada majoritariamente na compreensão biológica dos processos de saúde e doença não dá conta de responder as particularidades impostas pelo envelhecimento, que deve ser compreendido pelo conjunto de aspectos biológicos, moleculares, sistêmicos, comportamentais, cognitivos e sociais, exigindo uma formação profissional ampliada, pautada no trabalho em equipe multi e interdisciplinar bem como intersetorial (MOTTA; AGUIAR, 2007; SANTOS; ANDRADE; BUENO, 2009).

Nesta perspectiva, a PNSI apresenta enquanto um de seus eixos estruturantes a educação na saúde, (BRASIL, 2006) definida enquanto produção e sistematização de conhecimentos relativos à formação e desenvolvimento para atuação na saúde, envolvendo práticas de ensino, diretrizes didáticas e orientação curricular (BRASIL, 2012). Logo, a PNSI tem por objetivo a inclusão do envelhecimento nos currículos de formação escolar e profissional, o provimento de recursos humanos para assistência e qualificação dos trabalhadores já atuantes.

“Eu disse: -Pera aí um pouquinho, o fato de vocês nomearem uma mocinha sentada, ela pode ficar no celular o tempo todo, fazendo whatsapp® no celular, pode ficar fazendo outras coisas, saindo da sala, pode deixar o telefone fora do gancho. Isso aí não quer dizer nada. É a estrutura que não tem pra isso aí, não adianta. Não foi formada uma pessoa pra isso, porque

tem que preparar. A chefia tem que chamar, a chefia tem que preparar e dizer: - Nós estamos recebendo um percentual de idosos aqui no posto, eles precisam ser atendidos, a forma de atendimento deles não é como vocês gostariam que fossem lento, sem questionar várias vezes. Porque às vezes incomoda até do velho ficar perguntando várias vezes a mesma coisa. (I03)”

Evidencia-se a importância de atividades formativas não só para os profissionais com formação em ensino-superior ou técnico em saúde, mas para os todos os trabalhadores que vivem o cotidiano da unidade de saúde, trazendo para a roda as práticas de formação em serviço, educação continuada e a educação permanente em saúde (EPS). A EPS é um conjunto de práticas que configuram a aprendizagem no trabalho, baseadas nas metodologias de aprendizagem significativa e que objetiva a transformação das práticas e organização do trabalho (BRASIL, 2018). A EPS pode se desenvolver enquanto um espaço privilegiado de co-gestão entre a equipe a oportunidade de trazer em discussão processos de trabalho, voltados tanto para as demandas do envelhecimento, quanto para outras temáticas que representam necessidades em saúde da população. Por outro lado, a ênfase nas rotinas pautadas em consultas, atreladas à sobrecarga dos trabalhadores inviabiliza a educação permanente na agenda dos serviços de atenção primária, representando uma importante barreira para o processo de reflexão do trabalho (NOGUEIRA; BALDISSERA, 2018).

A ausência do tema envelhecimento e velhice no processo formativo em saúde diz muito sobre a pouca importância atribuída socialmente aos idosos e aos paradigmas sociais construídos acerca do envelhecimento como algo ruim, sinônimo de doenças ou morte. Esses estereótipos, presentes no imaginário social relacionam-se diretamente com o processo de construção do conhecimento, que não está dissociado das tensões sociais, das práticas e das relações de poder intrínsecas na sociedade, reproduzindo opressões estruturantes e que atuam no campo das violências simbólicas (BOURDIER, PASSERON, 1975).

Além das concepções simbólicas sobre o assunto, o estudo de Cuesta e Ramgard (2016), realizado com trabalhadores que prestam cuidados à população idosa em serviços de atenção primária na Suécia, demonstram que as opressões experimentadas nas vidas pessoais dos trabalhadores (por gênero, raça/cor, ser ou

não imigrantes) refletem na sua atuação profissional e na reprodução destas opressões na produção do cuidado aos pacientes geriátricos. Em consonância com estes resultados, Azeredo e Schraiber (2017) afirmam que por trás das relações institucionais existem elementos estruturantes dos serviços de saúde que reproduzem relações violentas, que podem ser expressas por meio de discriminação, violências física e sexual.

Frente a este cenário, se faz necessário a adoção de espaços, currículos e cenários formativos que aproximem os futuros trabalhadores das realidades vividas pelos idosos a fim de compreender profundamente as estruturas de poder a qual estão submetidos, buscando reduzir preconceitos e paradigmas que cercam o processo de senescência (DIOGO, 2004; MOTTA; AGUIAR, 2007), evitando fenômenos sociais como o ageísmo, que afeta diretamente o acesso aos cuidados em saúde por parte da população mais velha.

O preconceito motivado pelo fator idade vem sendo tratado na literatura internacional pelo termo “*Ageism*”, não sendo um consenso na literatura nacional sua tradução ou termos respectivos. Encontram-se estudos com o uso dos termos “ageísmo”; “idadismo”; “preconceito etário”; “velhismo” e “ancianismo”, utilizados neste trabalho enquanto sinônimos para a representação deste fenômeno. Em tradução livre, a OMS conceitua o Ageísmo como o estereótipo, preconceito e discriminação baseados na idade. É socialmente difundido, trazendo consequências para a saúde, principalmente dos idosos, que são os principais acometidos por este tipo de discriminação. O enfrentamento do ageísmo é um desafio cotidiano, uma vez que os idosos passam a ser negligenciados pelo mercado de trabalho, restritos aos serviços sociais e estereotipados pela mídia, marginalizando e excluindo as pessoas idosas de suas comunidades (WHO, 2016).

O ageísmo atinge as pessoas mais velhas a partir da opressão, do preconceito social, da discriminação nos locais de trabalho e a tendenciosidade nos sistemas de saúde (GOLDANI, 2010b). Considerando a perspectiva dos estudos interseccionais, acredita-se que idade avançada pode ser considerada como um marcador social de diferença, sendo componente importante para compreender a geometria das opressões e como se dão no processo de envelhecimento, uma vez

que a idade avançada se intersecciona com marcadores importantes como raça, gênero e classe social.

A teoria interseccional pode ser compreendida como uma tentativa de compreender as múltiplas identidades em um grupo de indivíduos (CARBADO *et al.*, 2013) (CRENSHAW, 2003) a partir dos marcadores sociais de diferença, abordando as complexidades e nuances das forças sociais, políticas e histórias, relacionando essas características às relações de poder e como estes poderes se estruturam e se constroem mutuamente nos processos de marginalização, opressão e exclusão (CUESTA; RÄMGÅRD, 2016). A teoria interseccional surgiu nos estudos o feminismo negro sobre gênero e na teoria crítica da raça, sendo um método e uma disposição, uma ferramenta heurística e analítica (CARBADO *et al.*, 2013). O termo foi cunhado pela primeira vez pela pesquisadora norte-americana Kimberlé Crenshaw (1998), numa crítica ao movimento feminista branco, europeu e heterossexual, pautando em seus estudos a existência de intersecções dos marcadores sociais de raça, gênero e classe social e como as mulheres negras experimentam o conjunto desses marcadores em suas experiências ao longo da vida, sendo a multiplicidade de marcadores sociais de diferença as opressões as quais o sujeito está submetido (HIRATA, 2014).

Couto e colaboradores (2019), definem marcadores sociais de diferença - ou categorias de diferenciação social- enquanto construções sociais que se articulam de forma a produzir maior ou menor inclusão e exclusão social, de acordo com a posição que os sujeitos ocupam nos sistemas de classificação, como se representam suas posições sociais, o tipo de controle social exercido sobre eles e como gerencia no âmbito do sistema social completo que estão incluídos. Os marcadores sociais existem desde antes o nascimento dos sujeitos atuam de forma dinâmica, fluída e flexível, a partir dos contextos históricos particulares, construído a partir das relações de poder, privilégios e processos estruturais de opressão (COUTO *et al.*, 2019; DRESSEL; MINKLER; YEN, 1997; MOUNTIAN, 2017). Essas categorias são diferentes entre si, mas não existem isoladas uma da outra, se relacionando de forma íntima, recíproca e contraditória (PISCITELLI, 2008)

As desigualdades experimentadas por cada sujeito em relação a esses marcadores não são hierárquicas, mas sim um conjunto de interações que atuam na produção e manutenção das desigualdades. A análise unilateral de categorias de diferenciação isoladas pode levar a análises parciais e a distorção da compreensão das dinâmicas de dominação e dos padrões de desigualdade (BIROLI; MIGUEL, 2015).

No debate da gerontologia social e intersecções, Dressel e colaboradores (1997) apontam que somente a idade avançada é insuficiente para compreender as vivências e características físicas, mentais e sociais dos idosos, sendo importante agregar ao debate sobre envelhecimento análises políticas, econômicas, as singularidades, diferenças, pontos fortes e em comum dos grupos sociais, bem como os problemas e barreiras enfrentados ao longo da vida.

Henning (2015), destaca a necessidade de trazer para o debate do envelhecimento os marcadores sociais de diferença, uma vez que a construção de conhecimento neste campo foi historicamente pautados em grupos familiares heterossexuais, brancos, com alto nível de escolaridade e de classe média, não sendo representativo em face das reais características da população e desconsiderando as novas nuances do processo do envelhecimento, tais como identidades de gênero; orientação sexual, deficiências e outros marcadores.

Brown e colaboradores (2016), afirmam que não há estudos sobre a mudança da experiência de opressões e sua alteração ao longo da vida, considerando o marcador “envelhecimento”. Os resultados deste estudo epidemiológico baseado nas interações multicategóricas por meio de intersecção entre gênero, raça e nível de escolaridade reforçam a teoria de que o envelhecimento atua enquanto fator nivelador de desigualdades em saúde, à partir da hipótese de que os sujeitos que vivenciam desigualdades ao longo da vida experimentam a morte antes de atingirem a velhice, ou pela hipótese de que o início e a progressão das doenças acontecem tardiamente devido a fatores sociais, em geral, experimentado pelos grupos privilegiados. Nesta perspectiva, estes fatores contribuíram para o declínio das desigualdades em saúde durante a velhice. Entretanto, Dressel (1997), em sua publicação contesta a teoria de que o envelhecimento atua enquanto nivelador de

outras desigualdades fortemente difundida nos estudos geriátricos da década de 90, afirmando que não é rara a produção de desigualdades a partir da intersecção entre envelhecimento, racismo e sexismo. O estudo sobre dinâmicas sociais do envelhecimento e suas intersecções não podem ser pautados exclusivamente em estudos epidemiológicos com critérios biologicistas, mas sim em uma discussão crítica apoiada nas ciências sociais. O reconhecimento internacional sobre o ageismo por órgãos como Organização Mundial da Saúde e a produção de estudos sobre este fenômeno, também, são elementos que reforçam a existência de preconceitos e opressões vividas pelas pessoas mais velhas, como percebido nas narrativas dos idosos participantes da presente pesquisa.

Além de sua categorização enquanto “diferença”, o ageismo também se faz presente no campo das violências. Violência refere-se às relações sociais interpessoais, de grupos, de classes, de gênero ou objetivadas em instituições, quando se empregam diferentes formas, métodos e meios de ferimento de outrem, ou sua aniquilação, ou de sua coação direta ou indireta, podendo lhes causar danos físicos, mentais ou morais. No casos dos idosos, a violência pode se apresentar em um ato único, repetido ou por omissão que cause dano ou aflição, e, que se reproduz em qualquer relação que exista expectativa de confiança (MINAYO, 2006)

A violência contra os idosos pode ser tipificadas enquanto abuso físico; abuso psicológico; abuso sexual; negligência e abandono; abuso financeiro e autonegligência (MINAYO; SOUZA, 2003). De acordo com a Ouvidoria Nacional de Direitos Humanos (Disque 100), os tipos de violência perpetrados contra a população idosa mais denunciados no ano de 2018 foram as negligências (38,06%); violência psicológica (26,54%); abuso financeiro e econômico (19,95%) e violência física (12,67%). A revisão de teórica de Santana; Vasconcelos e Coutinho (2016), realizada a partir de estudos epidemiológicos demonstra que as violências físicas são as mais prevalentes, seguida pelas violências psicológicas e roubo. Os apontamentos de Castro e colaboradores (2018), demonstram ainda que a violências físicas seguida pelas negligências são as causas, de violência, mais comuns nas internações hospitalares entre os idosos no Brasil.

No entanto, os dados de mortalidade por causas externas divulgadas pelo Ministério da Saúde no ano de 2019 revelam que as causas mais prevalentes de mortalidade por violência entre a população idosos no ano de 2018 foram as quedas, acidentes de transporte, agressões, lesões autoprovocadas e eventos de intenção indeterminada (FIOCRUZ, 2019). Apesar da variação entre as tipologias de violência mais incidentes entre os dados de denúncia, internações e mortalidade, todas as fontes de informações revelam que estas violências são de caráter intrafamiliar, ou seja, ocorrem dentro das casas destes idosos, sendo perpetradas por membros da própria família (MINISTÉRIO DA MULHER, DA FAMÍLIA E DOS DIREITOS HUMANOS, 2019; FIOCRUZ, 2019; CASTRO et al., 2018; SANTANA; VASCONCELOS; COUTINHO, 2016). Os casos de violências apontados pelos dados do DATASUS e pela literatura no geral, provém de tipologias de violência que geram agravos que se refletem na saúde física e mental dos idosos e passíveis de identificação e notificação obrigatória pelo SUS.

A perpetração da violência se faz enquanto estruturante da sociedade, atravessando as relações sociais, refletindo também na relação entre usuários e trabalhadores dentro de órgãos públicos, como os serviços de saúde, configurando-se enquanto violências institucionais. Sabe-se que 9% das denúncias realizadas pelo Disque 100 no de 2018 foram referentes a casos de violência institucional, sendo os idosos o 3º grupo populacional mais acometido por este tipo de violência. Os índices revelam que as violências institucionais acontecem principalmente em órgãos públicos e se revelam na forma de omissões (35%); outras violações (22%); ausência de acesso a serviços (15%); abuso de autoridade (14%); demora excessiva ou desídia no atendimento (7%) e violência policial (7%) (MINISTÉRIO DA MULHER, DA FAMÍLIA E DOS DIREITOS HUMANOS, 2019).

Essas informações vão ao encontro ao descrito por Maria Cecília Minayo (2006), que defende a violência institucional como algo atual, reproduzida pelo Estado, por instituições públicas e privadas de prestação de serviços. Esta violência pode ser expressa por meio de longas filas, comunicação pouco clara na relação trabalhador-usuário e pela falta de empatia com aqueles que precisam de cuidados,

estando os idosos mais pobres mais expostos a este tipo de violência, uma vez que não podem optar por outros serviços (MINAYO, 2006).

O ageísmo na atenção primária foi percebido pelos idosos participantes desta pesquisa e expresso por meio das violências institucionais. Na mediação das narrativas foi identificadas situações em que os idosos já haviam experimentado situações discriminatórias nos serviços de saúde de referência. Tal aspecto foi identificado por meio de eventos que os idosos julgavam incômodos ou desrespeitosos dentro de suas perspectivas, enquanto buscavam cuidados em suas unidades de referência na APS.

“Não sei te dizer o porquê.. É sobre elas mesmas, delas lá dentro ali. Às vezes me atendem bem, outro dia já me tratam diferente. Eu trato todo mundo bem, eu procuro porque eu já trabalhei e eu sei o que é isso. Trabalhei com o público, então quer dizer, eu segundos eu sei lidar com as pessoas. Mas tem dias, sabe como é, tem umas [trabalhadoras]...”
[106]

O sentimento de “mau-atendimento” ou até mesmo de “estar incomodando” de alguma forma na rotina do serviço se faz presente na percepção dos idosos, reforçando a ideia de que ser “idoso” ou “aposentado” significa estar submetido a maus tratos pelos sistemas de assistência pública (MINAYO, 2006). Na perspectiva do usuário, o desempenho de um bom atendimento estaria ligado ao interesse expresso pelos profissionais em recepcioná-lo no serviço, pela escuta atenta durante processo de investigação, na realização de perguntas e orientações até a resolutividade de seu problema (RAMOS; LIMA, 2003).

“Quer que eu fale a verdade ? Tem dois médicos: o outro, que era o meu médico antes e não é mais, e o Drº[nome suprimido]. O outro assim, ele é muito ... a consulta dele assim é menos, menos de um minuto. Eu acho que se eu disser assim: - eu quero um remédio pra isso ! -. Ele vai só escrevendo e pá, pá. Assim que tu entra tu já sabe qual é a dele. Já o outro Doutor não. [...] Mas, fui bem atendida, daquele jeito dele mesmo, mas fui bem atendida. [...] o negócio é que ele assim que ele não aprofunda muito no seu assunto, né? Assim, melhorar tal coisa. Não, ele é bem, bem rápido, né ?” [105]

O atendimento que não aborda as necessidades em saúde da pessoa idosa e não dá atenção para suas demandas pode ser conceituado enquanto preconceito etário médico ou gerontofobia sanitária (GOLDANI, 2010b). Para além da violência institucional, o ageísmo na saúde está presente ainda quando as necessidades em saúde das pessoas idosas são reduzidas somente a consequências do processo de envelhecimento biológico, não havendo investigações mais profundas sobre quadros, como realizado no caso de pessoas mais jovens ou a promoção de meios de promoção e prevenção à saúde (GOLDANI, 2010a; KOCH-FILHO *et al.*, 2012). Diante dos preceitos éticos, os profissionais da saúde devem conhecer suficientemente seus preconceitos e limitações e impedir - até onde forem capazes- que esse fato perturbe a relação médico paciente dentro das práticas de cuidado (MARQUES FILHO, 2003)

“Eles nunca sabem dizer uma coisa certa. Tem dias tá tudo bom, ótimo. Outro dia tá horrível. É o mesmo que o médico, né ? Outro dia eu perguntei pra ele né -Mas doutor como é que eu estou ? O que o senhor acha dos meus exames de sangue, como é que está ? Vou parar de tomar remédio ? O dr. respondeu: - Olha eu não entendo, porque não é a minha área. Então eu respondi: - Doutor, se o senhor não sabe, eu muito menos. O que eu ia responder pra ele ? Aquela história, né ? Lá não é lá essas coisas, não é muito bom. Umas são bacanas de lidar com a gente outras não são. Já não responde. "hã", né ? [imitando alguém no atendimento] A minha filha não gostou dele, que ela vai comigo. Eu não queria esse médico. Minha filha tem 62 anos e ela disse: - Mãe, muda esse médico. Eu digo: por enquanto tá aí ! Eu tenho horror de trocar coisas, eu sou muito conservadora nas coisas.” [16]

A inexistência de informações sobre seu quadro de saúde, bem como o fornecimento de informações incompletas e desconstruídas coloca o usuário no seu lugar simbólico de “não-conhecimento” de suas necessidades, de submissão e obediência reforçando a ideia de que partir da entrada do serviço de saúde o corpo doente pertence a autoridade médica, o único profissional capaz de desvendá-lo (PEREIRA, 2004; AZEREDO; SCHRAIBER, 2017).

O fazer saúde pautado na crença de que os quadros e dores dos idosos acontecem principalmente pelo processo natural de senescência, além de reproduzir o ageísmo dentro das unidades de saúde põe em questão a continuidade do cuidado e os vínculos do usuário e serviço de saúde. Ainda, seja pela falta de

recursos ou dificuldades de locomoção os pacientes idosos deixam de procurar uma segunda opinião, resultando no agravamento de casos e a chance de possíveis óbitos (GOLDANI, 2010b)

“Como era o nome daquela doutora ? Ela sabe ! [aponta para a Agente Comunitária de Saúde]. Assim ó, eu tinha marcado a consulta e o posto me ligou dizendo que a doutora que eu tinha marcado ela tinha que fazer não sei o que. Ela tinha compromisso, mas que iam marcar pra outro dia. Ai me ligaram dizendo que a minha consulta era num outro dia, tá o dia, às 09 horas. Eu de manhã moça, eu saio e não tomo café. Depois que eu to em casa, descansada, ai eu tomo meu café. Ai eu fui sem café. Ai me sentei lá, esperei, esperei, esperei. Ai quando estou sentada, já eram uma hora da tarde a doutora saiu do consultório e eu vi quando ela respondeu assim "eu não mandei ninguém marcar duas no mesmo horário". Fiquei quieta. Ela saiu. Ai eu perguntei pro rapaz que tava ali eu disse "que horas que a doutora volta ou não volta ?" Ele disse: "Ela volta. Foi almoçar e já volta." Ela voltou eram 14:30 e eu ali. Bom, eu já não caminhava mais, a sorte que apareceu uma pessoa que conseguiu vir comigo até aqui, ai ela foi me atender três horas da tarde *;. Ai a minha pressão tava lá em cima, ai eu falei pra ela: "Não tomei remédio de pressão, não tomei café, não almocei, tô lhe esperando até agora. Eu não tenho culpa de mudarem meu horário para favorecer a senhora e a senhora ainda responder quando saiu "eu não mandei marcar duas no mesmo horário". E duas, uma era eu e outra a senhora atendeu. Então assim ó, nem tire minha pressão. Ai ela tirou. Ai eu acho que pelo meio de dúvida dela, ela dali ela me mandou prum cardiologista, ai eu fui, fui muito bem tratada lá no posto da Bom Jesus, um atendimento maravilhoso, tanto funcionário, como doutora. Ai a doutora me deu acho que uns 5 ou 6 meses, eu indo de quinze em quinze dias e marcando pressão todos os dias para ela mudar e até hoje, graças a Deus, os remédios que ela me deu tão normalizando a minha pressão. Foi só isso. Mas fiquei muito triste, mas não abandonei o bananeiras.”

“Assim ó: Nunca mais fui no posto pra consultar com esse médico. Para saber o porque que ele queria que eu operasse a vesícula e botou num papel que, não era a vesícula, era o baço. Eu nunca mais fui. Mas eu voltei várias vezes ali pra consultar com o pequenininho aquele, o Mateus. Aquele “médiquinho” também ... Era outro que ele não, ele nunca tocou em mim pra me examinar, sabe? Não sei com os outros pacientes, mas ele nunca tocou em mim. Inclusive esse problema do coração, eu pedia pra ele: “-Doutor, o senhor não pode “escutar” o meu coração?”. Porque tinha dias que eu tava parada aqui ó, lavando louça e me dava uma dor no peito, sabe? Eu ficava assim [suspiro caracterizando dor aguda] sabe? Mesmo que tu tivesse falando comigo eu ficava... [silêncio] e

eu não conseguia falar. Ai passava uns minutos eu assim parada, com os olhos arregalados. A minha neta cansou de me sacudir. Parada aqui. "Vó! vó! vó!" E eu parada. Aí quando voltava, quando eu voltava a respirar o coração fazia assim: pof, pof, pof, pof [onomatopeia caracterizando batimentos mais fracos]. [...] E eu falava isso muito pro médico [nome suprimido], ele só mandava fazer exame, exame, exame, exame de coração, exame de coração... E sempre dizia que não dava nada. E isso foi descoberto na Santa Casa, que eu passei a tomar remédio até hoje. Então eu consultei com o médico [nome suprimido], eu acho que umas, acho que umas cinco vezes só. E depois aí sim, aí eu larguei de mão. Quando eu fiquei na Santa Casa definitivo eu larguei de mão o posto. Eu só voltei agora porque o médico da Santa Casa disse que tem que ir, que eu teria que passar pelo posto para o médico do posto me encaminhar pra lá." [14]

A realização o exame físico está diretamente relacionado com satisfação do usuário com o atendimento recebido, pois espera-se que faça parte do relacionamento médico-usuário e demonstra interesse do profissional pelo problema do paciente (MARQUES FILHO, 2003; RAMOS; LIMA, 2003; ABREU *et al.*, 2018).

O exame físico aliado a escuta qualificada fortalece os vínculos entre usuário e profissional de referência e se faz enquanto determinante na escolha do médico e serviço para o acesso do usuário. Na perspectiva do usuário, a ausência do exame físico e do toque, também, está relacionado ao sentimento de "repulsa" do profissional para com os pacientes durante o atendimento (COMES *et al.*, 2016). Por outro lado, o estudo de Oliveira e Tavares (2010) revela que os profissionais se sentem despreparados para o atendimento dos idosos, tendo dificuldades com protocolos de exame físico clínico e não dão conta do universo de demandas, em especial as sociais, que os idosos apresentam, conforme exposto no início deste capítulo.

Nessas circunstâncias, reforçando os achados do estudo de Rozendo (2016) e Minayo (2006) os serviços públicos são locais onde os idosos se sentem mais discriminados a ponto de deixar de frequentá-los, tanto pela violência sofrida quanto pelo medo de sua repetição.

"Alguma vez só, por um funcionário. Por um funcionário que tem ali, mas ele agora até nem tem tido quase contato, não sei se botam

ele guardado. Um rapaz novo até, até uma. Ele tem um pouco princípio aquele menino, de não trabalhar. Ele fica matando horário, matando. A queixa não é minha só, é de todo mundo, mas ele é concursado, então o que a gente vai fazer, né? A queixa não é nem pra chefia, a gente fica só reclamando entre a gente. Ele deixava sentadas as pessoas o horário todo ali. Ou ele ficava olhando pra cara das pessoas, não fazia nada, ficava ali mexendo no computador. Quando ele atendida lá dentro ele ficava mexendo no celular, que as pessoas invadiam ali o corredor quando cansava e via lá, ele sentado no celular. Não chamava ninguém, assim as pessoas de idade, criança chorando com mãe, com doença, deficiente, câncer, quem se urina nas cadeiras e ele não atendia. Aquele é o único! Aí o que ele fazia aí uma vez ele discuti com ele, porque aquilo ali me desagradou muito mesmo. Eu fui às 13:00 da tarde e eram 16:30, eles fecham às 17:00, né? Aí eu fui às 13 da tarde, sentei ali, todo mundo ali, daqui a pouco as pessoas começaram a ficar irritadas, uns entravam lá e diziam: "aquele guri tá sentado com o telefone celular, não chama ninguém". Aí chegou uma hora que eu fui lá também e ele: - "Não pode entrar aqui." Eu digo, não mas eu quero saber porque tu não estás atendendo, tá cheio de gente: criança doente, tem tudo aqui e tu não tá atendendo. Aí ele agarrou, veio, eu fui falar com ele na porta assim de novo e ele disse assim: Cala a boca! E fica aí sentada. Eu digo: Pera aí um pouquinho, cala a boca não porque olha a minha idade pra tua. Eu tenho, acho que duas ou três vezes mais a tua idade, então olha. Respeito é bom, eu tô te respeitando, acho que tu tem que me respeitar. Aí deixei, fui lá e falei com a chefe. Tinha uma moça até que tava substituindo da secretaria da saúde, nem era a chefe mesmo, que a chefe tava doente, com a moça que tava substituindo. Ba, mas isso não vai ficar assim. Eu chamei.. Ah, eu falei pra ele ainda: - Tu estás vendo que horas são? Eu tô filmando isso aqui, hein? Tô filmando, tô gravando o horário do relógio passando, esse montão de gente aqui reclamando e tu não atende, tu tá olhando o celular. "Eu não tô olhando celular, não se mete e fica aguardando aí?" Ah, pera aí. Fui na gerência e a gerência disse, olha me desculpa mas eu tô aqui há uma semana, uma semana e eu não tô a par bem disso aqui, não conheço todos os funcionários, o que houve? Eu relatei tudo: - passei isso, isso, isso, isso. E outra, eu ainda indaguei pra ele se quando terminasse o horário, tá, às 17 horas, quando eles iam guardar a bolsa, como é que nós iríamos ficar se já faltava meia hora e eu estava desde às 13? Ele me respondeu o seguinte: que a secretaria da saúde não paga hora extra para ele, que ele pegava a bolsa e ia embora. Eu disse: - Pera aí um pouquinho, só posso lhe dizer uma coisa - que eu não disse pra ele, mas tô dizendo pra senhora agora - Que a secretaria da saúde não paga hora extra pra ele, mas também não paga pra ele ficar no celular não atender os pacientes daqui, que não é pra isso que a secretaria da saúde botou ele aqui e nem paga ele. Assim como não paga hora extra, não paga hora extra pra ele ficar no celular brincando e despenteando com os outros. Me disse isso, me disse aquilo e tudo mais. E eu acho uma falta de respeito,

da minha idade pra dele. "Ai, eu vou tomar uma providência." E tem mais, quando passar das 17 horas, ele tem que atender, porque senão vou lá na secretaria da saúde. "Não, ele vai atender". Aí ele começou a chamar, ela foi lá falar com ele e ele começou a chamar. Mas eu achei demais, tinha criança doente, sentada desde às 13 horas nas cadeiras, urinada que a mulher tava me falando. As pessoas de idade, cansada, gente tendo que buscar as crianças no colégio que saíam às 17 horas e ele ó, no celular lá dentro." [I03]

Mediante as situações de violência, a busca de um canal de atendimento para relatos e reclamações neste caso acontece por meio de vias não institucionais e pouco resolutivas. Os usuários por vezes não conhecem os canais instituídos pelos SUS, como as ouvidorias para a realização de queixas e resoluções de situações como estas, despertando o sentimento de impotência diante da falta de respostas e atribuindo o descrédito aos serviços de saúde: *“Não. Nunca reclamei nada até porque as meninas ali da frente, elas não davam chance nenhuma. Era um troço de louco assim pra tratar a gente, era tudo com má vontade sabe? Então nunca me queixei de nada pra ninguém. [I4]”*.

Os relatos e reclamações sobre a insatisfação com as situações de iniquidades vividas nos serviços de saúde raramente chegam até o profissional médico, sendo vividas silenciosamente pelo os usuários - ou compartilhadas entre seus pares (PEREIRA, 2004). Quando chegam aos serviços, esses relatos são manifestados para alguém da equipe que esteja disposto a ouvir. Durante a realização desta pesquisa o ato de narrar as experiências no serviço de saúde se valeu enquanto oportunidade dos idosos apontaram suas satisfações e insatisfações com o serviço e, também, oportunidade de serem ouvidos. Fatores como a garantia ética de confidencialidade com pesquisadora (informado por meio de TCL), quanto pelo fator vínculo já existente com o agente de saúde/endemias, podem ter contribuído para a construção de um espaço seguro de fala.

“Antes, na época desse profissional que eu tô te falando. Que eu acho que ele não tá mais aí. Até porque eu não vou mais seguido ali. Eu achava bem ruim, não só do médico. Eu achava ruim tudo. Tirando essa pequeninha aqui ó! [referindo-se a agente comunitária de saúde] Aquele pessoal ali da frente. que dão vacina, que fazem vacina nas crianças... Aquilo era tudo assim, umas estúpidas. Sabe? Não era só os médicos. [...] Estúpido(a) porque o dente não saia, ele(a) deu anestesia, tava inflamado meus dente e ele(a) deu anestesia e não pegava a anestesia e ele(a)

arrancou na marra meus dentes. Com raiz e tudo assim, na marra. Eu saí de lá com a boca desse tamanho, sabe? E tanto que eu não voltei mais porque ele(a) queria que tirasse todos meus dentes. Ele(a) disse que era pra tirar todos os dentes. Mas os dentes que doía ele(a) tirou.”[14]

A literatura aponta o uso menor de procedimentos de analgesia em grupos étnicos marginalizados, em especial no atendimento à população negra nos serviços de saúde. Esse cenário é reforçado por estudos como o de Leal e colaboradores (2017), denominado “A cor da dor: iniquidades raciais na atenção pré-natal e ao parto no Brasil”, que demonstram que na atenção pré-natal, parto e puerpério as mulheres negras recebem doses menores de analgesia quando comparadas às mulheres de outras raças e etnias, podendo ser explicado pela crença biologicista de que o corpo negro é capaz de suportar mais dores. É importante destacar dentro das narrativas de preconceitos e violências experimentadas na tentativa de acessar os serviços de referência na APS a maior parte foi narrada por mulheres idosas autodeclaradas negras, reforçando a teoria de Palmore (1999) de que as mulheres idosas negras e com baixa renda são as principais atingidas pelo o ageísmo.

A literatura internacional ainda aponta que adultos que vivenciam dois marcadores ou mais de diferenças sociais estão mais expostos a situações discriminação, sendo o fator racial o maior desencadeador de outros tipos de discriminações ((GROLLMAN, 2014; FERRER *et al.*, 2017; CORMACK; STANLEY; HARRIS, 2018). Homens negros e mulheres negras escolarizados(as) também apresentam o declínio da saúde mais rápido durante a vida adulta e no processo de envelhecimento quando comparados a pessoas brancas com o mesmo nível de escolaridade, podendo esta condição ser explicada pela negação de oportunidades desencadeadas pelo racismo institucional e interpessoal ao longo da vida (BROWN *et al.*, 2016)

Durante as narrativas dos idosos emergem, ainda, outras situações de violências e práticas discriminatórias experimentadas na tentativa de acessar os serviços ambulatoriais, hospitalares referenciados e “porta aberta” para o tratamento de quadros específicos de saúde ou situações agudas emergenciais:

“Eu sei que o médico lá do Hospital [nome suprimido], ele não tava muito bom um dia, a gente sente quando a pessoa tá, né ? Ele atirou no chão [o receituário], olhou pra mim e disse: - E aí? - ele atirou junto - Levanta ! Ah, eu não tive dúvida: pô o cara atirou e ficou olhando pra mim. - Não vai juntar?. Eu digo: - Não foi o senhor que atirou? Não vou pegar. Ai ele ficou bravo comigo. Ele ficou brabo: - A senhora pode levantar e ir embora, pode ir embora.” [I6]

Fica claro o desconforto desta usuária diante da orientação do profissional médico, bem como a não clareza sobre intencionalidade do procedimento de pegar um objeto atirado propositalmente no chão. Ainda, a negação da usuária em atender a ordem do médico, também, é entendida como um ato de desobediência contra aquele que detém figurativamente o conhecimento e as ferramentas para alívio/cura das questões em saúde, resultando na expulsão da idosa do consultório médico. Na tentativa de acessar o serviço de saúde em questão, a usuária I6 foi exposta a situação degradante, além de ter seu acesso ao direito à saúde violentamente negado.

“Que doutor bem atrevido ! A gente doente e ele se desfazia da gente !!! Porque é gorda, braço gordo. Aquele homem eu acho que é louco. Não gostei daquele homem, eu queria levar o som lá pra gravar o que ele me falou. Bunda grande ! ... [...] Me, insultou. Falou tudo isso aí. Achei muito atrevimento, isso aí não se faz, tem que respeitar as pessoas, né ? Não, não gostei. Lá mais eu não piso. Nunca mais, Deus que me perdoe, a não ser que precise. É uma pessoa muita atrevida, muito cheio(a). Mal criado(a),. Fulana [acompanhante da informante na ocasião] falava e ele(a) :- Cala a boca ! Acho que tava louco aquela pessoa, tava louco(a) em mandar a minha filha calar a boca. Por Deus nosso senhor, não tô mentindo. [...] Apertava meu braço: - E o braço dela ? Coisa feia, grosso desse jeito !!!!. Ué, onde já se viu isso. Eu tenho culpa do meu braço ser gordo ? Não tenho. Mal criado ! – Nádega grande ! - Até na minha bunda - E o que é que eu vou fazer com a minhas nadegas ? - eu disse pra ele. Tem gente que chega a botar coisa pra nadega crescer. Eu nem falei nada, fiquei quieta, fiquei nervosa. Deu vontade de pegar e vim me embora, mas eu tava meia ruim, né ? A pessoa doente e ainda ouvir desaforo, onde é que já se viu isso ? Não quer ser médico, dá lugar pra outro que trata melhor o doente, né ? Um homem velho. Ele era gordo também, falando de gordo. Não tem pessoa mais gorda que eu, né. [...] Ah, não, lá eu não vou mais. Eu já falei pra minha filha não me levar mais naquele lá, eu não vou mais. Não me esqueço até hoje. Não respeitar as pessoas idosas, com a idade que a gente tem. Não, não, aquele homem é muito atrevido, não tem que tá lá. Deus que me perdoe.” [I09]

Além do fator idade, entra em cena nesta passagem o preconceito motivado pelas características corporais da usuária idosa, entrando em pauta o seu corpo obeso como objeto de críticas e instrumento para atitudes vexatórias. A obesidade é considerada enquanto uma doença crônica e fator de risco para o desenvolvimento de outros quadros futuros, entretanto não é uma condição que pode ser reduzida somente a ótica biologicista, desconsiderando seus fatores e impactos sociais. O campo da saúde declara o combate a obesidade apoiado na lógica biológica, apoiados em um discurso que carrega moralismo, assédio e que afasta os usuários dos serviços de saúde, gerando discriminação, estigmatização, produzindo desigualdades e repercutindo nos níveis biológicos, psicológicos, sociais e econômicos (SILVA; CANTISANI, 2018). Apesar da obesidade ser fator de risco para outras doenças, o preconceito baseado no excesso de peso dentro dos serviços de saúde age contra o bem estar da pessoa gorda, uma vez que se traça um comparativo entre características mais ou menos saudáveis, estando dentro desta lógica o corpo magro e jovem associado à saúde e visto enquanto padrão adequado e saudável (SILVA; CANTISANI, 2018; PAIM, 2019).

Numa perspectiva de gênero, considerando que socialmente homens e mulheres vivenciam opressões de formas diferentes, a pessoa médico(a) exerce relações de poder em relação aos usuários idosos, fato que é retratado pela informante como uma pessoa mais velha e gorda. Apesar de gorda, ele(a) ainda está dentro do estereótipo de masculinidade que representa força e proteção, enquanto as características gordura corporal na mulher é tido com repulsa e exposição. Neste contexto ser uma paciente, mulher, idosa e gorda se revela enquanto fatores que se atravessam e produzem vulnerabilidade, uma vez que o corpo gordo é tido como um sinal de desobediência, a velhice e a doença entendidos enquanto fracasso moral (PAIM, 2019).

Os idosos depararam-se com essas e outras práticas discriminatórias na tentativa de acessar cuidados hospitalares e especializados. Estudos como o de Freitas e Schramm (2013), estruturado por meio de uma revisão integrativa sobre os critérios de admissão de idosos nos Centro de Terapia Intensiva (CTI) hospitalares demonstram a existência do preconceito velado em relação aos idosos

e idosos mais idosos (aqueles com mais de 80 anos), onde a idade avançada aparece enquanto fator determinante no processo de admissão de pacientes aos cuidados intensivos hospitalares ao invés da avaliação clínica global e as perspectivas de evolução dos quadros, configurando-se enquanto um processo discriminatório e eticamente questionável, reforçando a concepção de que os investimentos para manutenção da vida devem ser ofertados aos pacientes mais jovens, com maior expectativa de vida.

A interseccionalidade, além de uma teoria para compreensão de dinâmicas sociais, se faz como um novo posicionamento analítico e interpretativo, podendo auxiliar na superação de antigos antagonismos identitários e favorecendo novas bases dialógicas para o enfrentamento de múltiplas dimensões do sofrimento social e opressões, sendo um instrumento de luta por políticas sociais (HIRATA, 2014; RIOS; PEREZ; RICOLDI, 2018). Apesar dos estudos interseccionais serem pautados tradicionalmente nos marcadores de gênero, raça e classe social, trazer para discussão outros marcadores tais como idade, peso, escolaridade, se fazem importantes para entender novas dinâmicas sociais e na compreensão de estruturas de poder a quais os sujeitos estão submetidos.

Deste modo reforçando a ideia de que a velhice se faz muito mais ampla do que um mero processo de envelhecimento biológico, sugere-se que o marcador de “idade avançada” seja considerado enquanto um marcador social de diferença, pois se intersecciona diretamente com outras formas de desigualdade, afetando o cotidiano dos sujeitos idosos e impactando diretamente na forma como estes experimentam o acesso e os cuidados em saúde.

6. CONCLUSÕES

Foi observado por meio da revisão de literatura a maior promoção de políticas públicas em prol do envelhecimento durante a década de 90 e início dos 2000, em consonância com o cenário internacional visando a promoção dos direitos da população mais velha, em especial no campo da saúde e da assistência social. Apesar da existência de políticas públicas que garantem direitos a esta população, a mudança no perfil destes novos idosos e suas novas necessidades nem sempre estão contempladas por estes marcos legais, resultando em dificuldades na efetivação no atendimento integral de suas necessidades.

O cenário internacional continua pautando fortemente políticas e estratégias para a promoção do envelhecimento ativo e saudável por meio de programas como “as metas do milênio” e “envelhecimento ativo”, da Organização Mundial das Nações Unidas, pressionando de alguma forma para que o Brasil, país signatário destes e de diversos outros acordos, pautasse como temática prioritária a promoção do envelhecimento ativo como estratégia para responder a revolução etária pela qual vem passando a população. No que tange à Atenção Primária à Saúde, seu desfinanciamento e a disputa de novos modelos de gestão pautados em quadros estritamente biológicos afetam à promoção de cuidados à saúde da população mais velha, bem como o acesso aos serviços de saúde, colocando em cheque a universalidade e equidade, princípios norteadores do Sistema Único de Saúde.

As narrativas dos usuários mais velhos participantes desta pesquisa demonstram que a unidade de saúde é percebida como local prioritário na busca de cuidados de saúde, seja pela proximidade com sua residência, como pela facilidade na obtenção de serviços, destacando que a atenção básica tem cumprido de alguma forma seu papel enquanto porta de entrada principal no sistema de saúde, de orientação e coordenação do cuidado. Ainda, a produção de vínculos com a unidade e seus trabalhadores e a resolutividade do serviço também são características que levam os usuários a procurarem a atenção primária como local preferencial para obtenção de cuidados.

O acesso de primeiro contato aparece nas narrativas enquanto principal elemento de insatisfação na trajetória dos idosos, tanto pelo acesso via demanda espontânea quanto por consultas agendadas. As demandas espontâneas que chegam até a unidade são organizadas por meio do acolhimento com classificação de risco, percebido pelos usuários enquanto só mais um processo burocrático para o acesso à consulta médica. Apesar do acolhimento ampliar o acesso na atenção primária e exigir a intensa revisão das práticas de cuidado, a organização da demanda espontânea por meio de fichas ainda se faz presente no cotidiano das unidades, burocratizando o acesso aos cuidados e limitando o acesso dos usuários aos cuidados em saúde.

Os usuários mais velhos não notam a existência de atendimento prioritário destinado às pessoas idosas, nem a priorização do atendimento a este grupo nos processos de trabalho dentro das unidades de saúde. O sentido de “acesso prioritário” vem atrelado ao direito amplamente difundido no atendimento de órgãos públicos, porém não é claro se esta condição também se destina aos serviços de saúde, uma vez que por meio da avaliação multidimensional e de vulnerabilidades a idade se faz enquanto um fator componente e não determinante na priorização de atendimentos. Como estratégia de ofertar acesso equânime os idosos e pessoas com mobilidade reduzida, o município de Porto Alegre oferta agendamento de consultar via telefone, mas sem resultados efetivos e percebido até mesmo como ferramenta discriminatória na perspectiva dos usuários idosos. A inexistência de atendimento prioritário está diretamente relacionado à insatisfação deste grupo com o acesso a unidade de saúde.

O tempo de espera para acessar a unidade, por meio das consultas agendadas para datas muito distantes, bem como o tempo de espera por atendimento dentro da própria unidade também são apontados como fatores de insatisfação.

As dificuldades encontradas pelas pessoas idosas na tentativa de acessar a unidade fazem com que estes usuários deixem de buscar atendimento nos seus equipamentos de referência e busquem cuidados em outras unidades de saúde ou em outros níveis de atenção, em especial naqueles nos quais já possuem algum

tipo de vinculação. Este cenário pode se valer enquanto promotor de iniquidades em saúde, uma vez que quem acessa serviços privados ou consegue se deslocar para regiões mais distantes dos territórios são os idosos que possuem melhores condições financeiras ou aqueles que possuem maior autonomia e que ainda não experimentam processos mais avançados de fragilidade.

Considerando o perfil comum à parte dos idosos, com redução gradual na mobilidade, diagnóstico de multimorbidades e sob processos de fragilização há a necessidade de abordar estes quadros de forma multiprofissional e pelos diversos níveis de atenção. Neste sentido, as linhas de cuidado se apresentam enquanto estratégias que podem responder de forma integral às necessidades dos idosos, valorizando o papel da APS enquanto ordenadora e coordenadora do cuidado, gerando fluxos mais claros aos trabalhadores e usuários e potencializando o cuidado multiprofissional entre os diversos níveis de atenção. Nota-se que os idosos acompanhados pela atenção básica e pelos serviços referenciados optam por acessar prioritariamente os serviços especializados em caso de quadros de saúde, em especial porque os hospitais fornecem intenso consumo de tecnologias (fácil acesso a exames diagnósticos, por exemplo), visto enquanto uma vantagem comparado aos serviços ofertados pelas APS. Ainda, há o entendimento que a APS é lugar do “básico” e campo insuficiente para dar conta das necessidades tão complexas do usuário, sob sua perspectiva.

Estes resultados corroboram com os resultados encontrados nas etapas quantitativas deste projeto, que também sugerem que os idosos estão satisfeitos com a utilização do serviço, mas não avaliam enquanto satisfatório a acessibilidade de primeiro contato das unidades onde estão vinculados.

Em relação a capacidade dos serviços de saúde nota-se que é comum a instalação das unidades de saúde na Atenção Básica em estruturas prediais improvisadas e inadequadas para o funcionamento de um serviço de saúde. Esse cenário impacta diretamente no acesso dos idosos aos seus serviços de referência, uma vez que o espaço físico acaba por não comportar a população adscrita e exige a organização do trabalho em espaços improvisados, apontados enquanto insatisfatório na narrativa dos usuários. É notoria a necessidade da adoção de

estratégias arquitetônicas adequadas que oportunizem o acesso aos serviços de saúde pelos usuários idosos.

As características geográficas, somadas às limitações físicas e ao estado de saúde dos idosos podem representar importantes barreiras na tentativa de acessar as unidades de referência, uma vez que o modo como o usuário se desloca pelo território para acessar os serviços de saúde podem facilitar ou dificultar o acesso ao cuidado. Os usuários por vezes utilizam transporte privado próprio/familiar ou locado para acessar às unidades de saúde, porém esta opção nem sempre é viável a todos os usuários adscritos, podendo o fator financeiro também representar uma barreira no acesso aos cuidados.

Entendendo que o acesso não se dá somente pela ida do usuário ao “prédio físico”, a procedimentos e consultas nas unidades, outras estratégias como as visitas dos agentes de saúde e os cuidados domiciliares, via unidade de saúde ou pela adoção de estratégias como Programa Melhor em casa oportunizam o acesso na modalidade de cuidados domiciliares, uma vez que ser cuidado em casa é uma forma de acessar a unidade básica de saúde.

Os usuários mais velhos também notam a fragilidade na composição do quadro de trabalhadores nas unidades de saúde, em especial do profissional médico. No imaginário da população e na própria organização do trabalho em saúde a presença do médico se faz de alguma forma essencial, tanto pelo poder prescritivo que esta classe profissional possui, tanto pelo poder simbólico exercido pelo profissional médico sobre o usuário e demais profissionais da saúde. Os atuais entraves políticos federais e municipais comprometem de alguma forma a alocação de profissionais nas unidades de saúde e agrega insegurança aos trabalhadores, fatores que de alguma afetam a oferta de cuidados e a cobertura do território adscrito pelas unidades de saúde. Desta forma, a presença de quantitativo de trabalhadores também se faz como elemento que influencia diretamente na satisfação do usuário com a unidade de saúde de referência.

Buscando ofertar respostas eficientes, pautadas o cuidado integral e nas necessidades em saúde da população idosa emerge das narrativas questões relacionadas a postura e resolutividade dos profissionais de saúde em relação aos

cuidados ofertados aos usuários idosos. Incluir o debate do envelhecimento na formação profissional e educação permanente em saúde são estratégias que potencializam cuidados e funcionam como instrumentos importantes para a compreensão do processo de envelhecimento como parte do ciclo de vida, evitando a propagação de práticas segregadoras e discriminatórias dentro dos serviços de saúde.

Os resultados desta pesquisa apontam a existência de processos discriminatórios, alguns praticado de forma velada, outros extremamente violentos, no acesso aos serviços de saúde pelos usuários motivado pelo fator idade. Essas situações foram percebidas pelos usuários mais velhos tanto no acesso aos cuidados primários quanto nos serviços de especialidade e urgências e emergências, sendo uma importante barreira para o acesso aos cuidados pelas pessoas mais velhas. Apoiado no arcabouço teórico das ciências sociais, sugere-se o uso da perspectiva interseccional como forma de compreender profundamente o sistema de opressões pelos quais os idosos estão sendo atravessados, propondo estratégias para o combate destas práticas no serviço de saúde, local que deve acolher os usuários sem distinção.

Por fim, salienta-se que o objetivo deste estudo não é apontar as fragilidades encontradas no acesso aos serviços de saúde de forma vazia, mas sim compreender profundamente se as questões presentes no cotidiano de saúde se configuram enquanto dificultadores ou promotores do acesso à população idosa e refletir na revisão de práticas de trabalho. O Sistema Único de Saúde se faz enquanto política de estado e patrimônio do povo brasileiro, sendo essencial a promoção de trabalhos e pesquisas no campo da saúde coletiva que busquem seu constante aprimoramento, efetivação e ampliação.

REFERÊNCIAS

DOCUMENTOS OFICIAIS

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Presidência da República, Casa Civil, Subchefia para Assuntos Jurídicos, Brasília, 5 de outubro de 1988.

_____. Lei nº 8.842, de 4 de janeiro de 1994. **Dispõe sobre a política nacional do idoso, cria o Conselho Nacional do Idoso e dá outras providências.**, Brasília, DF. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/CCivil_03/Leis/L8842.htm

_____. Decreto nº 1.948, de 3 de julho de 1996. Regulamenta a Lei nº 8.842, de 4 de janeiro de 1994. **Dispõe sobre a Política Nacional do Idoso, e dá outras providências.** Brasília, DF. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/CCivil_03/decreto/D1948.htm.

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM nº 1.395, de 10 de dezembro de 1999. **Aprova a Política Nacional de Saúde do Idoso e dá outras providências.** Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 13 dez.1999.

_____. Lei Nº 10.048, de 8 de novembro de 2000. **Dá prioridade de atendimento às pessoas que especifica, e dá outras providências.** Brasília, DF. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l10048.htm. Acesso em 25/02/2020.

_____. Resolução-RDC nº 50, de 21 de fevereiro de 2002. **Dispõe sobre o Regulamento Técnico para planejamento, programação, elaboração e avaliação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde.** Agência Nacional de Vigilância Sanitária, Ministério da Saúde, Brasília, 21 de fevereiro de 2002.

_____. Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003. **Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências.** Diário Oficial da União, 3 de out.

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM nº 399, de 22 de fevereiro de 2006. **Dar divulgação ao Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e dá outras providências.** Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 22 fev. 2006.

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM nº 2.528, de 19 de outubro de 2006. **Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa – PNSI.** Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 20 out. 2006.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2007. 192 p.: il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Cadernos de Atenção Básica; n. 19)

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Acolhimento nas práticas de produção de saúde** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. – 2. ed. 5. reimp. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2010.

_____. Lei nº 12.871, de 22 de outubro de 2013. **Institui o Programa Mais Médicos, altera as Leis nº 8.745, de 9 de dezembro de 1993, e nº 6.932, de 7 de julho de 1981, e dá outras providências.** Diário Oficial da União, Brasília, DF, Brasília, 22 de outubro de 2013.

_____. Ministério da Saúde. **Pesquisa Nacional de Saúde.** [Internet]. Disponível em: <http://www.pns.icict.fiocruz.br/>. Acesso em: 12 de abril 2016a.

_____. Portaria nº 825, de 25 de abril de 2016. **Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e atualiza as equipes habilitadas.** Ministério da Saúde, Gabinete do Ministro, Brasília 25 de Abril de 2016. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2016/prt0825_25_04_2016.html. Acesso em: 12/11/2019

_____. Emenda constitucional nº 95, de 15 de dezembro de 2016. **Altera o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para instituir o Novo Regime Fiscal, e dá outras providências.** Presidência da República, Casa Civil, Subchefia para Assuntos Jurídicos. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 15 de novembro de 2016.

_____. **Balanco Anual - Disque Direitos Humanos.** Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos. Ouvidoria Nacional dos Direitos Humanos. 2019, Brasília, DF.

_____. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. **Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).** Ministério da Saúde, Gabinete do Ministro. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 22 set.2017, p.68.

_____. Portaria nº 2.979, de 12 de novembro de 2019. **Institui o Programa Previne Brasil, que estabelece novo modelo de financiamento de custeio da Atenção Primária à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde, por meio da alteração da Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017.** Ministério da Saúde, Gabinete do Ministro. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 13 de novembro de 2019.

_____. Lei nº 13.958, de 18 de dezembro de 2019. **Institui o Programa Médicos pelo Brasil, no âmbito da atenção primária à saúde no Sistema Único de Saúde (SUS), e autoriza o Poder Executivo federal a instituir serviço social autônomo denominado Agência para o Desenvolvimento da Atenção Primária à Saúde (Adaps).** Diário Oficial da União, Brasília, DF, 19 de dezembro de 2019.

PORTO ALEGRE. Lei nº 10.819, de 13 de janeiro de 2010. **Estabelece a possibilidade do agendamento telefônico de consultas para pacientes idosos e para pessoas com deficiência já cadastrados nas unidades de saúde do município de porto alegre e dá outras providências.** Gabinete do Prefeito. Diário Oficial de Porto Alegre, Porto Alegre, RS, 14 de jan. 2010.

_____. DECRETO Nº 17.131, de 1º de julho de 2011. **Aprova o Estatuto do Instituto Municipal de Estratégia de Saúde da Família (IMESF) e regulamenta a Lei nº 11.062, de 6 de abril de 2011.** Diário Oficial do Município de Porto Alegre, Porto Alegre, RS, 05 de julho de 2011.

_____. **Observando: Revista do Observatório de Porto Alegre (OBSERVAPOA).** Secretaria Municipal de Relação Institucionais. Dados Eletrônicos. V.01, N.01. Porto Alegre, RS, Novembro, 2017.

ARTIGOS DE REVISTA E PUBLICAÇÕES DIPONIBILIZADOS EM MEIO VIRTUAL

BRASIL. **Carteira de Serviços da Atenção Primária à Saúde Brasileira - Avaliação por Convidados Externos e Consulta Pública.** Ministério da Saúde. Secretária de Atenção Primária à Saúde. Agosto de 2019. Brasília, DF. Disponível em:
<http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/carteira_servico_da_APS_consulta_SAPS.pdf>. Acesso em: 02/02/2020.

GIOVANELLA, Lígia; MENDES, Cassiano Franco. **Comentários sobre a carteira nacional de serviços para a APS sob consulta.** Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO), 22 de agosto de 2019. Artigo. Disponível em: <<https://www.abrasco.org.br/site/outras-noticias/opiniao/comentarios-sobre-a->

carteira-nacional-de-servicos-para-a-aps-sob-consulta-artigo-de-ligia-giovanella-e-cassiano-franco/42331/>. Acesso em: 31/01/2020.

HARZHEIM, Erno; SANTOS, Caroline. **Atenção primária à saúde: panorama e desafios**. Secretaria de Atenção Primária à Saúde, Brasília, DF. 2019. Apresentação. 89 Slides. Disponível em: < https://dbcf07cf-3712-4126-9bd1-51d1e1ba5738.filesusr.com/ugd/4d1743_f5cf2cd07ce1448d966a7a7ba0808c6e.pdf > . Acesso em : 02/02/2020.

MENDES, Áquilas; CARNUT, Leonardo. **Novo modelo de financiamento para qual Atenção Primária à Saúde?** Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO), 23 de outubro de 2019. Artigo. Disponível em: <<https://www.abrasco.org.br/site/outras-noticias/formacao-e-educacao/novo-modelo-de-financiamento-para-qual-atencao-primaria-a-saude-artigo-de-aquilas-mendes-e-leonardo-carnut/43609/>>. Acesso em: 31/01/2020.

MINAYO, Maria Cecília. **Mais de 60% dos casos de violência contra a pessoa idosa ocorrem nos lares**. 14 de junho de 2019. Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ). Disponível em: <https://www.fiocruzbrasil.fiocruz.br/mais-de-60-dos-casos-de-violencia-contra-a-pessoa-idosa-ocorrem-nos-lares/>. Acesso em 01/03/2020.

MIRANDA, Alcides. **“Médicos pelo Brasil”: simulacro reciclado e agenciamento empresarial – Artigo de Alcides Miranda**. Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO), 9 de agosto de 2019. Artigo. Disponível em: https://www.abrasco.org.br/site/outras-noticias/sistemas-de-saude/medicos_brasil__bolsonaro_alcides_miranda/42108/. Acesso em: 31/01/2020.

MOVIMENTO SANITÁRIO BRASILEIRO. **Movimento Sanitário escreve ao Ministro Mandetta sobre mudanças no financiamento da APS**. Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO), 30 de outubro de 2019. Nota. Disponível em: <<https://www.abrasco.org.br/site/outras-noticias/movimentos-sociais/movimento-sanitario-escreve-ao-ministro-mandetta-sobre-mudancas-no-financiamento-da-aps/43712/>>. Acesso em: 31/01/2020.

PORTO ALEGRE. Prefeitura Municipal de Porto Alegre. Secretaria Municipal de Saúde. **Serviço de Atenção Domiciliar - Melhor em Casa – POA**. Protocolo de admissão. Disponível em:< http://lproweb.procempa.com.br/pmpa/prefpoa/sms/usu_doc/programa_melhor_e_m_casa.pdf>. Acesso em 25/02/2020.

PORTO ALEGRE. Prefeitura Municipal de Porto Alegre. Secretaria Municipal de Saúde. Conselho Municipal de Saúde. **Clínica de Saúde da Família sem médicos**. 27 de dezembro de 2019. Nota. Disponível em: <http://www2.portoalegre.rs.gov.br/cms/default.php?reg=360&p_secao=8>. Acesso em 31/01/2020.

PUBLICAÇÕES EM LIVROS E PERIÓDICOS

ABREU, Daisy Maria Xavier de et al. Percepção dos usuários sobre o cuidado prestado por equipes participantes do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica no Brasil*. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, [S. l.], v. 27, n. 3, 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S223796222018000300300&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt. Acesso em: 7 out. 2019.

AKPINAR, Yakup et al. Why do patients with minor complaints choose emergency departments and does satisfaction with primary care services influence their decisions? – CORRIGENDUM. **Primary Health Care Research & Development**, [S. l.], v. 19, n. 03, p. 316, 2018. Available from: https://www.cambridge.org/core/product/identifier/S1463423618000051/type/journal_article. Access on 29 no. 2019.

ALCÂNTARA, Alexandre de Oliveira et al. (org.). **Política nacional do idoso: velhas e novas questões**. Rio de Janeiro: Ipea, 2016.

ALMEIDA, Ana Paula Santana Coelho et al. Socioeconomic determinants of access to health services among older adults: a systematic review. **Revista de Saúde Pública**, [S. l.], v. 51, 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S003489102017000100502&lng=en&nrm=iso&tlng=en. Acesso em: 29 jan. 2020.

ALVES, Dáfni; FIGUEIREDO FILHO, Dalson; HENRIQUE, Anderson. O Poderoso NVivo: uma introdução a partir da análise de conteúdo. **Revista Política Hoje**, [S. l.], v. 24, n. 20, 2015. Available from: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/politica hoje/article/view/3723>. Access on 17 dez. 2019.

AMARAL, Fabienne Louise Juvêncio dos Santos et al. Fatores associados com a dificuldade no acesso de idosos com deficiência aos serviços de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, [S. l.], v. 17, n. 11, p. 2991–3001, 2012. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232012001100016&lng=pt&tlng=pt. Access on 02 nov. 2019.

AMTHAUER, Camila; FALK, João Werner. Discursos dos profissionais de saúde da família na ótica da assistência à saúde do idoso Speeches of family health professionals in optics of assistance to the elderly. **Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental** Online, [S. l.], v. 9, n. 1, p. 99–105, 2017. Available from: <http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/5004>. Access on 24 fev.2020.

Andersen RM, Newman JF. **Societal and individual determinants of medical care utilization in the United States**. *Milbank Mem Fund Q* 1974; 51: 95-124.

ARAÚJO, Lavínia Uchôa Azevedo de et al. Avaliação da qualidade da atenção primária à saúde sob a perspectiva do idoso. **Ciência & Saúde Coletiva**, [S. l.], v. 19, n. 8, p. 3521–3532, 2014. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232014000803521&lng=pt&tlng=pt. Access on 10 out. 2019.

ASSIS, Marluce Maria Araújo; JESUS, Washington Luiz Abreu de. Acesso aos serviços de saúde: abordagens, conceitos, políticas e modelo de análise. **Ciência & Saúde Coletiva**, [S. l.], v. 17, p. 2865–2875, 2012. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232012001100002&lng=en&nrm=iso>. access on 21 Oct. 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232012001100002>.

AZEREDO, Yuri Nishijima; SCHRAIBER, Lilia Blima. Violência institucional e humanização em saúde: apontamentos para o debate. **Ciência & Saúde Coletiva**, [S. l.], v. 22, n. 9, p. 3013–3022, 2017. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232017002903013&lng=pt&tlng=pt . Access on 01 dez.2019.

AZEVEDO, Ana Lucia Martins de; COSTA, André Monteiro. A estreita porta de entrada do Sistema Único de Saúde (SUS): uma avaliação do acesso na Estratégia de Saúde da Família. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, [S. l.], v. 14, n. 35, p. 797–810, 2010. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141432832010000400007&lng=en&nrm=iso>. Access on 28 Oct. 2018. Epub Sep 08, 2010.

BARA, Vânia Maria Freitas et al. Diagnóstico de utilização do instrumento de avaliação da atenção primária à saúde - PCATool-Brasil versão adulto - para população idosa. **Cadernos Saúde Coletiva**, [S. l.], v. 23, n. 3, p. 330–335, 2015. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414462X201500030033&lng=en&nrm=iso>. access on 29 Oct. 2018.

BARBIANI, Rosangela et al. A produção científica sobre acesso no âmbito do Sistema Único de Saúde do Brasil: avanços, limites e desafios. **Saúde e Sociedade**, [S. l.], v. 23, p. 855–868, 2014. Available from: <https://www.scielo.org/article/sausoc/2014.v23n3/855-868/pt/>. Access on 20 jan, 2020.

BARDIN, Laurence. *Análise de Conteúdo*. 1o edição ed. [S. l.]: Edições 70, 2016.

BASTOS, Gisele Alsina Nader; FASOLO, Luísa Rabeno. Fatores que influenciam a satisfação do paciente ambulatorial em uma população de baixa renda: um estudo de base populacional. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, [S. l.], v. 16, n. 1, p. 114–124, 2013. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1415790X2013000100114&lng=en&nrm=iso&tlng=pt. Access on 30 nov. 2019.

BAUER, Martin W.; JOVCHELOVITCH, Sandra. Entrevista narrativa. In: **Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2013. p. 90–113.

BEAUVOIR, Simone. **A velhice**. 5^o edição. Rio de Janeiro, Rj: Nova Fronteira, 1990.

BIROLI, Flávia; MIGUEL, Luís Felipe. Gênero, raça, classe: opressões cruzadas e convergências na reprodução das desigualdades. **Mediações - Revista de Ciências Sociais**. v. 20, n. 2, 2015. Disponível em: <http://www.uel.br/revistas/uel/index.php/mediacoes/article/view/24124/G%C3%AAneo%2C%20ra%C3%A7a%2C%20classe%3A%20opress%C3%B5es%20cruzadas%20e%20converg%C3%Aancias%20na%20reprodu%C3%A7%C3%A3o%20das%20desigualdades>. Acesso em: 29 fev. 2020.

BORGES, Gabriel Mendes; CAMPOS, Mardem Barbosa; SILVA, Luciano Gonçalves de Castro. Transição da estrutura etária no Brasil: oportunidades e desafios para a sociedade nas próximas décadas. In: ERVATTI, Leila et al. (org.). **Mudança demográfica no Brasil no início do século XXI: subsídios para as projeções da população**. Rio de Janeiro: IBGE, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2015. (Estudos e análises. Informação demográfica e socioeconômica número 3).

BÓS, Antônio M. G.; BÓS, Ângelo J. G. Determinantes na escolha entre atendimento de saúde privada e pública por idosos. **Revista de Saúde Pública**, [S. l.], v. 38, p. 113–120, 2004. Available from: https://www.scielo.org/scielo.php?pid=S003489102004000100016&script=sci_abstract. Access on 29 nov. 2019.

BOSI, Eclea. **Memória e Sociedade: lembranças de velhos**. 3º ed. São Paulo, Companhia das Letras, 1994.

BOSI, Maria Lúcia Magalhães, MERCADO-MARTINEZ FJ. Notas para um debate. In: Mercado-Martinez, FJ, Bosi MLM, organizadores. **Pesquisa qualitativa de serviços de saúde**. Petrópolis: Vozes; 2004. p.23-71.

BOSI, Maria Lúcia Magalhães PONTES, Ricardo José Soares; VASCONCELOS, Suziana Martins de. Dimensões; da qualidade na avaliação em saúde: concepções de gestores. **Rev. Saúde Pública, São Paulo** , v. 44, n. 2, p. 318-324, Apr. 2010. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003489102010000200012&lng=en&nrm=iso>. Access on 18 Oct. 2018. |

BOUSQUAT, Aylene et al. Tipologia da estrutura das unidades básicas de saúde brasileiras: os 5 R. **Cadernos de Saúde Pública**, [S. l.], v. 33, p. e00037316, 2017. Available from: https://www.scielosp.org/scielo.php?pid=S0102-311X2017001005005&script=sci_arttext&tlng=en . Access on: 26 out. 2019.

BRITO, Fausto. **A reinvenção da transição demográfica: envelhecer antes de enriquecer**. Ensaio. UFMG/Cedeplar, 2010. Available from : <http://www.cedeplar.ufmg.br/pesquisas/td/TD%20401.pdf>. Access em: 21 out. 2018.

BROWN, Tyson H. et al. Using Multiple-hierarchy Stratification and Life Course Approaches to Understand Health Inequalities: The Intersecting Consequences of Race, Gender, SES, and Age. **Journal of Health and Social Behavior**, [S. l.], v. 57, n. 2, p. 200–222, 2016. Available from: <http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/0022146516645165>. Access on: 22 jan. 2020.

BULGARELLI, Alexandre Favero et al. Estudo das queixas sobre saúde bucal em uma população de idosos na cidade de Ribeirão Preto-SP. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, [S. l.], v. 12, n. 2, p. 175–191, 2009. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-98232009000200175&lng=pt&tlng=pt. Access on 24 out. 2018.

BULGARELLI, Patricia Tavora et al. A perspectiva do usuário sobre o acesso aos serviços da atenção primária à saúde. **Tempus Actas de Saúde Coletiva**, [S. l.], v. 11, n. 3, p. 216, 2018. Available from: <http://www.tempusactas.unb.br/index.php/tempus/article/view/2443/1851> . Access on: 10 nov. 2019.

CAMARANO, Ana Amélia; PASINATO, Maria Tereza. O envelhecimento populacional na agenda das políticas públicas. In: CAMARANO, Ana Amélia.; INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA (EDS.). **Os novos idosos brasileiros: muito além dos 60?** Rio de Janeiro: IPEA, 2004.

CAMPOS, Claudinei José Gomes. Método de análise de conteúdo: ferramenta para a análise de dados qualitativos no campo da saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem**, [S. l.], v. 57, n. 5, p. 611–614, 2004. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003471672004000500019&lng=en&nrm=iso>. access on 21 Oct. 2018.

CAMPOS, Rosana Teresa Onocko et al. Avaliação da qualidade do acesso na atenção primária de uma grande cidade brasileira na perspectiva dos usuários. **Saúde em Debate**, [S. l.], v. 38, n. spe, p. 252–264, 2014. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010311042014000600252&lng=en&nrm=iso>. access on 21 Oct. 2018.

CARBADO, Devon W. et al. INTERSECTIONALITY: Mapping the Movements of a Theory. *Du Bois Review: Social Science Research on Race*, [S. l.], v. 10, n. 2, p. 303–312, 2013. Available from: https://www.cambridge.org/core/product/identifier/S1742058X13000349/type/journal_article. Access on: 21 jan. 2020.

CASTRO, Vivian Carla de et al. Violência contra os idosos brasileiros: uma análise das internações hospitalares. **Revista Brasileira de Enfermagem**, [S. l.], v. 71, p. 777–785, 2018. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S003471672018000800777&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt. Access on: 23 nov. 2019.

CASTRO, Marcia C. et al. Brazil's unified health system: the first 30 years and prospects for the future. **The Lancet**, [S. l.], v. 394, n. 10195, p. 345–356, 2019. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0140673619312437>. Access on: 20 nov. 2020.

CECILIO, Luiz Carlos de Oliveira; CARAPINHEIRO, Graça; ANDREAZZA, Rosemarie (org.). **Os mapas do cuidado: o agir leigo na saúde**. São Paulo: Hucitec Editora, 2014. (Saúde em debate 250).

CHAVES, Sônia Cristina Lima et al. Política de Saúde Bucal no Brasil 2003-2014: cenário, propostas, ações e resultados. **Ciência & Saúde Coletiva**, [S. l.], v. 22, p. 1791–1803, 2017. Available from:

<https://www.scielo.org/article/csc/2017.v22n6/1791-1803/>. Access on: 19 nov. 2019.

CIOSAK, Suely Itsuko et al. Senescência e senilidade: novo paradigma na atenção básica de saúde. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, [S. l.], v. 45, n. spe2, p. 1763–1768, 2011. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S008062342011000800022&lng=en&nrm=iso&tlng=pt. Access on: 10 jan. 2020.

COELHO, Lívia Pereira et al. Rede de atenção ao idoso: fatores facilitadores e barreiras para implementação. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, [S. l.], v. 28, n. 4, 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S010373312018000400603&lng=en&nrm=iso&tlng=pt. Acesso em: 31 jan. 2020.

COMES, Yamila et al. Avaliação da satisfação dos usuários e da responsividade dos serviços em municípios inscritos no Programa Mais Médicos. **Ciência & Saúde Coletiva**, [S. l.], v. 21, n. 9, p. 2749–2759, 2016. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232016000902749&lng=pt&tlng=pt. Access on: 01 de dez. 2019.

CONSELHO NACIONAL DOS SECRETARIAS MUNICIPAIS DE SAÚDE (CONASEMS). **Diretrizes para o cuidado das pessoas idosas no sus: proposta de modelo de atenção integral**. Brasília: CONASEMS, 2014. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_cuidado_pessoa_idosa_sus.pdf. Acesso em: 01 de març. 2020.

CORMACK, Donna; STANLEY, James; HARRIS, Ricci. Multiple forms of discrimination and relationships with health and wellbeing: findings from national cross-sectional surveys in Aotearoa/New Zealand. **International Journal for Equity in Health**, [S. l.], v. 17, n. 1, p. 26, 2018. Available from: <https://equityhealthj.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12939-018-0735-y>. Access on: 20 jan. 2020.

CORREA, Mariele Rodrigues; JUSTO, José Sterza. Oficinas de Psicologia: Memória e experiência narrativa com idosos. **Estudos Interdisciplinares em Psicologia**, [S. l.], v. 1, n. 2, p. 249–256, 2010. Available from: <https://equityhealthj.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12939-018-0735-y>. Access on: 26 out. 2018.

COUTO, Marcia Thereza et al. La perspectiva feminista de la interseccionalidad en el campo de la salud pública: revisión narrativa de las producciones teórico-

metodológicas. **Salud Colectiva**, [S. l.], v. 15, p. e1994, 2019. Available from: <https://scielosp.org/article/scol/2019.v15/e1994/es/>. Access on: 20 jan. 2020.

CRENSHAW, Kimberlé W. **Demarginalizing the intersection of race and sex; a black feminist critique of discrimination doctrine, feminist theory and antiracist politics**. University of Chicago Legal Forum, pp. 139-167, 1989.

CRUZ, Priscila Karolline Rodrigues et al. Dificuldades do acesso aos serviços de saúde entre idosos não institucionalizados: prevalência e fatores associados. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, [S. l.], v. 23, n. 6, 2020. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1809-98232020000600201&lng=en&nrm=iso&tlng=pt. Acesso em: 29 jan. 2020.

CUESTA, Marta; RÄMGÅRD, Margareta. Intersectional perspective in elderly care. **International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being**, [S. l.], v. 11, n. 1, p. 30544, 2016. Available from: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.3402/qhw.v11.30544>. Access on 20 jan. 2020.

DALL'AGNOL, Clarice Maria; LIMA, Maria Alice Dias da Silva; RAMOS, Donatela Dourado. Fatores que interferem no acesso de usuários a um ambulatório básico de saúde. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, [S. l.], v. 11, n. 3, 2009. Disponível em: <https://revistas.ufg.br/fen/article/view/47205>. Acesso em: 29 nov. 2019.

DELGADO, Josimara. Velhice, corpo e narrativa. **Horizontes Antropológicos**, [S. l.], v. 16, n. 34, p. 189–212, 2010. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-71832010000200009&lng=en&nrm=iso>. access on 04 Sept. 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-71832010000200009>

DIOGO, Maria José D'Elboux. Formação de recursos humanos na área da saúde do idoso. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, [S. l.], v. 12, n. 2, p. 280–282, 2004. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010411692004000200020&lng=pt&tlng=pt. Accescc on: 17 nov. 2019.

DRESSEL, Paula; MINKLER, Meredith; YEN, Irene. Gender, Race, Class, and Aging: Advances and Opportunities. **International Journal of Health Services**, [S. l.], v. 27, n. 4, p. 579–600, 1997. Disponível em: <http://journals.sagepub.com/doi/10.2190/7XAY-PYBN-AA5L-3DRC>. Acesso em: 22 jan 2020.

DONABEDIAN A. **Aspects of medical care administration**. Boston: Harvard University Press; 1973.

DUTRA, Cássia Eneida Souza Vieira et al. Organização da atenção à saúde bucal prestada ao idoso nas equipes de saúde bucal da Estratégia Saúde da Família. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, [S. l.], v. 18, n. 1, p. 179–188, 2015. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S180998232015000100179&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt. Acesso em: 29 nov, 2019.

FACCHINI, Luiz Augusto; TOMASI, Elaine; DILÉLIO, Alitéia Santiago. Qualidade da Atenção Primária à Saúde no Brasil: avanços, desafios e perspectivas. **Saúde em Debate**, [S. l.], v. 42, n. spe1, p. 208–223, 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010311042018000500208&lng=pt&tlng=pt. Acesso em 07 de dez. 2019.

FAUSTO, Márcia Cristina Rodrigues et al. A posição da Estratégia Saúde da Família na rede de atenção à saúde na perspectiva das equipes e usuários participantes do PMAQ-AB 2012. *Saúde em Debate*, [S. l.], v. 38, n. special, 2014. Disponível em: <http://www.gnresearch.org/doi/10.5935/0103-1104.2014S003>. Acesso em: 2 out. 2019.

FERRER, Ilyan et al. Understanding the experiences of racialized older people through an intersectional life course perspective. **Journal of Aging Studies**, [S. l.], v. 41, p. 10–17, 2017. Disponível em: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0890406516303905>. Acesso em: 21 jan. 2020.

FEUERWERKER, Laura Camargo Macruz; MERHY, Emerson Elias. A contribuição da atenção domiciliar para a configuração de redes substitutivas de saúde: desinstitucionalização e transformação de práticas. **Rev Panam Salud Publica.**, [S. l.], v. 24, n. 03, 2008. Disponível em: <https://www.scielosp.org/article/rpsp/2008.v24n3/180-188/es/>. Acesso em: 12 de nov. 2019.

FLICK, Uwe. *Introdução à pesquisa qualitativa*. Porto Alegre, RS: Artmed, 2009.

FONSECA, Emílio Prado da et al. Factors associated with the use of dental care by elderly residents of the state of São Paulo, Brazil. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, [S. l.], v. 20, n. 6, p. 785–796, 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S180998232017000600785&lng=en&nrm=iso&tlng=en. Acesso em: 29 nov. 2019.

FONTANELLA, Bruno Jose Barcellos et al. Amostragem em pesquisas qualitativas: proposta de procedimentos para constatar saturação teórica. **Cadernos de Saúde Pública**, [S. l.], v. 27, n. 2, p. 388–394, 2011. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102311X2011000200020&lng=en&nrm=iso>. access on 28 Oct. 2018.

FONTANELLA, Bruno José Barcellos; RICAS, Janete; TURATO, Egberto Ribeiro. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. **Cadernos de Saúde Pública**, [S. l.], v. 24, n. 1, p. 17–27, 2008. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2008000100003&lng=en&nrm=iso>. access on 19 Oct. 2018.

FREITAS, Edna Estelita Costa; SCHRAMM, Fermin Roland. Argumentos morais sobre inclusão/exclusão de idosos na atenção à saúde. **Revista Bioética**, [S. l.], v. 21, n. 2, p. 318–327, 2013. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S198380422013000200015&lng=pt&tlng=pt. Acesso em: 17 nov. 2019.

GIACOMIN, Karla Cristina; MAIO, Iadya Gama. A PNI na área da saúde. In: ALCÂNTARA, Alexandre de Oliveira et al. (org.). **Política nacional do idoso: velhas e novas questões**. Rio de Janeiro: Ipea, 2016.

GOLDANI, Ana Maria. Desafios do “preconceito etário” no Brasil. **Educação & Sociedade**, [S. l.], v. 31, n. 111, 2010 a. Disponível em: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=87315814007>. Acesso em: 23 nov. 2019.

GOLDANI, Ana Maria. “Ageism” in Brazil: what is it? who does it? what to do with it? **Revista Brasileira de Estudos de População**, [S. l.], v. 27, n. 2, p. 385–405, 2010 b. Disponível em: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=87315814007>. Acesso em 23 de nov. 2019.

GOMIDE, Mariana Figueiredo Souza et al. A satisfação do usuário com a atenção primária à saúde: uma análise do acesso e acolhimento. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, [S. l.], v. 22, p. 387–398, 2017. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/icse/2018.v22n65/387-398/>. Acesso em: 20 nov. 2019.

GROLLMAN, Eric Anthony. Multiple Disadvantaged Statuses and Health: The Role of Multiple Forms of Discrimination. **Journal of Health and Social Behavior**, [S. l.], v. 55, n. 1, p. 3–19, 2014. Disponível em: <http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/0022146514521215>. Acesso em: 22 jan. 2020.

HENNING, Carlos Eduardo. Interseccionalidade e pensamento feminista: as contribuições históricas e os debates contemporâneos acerca do entrelaçamento de marcadores sociais da diferença. **Mediações - Revista de Ciências Sociais**, [S. l.], v. 20, n. 2, p. 97, 2015. Disponível em: <http://www.uel.br/revistas/uel/index.php/mediacoes/article/view/22900>. Acesso em: 20 jan. 2020.

HIRATA, Helena. Gênero, classe e raça Interseccionalidade e consubstancialidade das relações sociais. **Tempo Social**, [S. l.], v. 26, n. 1, p. 61–73, 2014. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/ts/article/view/84979>. Acesso em 21 jan. 2020.

KALACHE, Alexandre. Respondendo à revolução da longevidade. **Ciência & Saúde Coletiva**, [S. l.], v. 19, p. 3306–3306, 2014. Disponível em: <https://scielosp.org/article/csc/2014.v19n8/3306-3306/>. Acesso em: 10 jan. 2020.

KALACHE, Alexandre. An education revolution in response to the longevity revolution. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, [S. l.], v. 22, n. 4, p. e190213, 2019. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S180998232019000400206&tlng=en. Acesso em: 10 jan. 2020.

KESKE, Henrique et al. El envejecer digno como derecho fundamental de la vida humana. **Revista de Bioética y Derecho**, [S. l.], n. 45, p. 163–178, 2019. Disponível em: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1886-58872019000100012&lng=es&nrm=iso&tlng=pt. Acesso em: 13 jan. 2019.

KOCH-FILHO, Herbert Rubens et al. Uma reflexão sobre o preconceito etário na saúde. **Revista Gestão & Saúde**, [S. l.], v. 4, n. 2, p. 40–48, 2012. Disponível em: <http://www.herrero.com.br/files/revista/file854236d2c6dc82d75eab6a818b8abe27.pdf>. Acesso em 24 nov. 2019.

LEAL, Maria do Carmo et al. A cor da dor: iniquidades raciais na atenção pré-natal e ao parto no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, [S. l.], v. 33, n. suppl 1, 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2017001305004&lng=pt&tlng=pt. Acesso em: 25 nov. 2019.

LIMA, Juliana Gagno et al. Atributos essenciais da Atenção Primária à Saúde: resultados nacionais do PMAQ-AB. **Saúde em Debate**, [S. l.], v. 42, p. 52–66, 2018. Disponível em: https://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S01031104201800040052&lang=en. Acesso em: 16 de out. 2019.

LIMA, Sayonara Arruda Vieira et al. Elementos que influenciam o acesso à atenção primária na perspectiva dos profissionais e dos usuários de uma rede de serviços de saúde do Recife. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, [S. l.], v. 25, n. 2, p. 635–656, 2015. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010373312015000200635&lng=pt&tlng=pt. Acesso em: 29 nov. 2019.

LIRA, Geison Vasconcelos; CATRIB, Ana Maria Fontenelle; NATIONS, Marilyn K. A narrativa na pesquisa social em saúde: perspectiva e método. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, [S. l.], v. 16, n. 1, p. 59–66, 2003. Disponível em: <https://periodicos.unifor.br/RBPS/article/view/333/2035>. Acesso em: 11 dez. 2019.

LOPES, Adriana Santos et al. O acolhimento na Atenção Básica em saúde: relações de reciprocidade entre trabalhadores e usuários. **Saúde em Debate**, [S. l.], v. 39, n. 104, p. 114–123, 2015. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010311042015000100114&lng=pt&tlng=pt. Acesso em 29 nov. 2019.

LOUVISON, Marília Cristina Prado et al. Desigualdades no uso e acesso aos serviços de saúde entre idosos do município de São Paulo. **Revista de Saúde Pública**, [S. l.], v. 42, p. 733–740, 2008. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/rsp/2008.v42n4/733-740/>. Acesso em: 29 jan. 2020.

LOUVISON, Marília Cristina Prado; BARROS, Sonia. Políticas públicas e envelhecimento: a construção de uma política de direitos e os desafios da atenção integral à saúde da pessoa idosa no SUS. **BIS. Boletim do Instituto de Saúde (Impresso)**, [S. l.], n. 47, p. 09–15, 2009.

MACEDO, Paula Costa Mosca. Desafios atuais no trabalho multiprofissional em saúde. **Revista da SBPH**, [S. l.], v. 10, n. 2, p. 33–41, 2007. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S151608582007000200005&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt; Acesso em. 28 jan. 2020.

MALTA, Deborah Carvalho et al. Cobertura de Planos de Saúde na população brasileira, segundo a Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. **Ciência & Saúde Coletiva**, [S. l.], v. 22, n. 1, p. 179–190, 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S141381232017000100179&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt. Acesso em: 01 fev. 2020.

MARQUES FILHO, José. Relacionamento médico-paciente. **Revista Brasileira de Reumatologia**, [S. l.], v. 43, n. 4, p. 238–239, 2003. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S048250042003000400006&lng=pt&nrm=iso&tlng=en. Acesso em 01 dez. 2019.

MARTINS, Aline Blaya et al. Atenção Primária a Saúde voltada as necessidades dos idosos: da teoria à prática. **Ciência & Saúde Coletiva**, [S. l.], v. 19, n. 8, p. 3403–3416, 2014. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232014000803403&lng=en&nrm=iso>. access on 21 Oct. 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232014198.13312013>.

MARTINS, Josiane de Jesus et al. Políticas públicas de atenção à saúde do idoso: reflexão acerca da capacitação dos profissionais da saúde para o cuidado com o idoso. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, [S. l.], v. 10, n. 3, p. 371–382, 2007. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232012001100007&lng=en&nrm=iso>. access on 21 Oct. 2018.

MENDES, Antônio da Cruz Gouveia et al. Acessibilidade aos serviços básicos de saúde: um caminho ainda a percorrer. **Ciência & Saúde Coletiva**, [S. l.], v. 17, n. 11, p. 2903–2912, 2012. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S141381232012001100007&lng=en&nrm=iso&tlng=pt. Acesso em: 29 jan. 2020.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. Violência contra idosos: relevância para um velho problema. *Cadernos de Saúde Pública*, [S. l.], v. 19, n. 3, p. 783–791, 2003.
MINAYO, Maria Cecília de Souza. **Violência e saúde**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2006.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento**. 11o ed. São Paulo: HUCITEC ; ABRASCO, 2008. (Saúde em debate 46).

MINAYO, Maria Cecília de Souza; SOUZA, Edinilsa Ramos de (org.). **Violência sob o olhar da saúde: a infrapolítica da contemporaneidade brasileira**. Rio de Janeiro, RJ: Editora Fiocruz, 2003.

MIRANDA, Gabriella Morais Duarte; MENDES, Antonio da Cruz Gouveia; SILVA, Ana Lucia Andrade da. Population aging in Brazil: current and future social challenges and consequences. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, [S. l.], v. 19, n. 3, p. 507–519, 2016. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-98232016000300507&lng=en&nrm=iso>. access on 01 Nov. 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/1809-98232016019.150140>.

MITRE, Sandra Minardi; ANDRADE, Eli lola Gurgel; COTTA, Rosângela Minardi Mitre. Avanços e desafios do acolhimento na operacionalização e qualificação do Sistema Único de Saúde na Atenção Primária: um resgate da produção bibliográfica

do Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, [S. l.], v. 17, n. 8, p. 2071–2085, 2012. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S141381232012000800018&lng=en&nrm=iso&tlng=pt. Acesso em: 01 fev. 2020.

MORAES, Edgar Nunes. Discursos dos profissionais de saúde da família na ótica da assistência à saúde do idoso. In: **Atenção à saúde do Idoso: Aspectos Conceituais**. Brasília, Brazil: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012. E-book.. Acesso em: 21 ago. 2018.

MOTTA, Luciana Branco da; AGUIAR, Adriana Cavalcanti de. Novas competências profissionais em saúde e o envelhecimento populacional brasileiro: integralidade, interdisciplinaridade e intersectorialidade. **Ciência & Saúde Coletiva**, [S. l.], v. 12, n. 2, p. 363–372, 2007. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232007000200012&lng=en&nrm=iso>. access on 21 Oct. 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232007000200012>.

MOUNTIAN, Ilana. Reflexões sobre metodologias críticas em pesquisa: interseccionalidade, reflexividade e situacionalidade. **Revista Psicologia Política**, [S. l.], v. 17, n. 40, p. 454–469, 2017. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1519549X2017000300005&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt. Acesso em: 21 jan. 2020.

MOZZATO, Rebelato Anelise; GRZYBOVSKI, Denize. Análise de conteúdo como técnica de análise de dados qualitativos no campo da administração: potencial e desafios. **RAC-Revista de Administração Contemporânea**, [S. l.], v. 15, n. 4, p. 731–747, 2011. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141565552011000400010&lng=pt&tlng=pt. Acesso em: 17 dez. 2019.

MUYLAERT, Camila Junqueira et al. Narrative interviews: an important resource in qualitative research. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, [S. l.], v. 48, n. spe2, p. 184–189, 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S008062342014000800184&lng=en&tlng=en. Acesso em: 21 out. 2019.

NOGUEIRA, Iara Sescon; BALDISSERA, Vanessa Denardi Antoniassi. Continuing Health Education in elderly care: difficulties and facilitators of the Family Health Support Center. **Escola Anna Nery**, [S. l.], v. 22, n. 2, 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452018000200211&lng=en&tlng=en. Acesso em: 18 nov. 2019.

NUNES, Bruno Pereira et al. Tendência temporal da falta de acesso aos serviços de saúde no Brasil, 1998-2013. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, [S. l.], v. 25, n. 4, p. 777–787, 2016. Disponível em: http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S167949742016000400777&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt. Acesso em: 29 jan. 2020.

NUNES, Everardo Duarte. Pesquisa qualitativa de serviços de saúde. *Ciênc. Saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 10, n. 2, p. 499-501, Apr. 2005. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232005000200029&lng=en&nrm=iso&tlng=en; access on 01 Nov. 2018.

OLIVEIRA, Elise Botteselle de et al. Avaliação da qualidade do cuidado a idosos nos serviços da rede pública de atenção primária à saúde de Porto Alegre, Brasil. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, [S. l.], v. 8, n. 29, p. 264–273, 2013. Disponível em: <http://rbmfc.org.br/index.php/rbmfc/article/view/826>. Acesso em: 24 fev. 2020.

OLIVEIRA, Juliana Costa Assis de; TAVARES, Darlene Mara dos Santos. Atenção ao idoso na estratégia de Saúde da Família: atuação do enfermeiro. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, [S. l.], v. 44, n. 3, p. 774–781, 2010. Available from http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342010000300032&lng=en&nrm=iso. access on 01 Nov. 2018.

OLIVEIRA, Renata Francine Rodrigues de et al. Equidade no uso de serviços odontológicos provenientes do SUS entre idosos: estudo de base populacional. **Ciência & Saúde Coletiva**, [S. l.], v. 21, n. 11, p. 3509–3523, 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232016001103509&lng=pt&tlng=pt. Acesso em: 29 nov. 2019.

PAIM, Marina Bastos. Os corpos gordos merecem ser vividos. **Revista Estudos Feministas**, [S. l.], v. 27, n. 1, 2019. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104026X2019000100804&lng=pt&tlng=pt. Acesso em: 17 jan. 2020.

PALMORE, Erdman Ballagh. **Ageism: negative and positive**. 2nd ed ed. New York: Springer Pub, 1999.

PAULA, Weslla Karla Albuquerque Silva de et al. Primary health care assessment from the users' perspectives: a systematic review. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, [S. l.], v. 50, n. 2, p. 335–345, 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S008062342016000200335&lng=en&tlng=en. Acesso em: 01 de out. 2019.

PENNA, Cláudia Maria de Mattos; FARIA, Roberta Souto Rocha; REZENDE, Gabrielli Pinho de. Acolhimento: triagem ou estratégia para universalidade do acesso na atenção à saúde?*. **Revista Mineira de Enfermagem**, [S. l.], v. 18, n. 4, p. 815–829, 2014. Disponível em: <http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/965>. Acesso em: 31 jan. 2019.

PEREIRA, Keila Cristina Rausch; LACERDA, Josimari Telino de; NATAL, Sonia. Avaliação da gestão municipal para as ações da atenção à saúde do idoso. **Cadernos de Saúde Pública**, [S. l.], v. 33, p. e00208815, 2017. <https://www.scielo.org/article/csp/2017.v33n4/e00208815/>. Acesso em: 13 jan. 2020.

PEREIRA, Wilza Rocha. Poder, violência e dominação simbólicas nos serviços públicos de saúde. **Texto & Contexto - Enfermagem**, [S. l.], v. 13, n. 3, p. 391–400, 2004. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010407072004000300008&lng=pt&tlng=pt. Acesso em: 01 dez. 2019

PICCINI, Roberto Xavier et al. Necessidades de saúde comuns aos idosos: efetividade na oferta e utilização em atenção básica à saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, [S. l.], v. 11, p. 657–667, 2006. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/csc/2006.v11n3/657-667/pt/>. Acesso em 29 out. 2019.

PISCITELLI, Adriana. Interseccionalidades, categorias de articulação e experiências de migrantes brasileiras. **Sociedade e Cultura**, [S. l.], v. 11, n. 2, 2008. Disponível em: <https://www.revistas.ufg.br/fchf/article/view/5247>. Acesso em: 21 jan. 2020.

PLACIDELI, Nádia; CASTANHEIRA, Elen Rose Lodeiro. Atenção à saúde da pessoa idosa e ao envelhecimento em uma rede de serviços de Atenção Primária. **Revista Kairós : Gerontologia**, [S. l.], v. 20, n. 2, p. 247, 2017. Disponível em: <https://revistas.pucsp.br/index.php/kairos/article/view/35055>. Acesso em: 21 out. 2018.

POÇAS, Kátia Crestine et al. Censo de estrutura da Atenção Primária à Saúde no Brasil (2012): estimativas de coberturas potenciais*. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, [S. l.], v. 26, n. 2, p. 275–284, 2017. Disponível em: http://revista.iec.gov.br/template_doi_ess.php?doi=10.5123/S167949742017000200275&scielo=S2237-96222017000200275. Acesso em: 26 out. 2019.

PONTES, Ana Paula Munhen de et al. Facilidades de acesso reveladas pelos usuários do Sistema Único de Saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem**, [S. l.],

v. 63, n. 4, p. 574–580, 2010. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010311042019000200592&tlng=pt. Acesso em 29 nov. 2019.

PROCÓPIO, Laiane Claudia Rodrigues et al. A Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde: desafios e potencialidades. **Saúde em Debate**, [S. l.], v. 43, n. 121, p. 592–604, 2019. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010311042019000200592&tlng=pt. Acesso em 11 nov. 2019.

RAMOS, Donatela Dourado; LIMA, Maria Alice Dias da Silva. Acesso e acolhimento aos usuários em uma unidade de saúde de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, [S. l.], v. 19, p. 27–34, 2003 a. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2003000100004&lng=pt&tlng=pt. Acesso em: 16 out. 2018.

RAMOS, Donatela Dourado; LIMA, Maria Alice Dias da Silva. Acesso e acolhimento aos usuários em uma unidade de saúde de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, [S. l.], v. 19, n. 1, p. 27–34, 2003 b. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2003000100004&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 16 out. 2018.

REDE NOSSA SÃO PAULO (RNSP). **Mapa das desigualdades 2019**. Apresentação. 53 slides. Disponível em: https://www.nossasaopaulo.org.br/wpcontent/uploads/2019/11/Mapada_Desigualdade_2019_apresentacao.pdf. Acesso em: 01/03/2020.

RIOS, Flávia; PEREZ, Olívia; RICOLDI, Arlene. Interseccionalidade nas mobilizações do Brasil contemporâneo. **Lutas Sociais**, [S. l.], v. 22, n. 40, p. 36–51, 2018. Disponível em: <https://revistas.pucsp.br/ls/article/view/46648>. Acesso em: 22 jan.2020.

ROLIM, Leonardo Barbosa et al. Evaluation of Primary Health Care attributes of Fortaleza city, Ceará State, Brazil. **Revista Brasileira de Enfermagem**, [S. l.], v. 72, n. 1, p. 19–26, 2019. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003471672019000100019&lng=en&tlng=en. Acesso em: 02 out. 2019.

ROTHER, Edna Terezinha. Revisão sistemática X revisão narrativa. **Acta Paulista de Enfermagem**, [S. l.], v. 20, n. 2, p. v–vi, 2007. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S010321002007000200001&lng=en&nrm=iso&tlng=pt. Acesso em: 26 jan. 2020.

ROZENDO, Adriano da Silva. Ageísmo: um estudo com grupos de Terceira Idade. **Revista Kairós : Gerontologia**, [S. l.], v. 19, n. 3, p. 79–89, 2016. Disponível em: <https://revistas.pucsp.br/kairos/article/view/31558>. Acesso em: 23 nov. 2019.

ROZENDO, Adriano da Silva; JUSTO, JOSÉ STERZA. Sentidos e espaços da velhice na legislação brasileira. In: TRENCH, Belkis; ROSA, Tereza Etsuko da Costa (org.). **Nós e o outro: envelhecimento, reflexões, práticas e pesquisa**. São Paulo: Instituto de Saúde, 2011. (Temas em saúde coletiva 13).

SALDAÑA, Johnny. **The coding manual for qualitative researchers**. 2nd ed ed. Los Angeles: SAGE, 2013.

SANCHEZ, Raquel Maia; CICONELLI, Rozana Mesquita. Conceitos de acesso à saúde. **Revista Panamericana de Salud Pública**, [S. l.], v. 31, p. 260–268, 2012. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/rpsp/2012.v31n3/260-268/>. Acesso em: 29 jan. 2020.

SANTANA, Inayara Oliveira de; VASCONCELOS, Dalila Castelliano de; COUTINHO, Maria da Penha de Lima. Prevalência da violência contra o idoso no Brasil: revisão analítica. **Arquivos Brasileiros de Psicologia**, [S. l.], v. 68, n. 1, p. 126–139, 2016. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S180952672016000100011&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt. Acesso em: 23 nov. 2019.

SANTOS, Carla Targino Bruno dos et al. Percurso do idoso em redes de atenção à saúde: um elo a ser construído. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, [S. l.], v. 26, p. 45–62, 2016. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/physis/2016.v26n1/45-62/pt/>. Acesso em 31 jan. 2020.

SANTOS, Flávia Heloísa dos; ANDRADE, Vivian Maria; BUENO, Orlando Francisco Amodeo. Envelhecimento: um processo multifatorial. **Psicologia em Estudo**, [S. l.], v. 14, n. 1, p. 3–10, 2009. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S141373722009000100002&lng=en&nrm=iso&tlng=pt. Acesso em: 27 jan. 2020.

SANTOS, Sílvia R. Métodos qualitativos e quantitativos na pesquisa biomédica. **J. pediatr.**, [s. l.], 1999. 6, p. 401–406. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-251430?lang=en>. Acesso em: 21 out. 2018.

SCHRAIBER, Lilia Blima. Pesquisa qualitativa em saúde: reflexões metodológicas do relato oral e produção de narrativas em estudo sobre a profissão médica.

Revista de Saúde Pública, [S. l.], v. 29, n. 1, p. 63–74, 1995. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S003489101995000100010&lng=en&nrm=iso&tlng=pt. Acesso em: 27 out. 2018.

SCHULTZ, Águida Luana Veriato. **O apoio matricial como metodologia para o trabalho em saúde no sistema prisional: fatores favoráveis, desfavoráveis e contribuições**. 2018. Dissertação - Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, RS, 2018.

SILVA, Barbara Leone; CANTISANI, Jacobina Rivas. INTERFACES ENTRE A GORDOFOBIA E A FORMAÇÃO ACADÊMICA EM NUTRIÇÃO: UM DEBATE NECESSÁRIO. **DEMETRA: Alimentação, Nutrição & Saúde**, [S. l.], v. 13, n. 2, 2018. Disponível em: <http://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/demetra/article/view/33311>. Acesso em: 17 jan. 2020.

SILVA, Livia Angeli; CASOTTI, Cezar Augusto; CHAVES, Sônia Cristina Lima. A produção científica brasileira sobre a Estratégia Saúde da Família e a mudança no modelo de atenção. **Ciência & Saúde Coletiva**, [S. l.], v. 18, p. 221–232, 2013. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/csc/2013.v18n1/221-232/>. Acesso em: 01 fev. 2020.

SIQUEIRA, Fernando Carlos Vinholes et al. Barreiras arquitetônicas a idosos e portadores de deficiência física: um estudo epidemiológico da estrutura física das unidades básicas de saúde em sete estados do Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, [S. l.], v. 14, n. 1, p. 39–44, 2009. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232009000100009&lng=pt&tlng=pt. Acesso em: 02 nov. 2019.

SOUZA, Elizabete Cristina Fagundes de et al. Acesso e acolhimento na atenção básica: uma análise da percepção dos usuários e profissionais de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, [S. l.], v. 24, p. s100–s110, 2008. Disponível em: https://www.scielo.org/scielo.php?pid=S0102311X2008001300015&script=sci_arttext#ModalArticles. Acesso em: 29 nov. 2019.

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

STOPA, Sheila Rizzato et al. Acesso e uso de serviços de saúde pela população brasileira, Pesquisa Nacional de Saúde 2013. **Revista de Saúde Pública**, [S. l.], v. 51, p. 3s, 2017. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/rsp/2017.v51suppl1/3s/pt/>. Acesso em: 29/01/2020

STRALEN, Ana Cristina Sousa Van et al. Percepção de médicos sobre fatores de atração e fixação em áreas remotas e desassistidas: rotas da escassez. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, [S. l.], v. 27, n. 1, p. 147–172, 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102311X2008001300019&lng=pt&tlng=pt. Acesso em: 02 out. 2019.

TESSER, Charles Dalcanale; NORMAN, Armando Henrique. Repensando o acesso ao cuidado na Estratégia Saúde da Família. **Saúde e Sociedade**, [S. l.], v. 23, p. 869–883, 2014. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/sausoc/2014.v23n3/869-883/pt/>. Acesso em: 29 jan. 2020.

TESSER, Charles Dalcanale; POLI NETO, Paulo; CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. Acolhimento e (des)medicalização social: um desafio para as equipes de saúde da família. **Ciência & Saúde Coletiva**, [S. l.], v. 15, n. suppl 3, p. 3615–3624, 2010. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232010000900036&lng=pt&tlng=pt. Acesso em: 29 de nov. 2019.

TOLLEY, Elizabeth E. **Qualitative methods in public health: a field guide for applied research**. Second edition ed. San Francisco, CA: Wiley, 2016. (Jossey-Bass public health).

TRAVASSOS, Claudia; MARTINS, Mônica. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, [S. l.], v. 20, n. suppl 2, p. S190–S198, 2004. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102311X2004000800014&lng=pt&tlng=pt. Acesso em: 09 nov. 2019.

TURATO RIBEIRO, Egberto. Introdução à Metodologia da Pesquisa Clínico-Qualitativa Definição e Principais Características. **Revista Portuguesa de Psicossomática**, [S. l.], v. 2, n. 1, p. 93–108, 2000 Disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/287/28720111.pdf>. Acesso em: 17 dez. 2019.

TURRINI, Ruth Natalia Teresa; LEBRÃO, Maria Lúcia; CESAR, Chester Luiz Galvão. Resolutividade dos serviços de saúde por inquérito domiciliar: percepção do usuário. **Cadernos de Saúde Pública**, [S. l.], v. 24, n. 3, p. 663–674, 2008. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2008000300020&lng=pt&tlng=pt. Acesso em 25 fev. 2020.

VERAS, Renato Peixoto; CALDAS, Célia Pereira; CORDEIRO, Hesio de Albuquerque. Modelos de atenção à saúde do idoso: repensando o sentido da prevenção. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, [S. l.], v. 23, n. 4, p. 1189–1213,

2013. Disponível em:
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010373312013000400009&lng=pt&tlng=pt. Acesso em: 24 fev. 2020.

VERAS, Renato Peixoto; OLIVEIRA, Martha. Envelhecer no Brasil: a construção de um modelo de cuidado. **Ciência & Saúde Coletiva**, [S. l.], v. 23, p. 1929–1936, 2018. Disponível em: <https://www.scielosp.org/article/csc/2018.v23n6/1929-1936/pt/>. Acesso em: 31 jan. 2020.

VIACAVA, Francisco et al. SUS: oferta, acesso e utilização de serviços de saúde nos últimos 30 anos. **Ciência & Saúde Coletiva**, [S. l.], v. 23, n. 6, p. 1751–1762, 2018. Disponível em:
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232018000601751&lng=pt&tlng=pt. Acesso em: 12 nov. 2019.

VINUTO, Juliana. A amostragem em bola de neve na pesquisa qualitativa: um debate em aberto. Disponível em: <https://www.semanticscholar.org/paper/A-AMOSTRAGEM-EM-BOLA-DE-NEVE-NA-PESQUISA-UM-DEBATE-Vinuto/cd8e3ecb215bf9ea6468624149a343f8a1fa8456>. Acesso em 17 jan. 2020.

VITORIA, Angela Moreira et al. Avaliação dos atributos da atenção primária à saúde em Chapecó, Brasil. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, [S. l.], v. 8, n. 29, p. 285–293, 2013. Disponível em: <http://rbmfc.org.br/index.php/rbmfc/article/view/832>. Acesso em: 02 out. 2019.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Plano de Ação Internacional de Viena Sobre o Envelhecimento**. Geneva: WHO; 1982.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **A glossary of technical terms on the economics and finance of health services**. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 1998

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Active ageing: a policy framework**. Geneva: WHO; 2002.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (ED.). **Global age-friendly cities: a guide**. Geneva: World Health Organization, 2007.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Transformando Nosso Mundo: a Agenda 2030 para Desenvolvimento Sustentável**. Geneva: WHO; 2015

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Plano de ação internacional contra o envelhecimento**, 2002. Brasília: WHO; 2002.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE PORTO ALEGRE

APÊNDICE 1 – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Esta pesquisa que tem como título “Acesso De Idosos Aos Serviços De Atenção Primária à Saúde” está sendo desenvolvida por pesquisadores vinculados ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. É parte do estudo “Acesso a Atenção Primária em Porto Alegre: Perspectiva do usuário”, conduzido pelo mesmo programa de pós-graduação, pelo Centro de Pesquisa em Odontologia Social da Faculdade de Odontologia/UFRGS e Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre.

Com objetivo de avaliar o acesso dos serviços de Atenção Primária à Saúde por meio da percepção do usuário no município de Porto Alegre buscando caracterizar o acesso a esses serviços de saúde, inclusive o serviço de saúde bucal e analisar o acesso aos serviços de APS nos distritos sanitários a partir da percepção do usuário. Para isso, será feita uma entrevista com perguntas que respondam a estas questões.

Farão parte do estudo os adultos maiores de 18 anos de idade residentes nos domicílios selecionados das áreas de atuação das equipes pertencentes aos serviços selecionados, que aceitarem livremente participar da pesquisa, após a leitura, aceitação e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Sua participação nesta pesquisa compreenderá responder um questionário para avaliar a qualidade do serviço de saúde e, também, de saúde bucal que o Sr(a) utiliza, estilo de vida e questões sócio demográficas, como renda e escolaridade.

Este estudo não implica em nenhum risco para a sua saúde, apenas a disponibilidade de tempo para responder o questionário, cuja entrevista será feita na sua casa, com tempo estimado de uma hora.

Será assegurado ao participante desta pesquisa que:

1. A concordância ou não em participar da pesquisa em nada irá alterar seu atendimento no seu local de consulta;
2. Este estudo não implica em nenhum risco para a sua saúde, apenas a disponibilidade de tempo para responder o questionário, cuja entrevista será feita na sua casa;

3. Para fins de pesquisa os pesquisadores garantem que o seu nome será preservado e que nenhum dado sobre sua pessoa ou sua família será divulgado;

4. A participação nesta pesquisa pode ser interrompida a qualquer momento, se o (a) participante assim o decidir, sem que isto traga prejuízo à continuação do seu cuidado e do seu tratamento e nenhum prejuízo para si;

Após ter sido informado sobre a pesquisa de forma clara e detalhada e ter esclarecido minhas dúvidas eu _____ (usuário do serviço de saúde) concordo em participar deste estudo. Declaro que recebi cópia deste Termo, bem como recebi a informação de que se houver qualquer dúvida poderei entrar em contato com a pesquisadora Carolina da Silva Buno, com o seu orientador Prof. Dr. Alexandre Fávero Bulgarelli, nos telefones e e-mails abaixo descritos. Declaro que fui igualmente informado da liberdade de retirar meu consentimento a qualquer momento sem prejuízo de meu atendimento na unidade de saúde, da garantia de que não serei identificado quando da divulgação dos resultados e de que as informações obtidas serão utilizadas apenas para fins científicos vinculados ao presente projeto de pesquisa.

Este formulário foi lido para _____ em
_____/_____/_____ pelo _____
enquanto
eu estava presente.

_____, de _____ 2018.

Assinatura do Participante

Nome do Participante:

Data:

Assinatura do Pesquisador

Nome do Pesquisador:

Data:

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE PORTO ALEGRE**

APÊNDICE 2 – ROTEIRO NORTEADOR

Nome completo : _____

Sexo: () Feminino () Masculino

Data de Nascimento: _____ **Idade:** _____

Raça/Cor: () branca () preta () amarela () parda () indígena

Escolaridade: () 0 à 3 anos () 4 à 8 anos () mais de 8 anos

Unidade de Saúde que utiliza: _____

Tempo de entrevista: _____

Avaliação adaptada do estado de Saúde Mental

1. Orientação temporal	Em que dia estamos?	Dia da semana	() executa () não executa
		Dia	() executa () não executa
		Mês	() executa () não executa
		Ano	() executa () não executa
2. Orientação espacial	Onde estamos?	Local	() executa () não executa
		Cidade	() executa () não executa
3. Memorização	Dizer as palavras e pedir para que o idoso repita em seguida. Repetir no máximo 5 vezes.	Caneta Tijolo Tapete	() executa () não executa
	Peça a pessoa idosa que repita as palavras ditas anteriormente.	Caneta Tijolo Tapete	() executa () não executa
4. Linguagem	Mostre um relógio e uma caneta e peça ao idoso para nomeá-los	Relógio Caneta	() executa () não executa
5. Linguagem	Peça ao idoso que repita a frase	“NEM AQUI, NEM ALLI, NEM LÁ”	() executa () não executa
6. Linguagem	Peça ao idoso que siga uma ordem de 3 estágios de comando	1. Pegue o papel com a mão direita ;	() executa () não executa
		2. Dobre o papel ao meio	() executa () não executa
		3. Ponha o papel no chão	() executa () não executa

ROTEIRO

Temas a serem abordadas	Disparadores
Questões iniciais (exploração do campo)	<p>Apresentação do entrevistador e dos objetivos da pesquisa;</p> <p>Apresentação do informante (nome, o que gosta, rotina);</p> <p>Como você está se sentindo hoje ?</p>

Acesso na concepção do usuário	<p>E quando você se sente mal ou tem algum problema de saúde, que serviço de saúde Sr.(a) costuma a procurar?</p> <p>Me conte, qual foi a última vez que você foi a um serviço de saúde e qual foi o motivo?</p> <p>Geralmente, como é a experiência, atendimento quando procura os serviços aqui na unidade de saúde?</p>
Acessibilidade na unidade de referência	<p>Me conte um pouco sobre como é para você ir à unidade de saúde sendo uma pessoa com mais de 60 anos ;</p> <p>Você percebe que é tratado de forma diferente do que outras pessoas quando vai na unidade de saúde?</p>
Potencialidades e nós-críticos: o que pode ser melhorado ?	<p>Teve alguma situação que aconteceu na unidade que você gostou muito ou achou ruim. Me conte mais sobre isso ...</p> <p>Na sua opinião, existe algo que a unidade de saúde deveria ter algo para que você goste mais?</p>

APÊNDICE 3- ENTREVISTA MODELO

Tempo total de entrevista: 00:54:00

E1: Então Dona [nome suprimido], gostaria que tu te apresentasse. Que tu me contasse como é o seu cotidiano, o seu dia -a-dia, o que tu tem feito durante esse tempo, o que já fez. O que você quiser me contar, eu quero saber. Bem Livre !

I4: Bom... ;* O que eu já fiz... ;* Trabalhei muito pra criar *; os 5 filhos, que ;*2s. Eu vivi ;*2s maritalmente, com um cidadão onze anos. Ah, a gente viveu juntos. *; 5s ... Era uma maravilha, a gente teve cinco filhos e ;*2s inventamos de casar, né ? Ele era da brigada, dos bombeiros, aí a gente inventou de casar. Casamos um ano, se separamos no outro. E eu fiquei com os 5 filhos ;* pequenos, escadinha e... ;* E aí eu parti pra guerra, né? Porque até então, eu trabalhava antes de conhecer esse senhor que é pai dos meus filhos. É ... ;* é , mas depois que a gente começou a morar junto, aí eu não trabalhei mais, só cuidava da casa, dos filhos e dele, naturalmente. Só que foi aquilo, né ? ;*5s Depois que a gente casou, um ano, não chegou há um ano depois, a gente se separou e ele foi embora com outra mulher. Foi embora e eu fiquei com os 5 filhos, escadinha: o mais velho na época tinha... 11 anos e o resto era tudo pequenininho. Esse mais velho o Israel, que tava falando que ia fazer aniversário amanhã, ele ficou com 8 mês. Aí eu tive que ir a luta, né? Trabalhar. ;* Coloquei eles na creche da brigada. ;*5s E o maior, que tinha 11 anos, ele já estava estudando, aqui no Paulo da Gama e eu fui trabalhar pra criar eles. Ficou um bom tempo só eu, eles e Deus. Aí depois de muitos muitos anos depois, o Leandro já tava com 14 ...;* 14 pra 15 anos, foi quando eu conheci o pai do meu filho, que é pai daquela princesa que está ali. Né?;* [aponta para a foto da neta pequena]. Aí a gente morou junto também muitos anos. Só que depois a gente se separou também, de lá pra cá, aí óh, é só eu e Deus e meus filhos. E cheguei aonde eu cheguei agora, né? Que eu parei a minha vida: eu estudava, até então eu ainda trabalhava. Mas aí quando a minha nora faleceu, ah...ah eu fiquei com a minha netinha ;* E criei até os 10 anos, agora. E agora eu tô aqui, só eu e Deus, né ? A minha filha, mora do lado, mas é tudo assim “ oi, mãe; oi vó” têm mais dois netos que moram ali. E minha vida é isso aí, óh: é * , dentro de casa, lavando minha roupinha, botando na corda, me esquecendo de comer.

E1: Hmmm.

I4: A médica, quando tem as consultas marcadas, tanto faz se é no posto, como lá na Santa Casa. E eu tenho a minha Nora Jeniffer, que sempre vai comigo, eu nunca vou só, que o próprio médico disseram, né? Não é pra mim andar sozinha, e aí é isso. Minha vida é isso, aí.

E1: E a senhora é aposentada?

I4: Eu recebo um benefício ... ;*2a não fui aposentada ainda.

E1: Ainda não?

I4: É ainda não, agora vamos ver, falar com os médicos pra saber se agora eu posso mexer com a aposentadoria. Porque ... ;*2s na época que eu fui, buscar minha aposentadoria ah..; ;*5s Ah, eu não tinha o tempo, di di... [dificuldades para lembrar-se do termo]

E1: De contribuição?

I4: De contribuição ! Aí no INSS eles disseram que,*;2s tinha duas opções, né? Ou eu pagava na época R\$4.000,00 reais ou eu teria que buscar *; as duas firmas. ;*2s Simplesmente sumiu, ninguém nunca mais achou aquelas duas firmas que eu trabalhei. E essas duas firmas eu trabalhei anos e essas firmas sumiu !

E1: Eles não pagaram teu benefício do INSS?

I4: Quem ?

E1: As duas empresas?

I4: Não ! ;*2s E aí então, como ;*eu já vinha apresentando muito problema nos meus joelho, no meu quadril né ? Daí eu me tratava na época no posto aqui em cima e uma médica muito boa ali, ela me encaminhou pro INSS, né pra pericia, tudo. Foi aí que eles me deram essa aposentadoria *, por invalidez . E é o que eu recebo até hoje .

E1: Uhum, entendi, já que a gente tocou um pouquinho na questão da saúde, né? Nessa questão também da aposentadoria. Quer saber como é que tu está se sentindo hoje? Como tu acordou se sentindo?

I4: Olha, minha querida, eu contando às vezes eu acho que as pessoas até devem achar que é mentira minha. Eu tenho muita dor nos meus ossos, sabe? Eu, eu tenho muito sono também. ;* Por mim, por mim, eu não *; abriria a casa nunca, eu ficaria encerrada, levantada, comia se tivesse vontade - que eu não tenho vontade de comer - , né? E me deitar de novo. Por que eu não tenho ânimo pra sair. Pra ir ali no mercadinho que abriu aqui ... ;* pertinho. Eu não tenho ânimo, eu tenho dor. Eu tenho muita dor, sabe? Nas minhas pernas, nos meus ossos, meu dói muito do joelho pra baixo. Eu to com essa ... ;*3s Tô com essas coisa aqui que nem os médicos sabem se isso daqui é trombose. Eu tô esperando ainda, eu tô na fila pro ... ;*s cardiovascular. Pra saber o que é isso aí. Eu passo mais um “acalmante” pra dor. Me dói muito os ombros, me dói muito as juntas das mãos, sabe? As pernas eu me, eu me pra me sentar eu gemo, pra levantar eu gemo, pra deitar, pra me virar na cama. Então, se eu não tomo um remédio pra dormir, que é pra dor e pra dormir, eu passo a noite toda me rolando e eu não consigo dormir.

E1: Então todos os dias tem essa dor?

I4: Todos os dias, todos os dias. É...;* é dor nas cadeiras. Eu, eu não sei se, exames de ... ;* pros rins, de urina, eu já fiz vários e ;*3s não dá nada. O cardiovascular quer saber, né? E eu tenho esse probleminha no coração também, dá falta de ar, né ? Mas pra isso daí eu tomo remédio. Então eu vou levando vou levando, de uma consulta a outra. Que na Santa Casa é de 2 em 2 meses que eu consulto.

E1: E lá na Santa casa, tu faz o acompanhamento do vascular?

I4: Pois, eu tô na fila, lá na santa casa. Pra esperar o cardio vascular. Ele mandou me encaminhar quando eu baixei. ;* O ano ... ;2s Eu operei a vesícula, lá na Santa Casa, e o cirurgião que me operou a vesícula mandou um cara, pediu um cara, um cardiovascular ir no quarto ver minhas pernas, né ? Esses dois pés aqui [aponta para os pés] Ai ele foi, né? Minha filha, Xana, tava no quarto comigo, ai ele falou pra minha filha, indicou ela, que era pra onde ela ir, lá dentro mesmo da Santa Casa pra marcar*; uma consulta com ele, com o cardiovascular, mas só que daí ele não disse que eu tinha que ir pra fila, né ? A gente só ficou sabendo que eu fui pra fila do Cardiologista [hospital] para o cardiovascular demora anos e anos, a gente não sabia também que demorava tanto. ;*5s Na segunda consulta que eu fui pra *; avaliação daqui né, que o próprio cirurgião que me operou disse: " É, vai demorar, vó ! Vai demorar por que a senhora foi pra fila, mas a senhora está inscrita. Mas demora, isso demora de um a dois anos". Um ano já fez, né? E eu to na espera. E cada vez que eu vou pra consulta que eu me trato ;*2s Esse negócio da falta de ar que eu tenho. EU não consigo caminhar muito, não! Pra mim ir daqui a esquina, lá;* eu vou patinando, se tu disser pra mim ir daqui a outra esquina eu vou me arrastando. Então eles querem saber o por que dessa falta de ar, já fizeram exame de tudo o quanto foi jeito, e agora estão [incompreendível] do coração não é. Eu tenho um por sim no coração, mas tá sendo controlado com a medicação, então eles querem saber se é do pulmão. Só ;* que agora dia 19, parece que é dia 19 eu tenho consulta de novo, né? Pra levar os exames.

E1: Hmmmmm

I4: Porque eles querem saber o por que dessa falta de ar. Eu hoje eu tô bem, mas às vezes quando tá bem fresquinho assim ;*, sem a possibilidade de estar quente nem sol, eu to com uma falta de ar, uma falta de ar daquelas ! Eu passo mais deitada do que sentada. Então eles querem saber o por que disso daí, agora eles vão fuçar os meus pulmões. Agora semana passada, ... ;*3s Foi a semana passada eu tive consulta no posto e o médico do posto me encaminhou por causa desse problema deu esquecer, né ? Ele me encaminhou pra eu fazer, né ... ;*6s Ai agora eu não lembro o nome !

E1: Não tem problema.

I4: mas depois que ele tinha me encaminhando, tinha me dado o papel tudo pra mim levar ;** pra mim levar pra ser carimbado 6*; ai ele pensou, pensou, começou a mexer no computador, ai ele disse: -"Vó" ! AH, não antes ele disse pra mim: " A

senhora sabe que vai ter que esperar de dois a três anos" e eu disse " Ah doutor, pelo amor de Deus, se eu já tô esquecendo ... ;*3s Se o senhor me perguntar o que eu comi ontem eu não lembro, imagina de dois a três anos". Daí ele parou fuçou fuçou fuçou e, disse assim: " É, me dê esse papel aqui !" e pegou o papel, rasgou e disse: "Eu vou lhe encaminhar aqui pelo posto mesmo que vai demorar uns 8 meses. Mas 8 meses para 2 ou 3 anos, a gente tá no lucro. E a senhora e não vai morrer desse problema, mas vou lhe encaminhar por aqui." Ai ontem, a minha nora foi ali e marcou já né o tal de exame, só que agora eu não me lembro pra que dia é, mas já vou fazer esse exame pra alzheimer, que ele disse que isso aí é sintomas, esses esquecimentos tudo. Mas não é de agora que eu tenho isso. Eu já me perdi na rua, já tomei ônibus errado, eu andei no centro sem saber aonde eu andava , isso aí já vem de bastante tempo já, uns 4 anos pra cá.

E1: Não realmente tem que investigar. E dona [nome suprimido], quando tu tem algum mal estar, além dessa dores que tu relata, querendo, querendo, querendo ou não tá fazendo parte da tua vida faz um tempo, quando tu tem algum mal estar assim, além dessas dores, que serviço de saúde, que lugar de consulta, onde que a senhora costuma se consultar?

I4: Olha, como o posto tem muita dificuldade a pessoa tem que ir lá marcar consulta, pra daqui a não sei quanto tempo, sabe ? Eu procuro sempre ali na 12 sabe? [serviço de urgência e emergência] Que inclusive foi aonde meu filho, mora a não ser nessa casa aqui na outra, e a minha nora me levaram que foi urgente quando me deu a crise de...;* vesícula. Então dali eles me encaminharam. Como eu já tinha consultado ali na Santa Casa, meu filho disse " olha, ela consulta na Santa Casa também". Aí eles já dissera: "então já é meio caminho andado,, daqui ela já vai direto pra Santa Casa". E como eu fiquei baixada, tudo, mas eu nunca procuro o posto antes porque não adianta né, tem que marcar consulta, eu já cansei ir no postando morrendo de dor, né ? ;*s E marcar consulta com o médico, mas antes deu consultar com o médico do posto, eu fui obrigada a ir num...num ali na 12 pra consultar, pra poder tomar o remédio, porque aqui não tem como né?

E1: E Dona [nome suprimido], me conta tu lembra mais ou menos, qual foi a última vez que tu passou numa consulta médica e aonde foi, qual foi o motivo mais ou menos?

I4: A última vez foi agora, a semana retrasada ... ;*2s Eu não me lembro, parece que foi dia 03, do mês passado agora que eu tive no posto aqui, foi aonde eu consultei a pedido do médico lá da Santa Casa que dai ele disse que era pra mim vir pro posto, que eu tava lá na Santa Casa consultando, por causa desse negócio ... ;*3s da minha falta de ar. Ai eu perguntei pra ele como eu faria, pra consultar ... ;* com o médico de cabeça, ele me disse: "Como assim, vó?". Eu digo: "É, porque eu tô esquecendo, eu só não esqueço da minha cabeça porque ela tá grudada. Por que eu me esqueço e eu caio muito, né ? ;*2s E eu queria saber se eu posso consultar aqui, se tem um médico aqui pra isso. Ai ele disse: 'Ter até tem vó... Mas é aquilo. Né, a senhora teve sorte de ser encaminhada por aqui, pro cardiologi... pro cardiovascular porque a senhora tava baixada aqui. Mas agora pra senhora

conseguir *; consulta...", no caso pra esse médico ai que ele disse o nome, "...a senhora vai ter que ir no seu posto de saúde... E pedir pro médico do posto de saúde lhe encaminhar pra cá."

E aí foi o que esse médico fez. Aí ele disse pra mim: "olha, não é necessariamente na Santa Casa. Podem lhe chamarem ;*2s na PUC, podem lhe chamarem no ;*5s Clínicas, podem lhe chamarem em qualquer um desses postos assim. Não é necessariamente na Santa Casa" Aí foi onde ele começou a fuçar, fuçar, fuçar e viu o tempo de espera que eu iria ter, né, que esperar. E ;*3s eu acho que ele viu que o caso não é muito, não é muita brincadeira, aí ele resolveu ele mesmo me encaminhar por aí.

E1: Por lá.

I4: É. Mandou fazer um monte de exames, e agora segunda-feira eu vou fazer, né ? ;*2s E vou ser tratada por aí mesmo.

E1: Dona [nome suprimido], me conta. Geralmente assim, quando tu, né, precisa ali, acessar a unidade ali, né, que tu usa, que é o postinho da Bananeiras, como que é essa... Essa experiência, como que é ir até a unidade?

I4: Como assim?

E1: - O atendimento. Como que é o atendimento? Como tu se sente...

I4: - Olha...

E1: - ...sendo atendida ali?

I4: - ...sinceramente?

E1: - Uhum.

I4: Eu passei muito tempo sem ir na ;*2s Bananeiras. Por que esse meu problema que eu tinha na vesícula ;* eu me tratava na Bananeiras, sabe? Mas só que o médico nunca ;*2s Nunca mandou fazer um ;*n exame né, profundo, nem coisa nenhuma. Tanto foi que ele me perguntava assim: "A senhora tem crise?" E"u digo: Não!... Não tenho crise! Que crise que o senhor quer que eu tenha?" "Dor, quando a senhora se alimenta? A senhora sente dor? A senhora vomita muito?"

Eu digo: - Não! Nunca vomitei na minha vida! E olha que quando eu era nova eu bebia que nem uma desgranida e eu nunca vomitei, né ?

Por que eu tinha isso aqui assim muito alto, sabe? Era enorme e eu tinha muita dor. Ele disse: - Pois é, parece que é vesícula.

Eu digo: -Parece ou é vesícula? Ele disse: - Não. Parece que é vesícula.

E a Xana tava comigo nesse dia. Ela consultou com esse mesmo médico. Eu não lembro agora o nome dele. Mas parece que ele não voltou *praí* não. Era um médico grandão, alto. *n ai ele disse pra mim: - Eu vou mandar a senhora fazer os exames, pra operar a senhora."

Eu digo: Operar de quê? Ele disse: Ué! da vesícula."

Eu digo: Mas eu não tenho dor em vesícula. Não tem crise. O senhor disse que tem que ter dor, tem que ter crise, tem que vomitar, eu não tenho nada disso! Como é que o senhor vai mandar me operar?... Ai ele disse: "Não, mas tem que operar! E é urgente."

Fez, baixou a cabeça, escreveu e deu na minha mão e disse: "A senhora vai lá na frente que é com urgência isso ai."

Eu sai de dentro do consultório dele bufando de braba, né ? E me sentei do lado da minha filha, e a minha filha era a segunda. mas a gente não sabia que era pro mesmo médico. Ai... Ele chamou ela: "Chana Couto Ferreira". Ela foi! Né. Foi consultar com ele. Ai, olhando... o prontuário dela e o meu, a Chana disse que ele olhava pro prontuário dela e pro meu, que tava do lado dele assim, e olhava pra cara dela. Ai ele disse: - "Vem cá... Que que tu é dessa velha teimosa? Que saiu daqui agora?". A velha teimosa sou eu ! A Chana disse: "Eu sou mãe dela; * sou filha dela. Ela é minha mãe. -""Tu sabia que essa velha teimosa não quer se operar?". A Chana: "Mas se operar de que?" -"Da vesícula. Eu dei os papéis pra ela levar lá pra frente pra *ser assinado*, pra marcar hospital e ela disse que não vai fazer nada. Vai lá e marca pra essa ;*2s pra chamar essa velha teimosa que eu botei urgente!" Ai a Chana foi *; saiu passou por mim assim, *; eu com os *papel* na mão sentada bem bonitinha, *; louca de raiva do médico. A Chana passou a mão no *meus papel* e se foi lá pro *n. - Que isso Chana, ta louca? Disse: "Ué, o médico descobriu que tu é minha mãe e ele te chamou de velha teimosa, e ele mandou marcar esses exames, esses *; coisa aqui, que tu tem que te operar urgente."

Eu digo: - Eu não vou me operar. Mas ela foi, eu fiquei sentada. Ai ela foi lá pro balcão, marcou N. ;*5s Não levou três...;*3s Não levou uma semana. Mandaram me chamar no posto. Só que daí não era pra operar a vesícula. Não era a vesícula que ele tinha marcado. Era o baço!

E1: - Hmmm.

I4: - Ai eu mostrei pra Chana, né, e a Chana Disse: "Ué! Mas como? O médico disse que era pra vesícula." Eu digo: Seja pra vesícula, seja pro que for eu não vou me operar. Esse homem é louco. E ai, a Chana: "Não mãe, mas vamos, eu peço folga, que ele disse que é cirurgia rápida, que tu não vai ficar baixada nem nada." Eu digo: Eu não vou. E não fui. larguei de mão, a Chana não sei se ela guardou aqueles papéis ou não. Só que daí muito tempo depois, me deu uma crise só, que foi que eu tive que sair daqui, ir pro postão, pro postão, ;* pra esse... lá pra Doze, e daí era a vesícula. Que tava assim ó... A ponto de estourar.

O médico falou pro meu filho, disse: "Olha..."Ainda me enfiaram um cano... na, na minha goela. E eu não tem... E a Chana Trabalha em hospital né, e ela mais ou menos, ela entende da coisa. E eu no corredor, numa cadeira... Gritando de dor e vomitando que nem louca! Coisa que eu nunca vomitava. Ai me enfiaram aquele cano na minha goela e a Chana do meu lado, e eu agarrei as *mão* dela assim. Eu torcia ela. E aquela mulher *; enfiando, tentando enfiar, ela queria enfiar RETO aquilo assim, sabe? E ai eu gritando de dor, ai a Chana foi, segurou a mão dela... E ela: " O que que foi!?"

Ela disse: "Peraí! Pelo que eu to vendo tu ta fazendo cagada com a minha mãe! Pelo o que eu to vendo, minha mãe não tem.. Essa entrada RETA assim como tu ta fazendo!" Porque a Chana disse que quando ela enfiar, tentar assim, isso aqui assim saltava em mim. Ai ela disse: "Quem sabe tu dá um jeitinho e... Dá uma viradinha e... Volta de novo." Ai ela disse: "Será?" E ai ela fez e [regorgeio] e ai a Chana disse assim: "Engole mãe! Engole mãe!" . E ai eu consegui, sabe? Engolir aquela porcaria! Ai fizeram lá, aquele exame *não sei das quantas*, que era pra ver se era vesícula mesmo, né?

Quando ela puxou aquilo, ai o médico já tava do meu lado ali. Eu sei que eu *meio* desmaiei. Me levaram já pro ... ;*2s Pra.. *pruma* sala. E depois eu não vi mais nada. Mas esse médico aqui do posto...;*2s Depois disso eu nunca mais fui.

E1: - Mas, tu nunca mais foi por que tu te incomodou com essa postura do médico... Ou por quê?

I4: - Não. Assim ó: Nunca mais fui ;* no posto pra consultar com esse médico. Pra saber o porque que ele queria que eu operasse a vesícula e botou num papel que, não era a vesícula, era o baço. Eu nunca mais fui.

Mas eu voltei várias vezes ali pra consultar com o pequenininho aquele, o Mateus. Aquele *médiquinho* também ;*2s ... Era outro que ele não ;*3s ... Ele nunca tocou em mim pra me examinar. Sabe? Não sei com os outros pacientes, mas ele nunca tocou em mim.

Inclusive essa, essa... ;*2s Esse problema do coração... ;*2s eu pedia pra ele: "- Doutor, o senhor não pode escutar o meu coração?". Porque tinha dias que eu tava parada aqui ó, lavando louça, e me dava uma dor no peito, sabe? eu ficava assim [suspiro caracterizando dor aguda] sabe? Mesmo que tu tivesse falando comigo. Eu ficava... [silêncio] ;*3s E eu não conseguia falar. Ai passava uns minutos eu assim parada, com os *ólho regalado*. A minha neta cansou de me sacudir. Parada aqui. "Vó! vó! vó!" E eu parada. ;*2s Ai quando voltava... Quando eu voltava a respirar ;* o coração ;* fazia assim: *pofo, pofo, pofo, pofo* [caracterizando batimentos mais fracos]

E1: - Nossa ...

I4: - E eu falava isso muito pro [nome suprimido].. Ele só mandava fazer exame, exame, exame, exame de coração, exame de coração... E sempre dizia que não dava nada. E isso foi descoberto na Santa Casa, que eu passei a tomar remédio até hoje. Então eu consultei com o Mateus, eu acho que umas... ;*5s Acho que umas cinco vez só. E depois, ai sim, ai eu larguei de mão. Quando eu fiquei na Santa Casa definitivo eu larguei de mão o posto. Eu só voltei agora porque o médico da Santa Casa disse que tem que ir... ;*2s Passar, que eu teria que passar pelo posto, pro posto... pro médico do posto me encaminhar pra lá. Só que eu fui e ele mandou, esse médico dai, do posto, mandou fazer os exames.

Agora dia 19 eu tenho consulta ;*2s ... na [nome suprimido] ;*2s ... E não sei... quando os exames *ficar pronto* eu tenho que levar *n pra esse médico do posto de novo, pra ver se ele vai me encaminhar realmente pra Santa Casa.

E1: - Aham. E Dona [nome suprimido] né, tu me contando assim dessas duas, né, duas situações específicas. Como é que tu se sentiu assim, como é que tu te sente quando tu vai numa consulta, pede pro médico, né, lhe examinar, o médico examina, o outro, né, te chama, né, ele trata de uma maneira, né, não muito bacana...?

I4: - É ;* A gente se sente assim. ... ;2s Nada né? No caso ;*2s... eu me senti um nada, né ? Até eu tomava muito café na época *n... desse negócio que eu sentia no coração, essas *dor* que eu sentia no coração, eu tomava muito café. Eu era viciada em café. E eu caí na asneira de falar pro médico do posto, né ? ;*3s Eue eu tomava muito café. Eu tomava café de manhã, eu tomava café 10h da manhã. Cafezinho, cafezinho, mas era cafezão. Na minha caneca que eu tenho ali. Eu passava praticamente o dia tomando café, sabe?

E eu falei pra ele. Eu não falei, eu perguntei, eu fiz uma pergunta: Se o café fazia mal pro coração. ;*5s Que que ele fez? Ele pegou uma térmica, tava do lado dele assim, botou em cima da mesa...;*5s Pegou o copo da térmica, botou café, disse: "café não faz mal pro coração. Quem foi que disse pra senhora que café faz mal pro coração?" Eu digo: Não, eu ouço falar. Por que eu tomo muito café e eu tenho essas dores *; no peito. Ele disse: "Não. Quem te disse, disse errado. Café não faz mal pro coração, eu todos os dias eu trago a minha térmica *; café, eu tomo café em casa, eu tomo café até dentro do carro." Né ;*2s E eu continuei ;*2s tomando café. Só que na Santa Casa me tiraram o café. Eu não deixei de tomar café, mas me tiraram aquela quantidade de café que eu tomava.

E1: hmmm.

I4: - Era bem grande. E se possível tomar com leite, não preto. E eu ;*2s Agora que eu to me habitando a tomar café com leite. Porque meu café era preto e era...

E1: - Pra não atacar. E nessa ocasião tu sentiu que o médico, ele, né, ele falou dessa questão do café, lhe orientou que não fazia mal, mas de uma forma que lhe deixou de um jeito..

I4: - Eu me senti, primeiro né ;* eu achei assim: Pô! ele deve não sofrer do coração. Que bom né ! Não deve ter problema nenhum do coração. Mas eu fiz uma pergunta pra ele, meu coração não é igual o dele, né ? Ele podia, ter dito outra coisa ou mandado diminuir o café, né ? Mas não dizer pra mim que o café não fazia mal pro coração. Aí quando eu comecei a me tratar na [nome suprimido], o médico da [nome suprimido] disse: "Faz mal pro coração sim, ;*2s por causa da cafeína. Pode tomar. A senhora pode tomar café. Mas tome café normal, mas tira esses cafézinho, esses café fora de hora... que a senhora toma. Isso aí ajuda a prejudicar seu coração."

E1: - Não, tá certo ! E me conta um pouquinho mais, Dona [nome suprimido], como é que é, né, a senhora né, considerando que tu tem mais de 60 anos de idade, que a gente considera que é idoso, se tu percebe que tem um atendimento diferente

para o idoso ali na unidade. Diferente tanto né, a gente considerando uma coisa positiva, quanto uma coisa não tão bacana.

I4: - Olha, antes eu ;* achava assim.. ;*2s Bem ruim. Antes. na época desse médico grandão que eu to te falando. Que eu acho que ele não ta mais ai. Até porque eu não vou mais seguido ali. Eu achava bem ruim, não só do médico. Eu achava ruim tudo. Tirando essa pequinhinha aqui ó! [apontando para agente comunitária de saúde] Aquelas menina ali da frente. Aquelas menina que dão vacina, que fazem vacina nas crianças... Aquilo era tudo assim, umas estúpidas. Sabe? Não era só os médicos. Agora, esse médico que eu não lembro o nome dele, mas ele é muito querido. Pelo menos a primeira vez que eu consultei com ele, ele é muito querido. E a médica da diabete também, que eu não lembro o nome dela. Ela é médica do Leandro...

E1: - [nome suprimido]

I4: - [nome suprimido !]. Essa médica ai é fora de série também, e eu me tratei com ela também. Ela é muito, muito boa. Mas também faz tempo que eu não vejo ela. faz tempo que eu não vou lá. Porque a receita que ela mesmo me deu pra diabete é contínuo. Então eu tenho que tomar aquele remédio sempre, não adianta eu ta voltando lá pra consultar. Ela é médica mesmo dele. O problema dele é mais sério que o meu [referindo-se ao filho]. mas antes era bem difícil aquilo lá.

E1: - E aconteceu mais alguma coisa assim nessa época que tu ta me relatando, que lhe deixou se sentindo, né...

I4: - Aconteceu do meus dente. Eu sofria e to sofrendo de novo porque isso aqui é prótese. Isso é prótese, né ? E eu tinha todos os meus dentes, mas eu tinha muita dor. Muita dor de dente eu tinha. E eles não eram cariados, nenhum deles. E acredito que esses agora que voltou a doer eles não sejam cariado também. E eu fui no posto ai, me tiraram... Só os dentes tavam frouxos, né ? E doía. E eles me tiraram o dentes. E ai eu fiquei com *; aqui. Não tem dente meu, *; atrás não tenho dente meu, aqui eu não tenho dente meu que eles tiraram. Ai o que eu tive que fazer. ?Os que ficaram eles não tavam afetados, doentes, como a dentista que fez essa prótese mal feita também, falou. Aí ela fez essas próteses também que pra comer eu tenho que tirar. Essa aqui, eu não vou a lugar nenhum, de vergonha, porque como é que eu vou ir num almoço por exemplo e ter que tirar o dente pra poder comer? Então eu não vou. Só que agora começou a doer os outros dente que ficou, sabe? Até pra escovar. E eu pensei até em ir, voltar no posto aí, porque na época que eu comecei a tirar meus dentes aí, era aquele dentista alemãozão, não sei se é da tua época ali, um alemãozão grandão estúpido pra caramba. Foi na época que ele me tirou meus dente.

E1: - Por que tu considera, no caso, o dentista bastante estúpido?

I4: - Estúpido porque o dente não saia, ele deu anestesia, tava inflamado meus dente e ele deu anestesia e não pegava a anestesia, e ele arrancou na marra meus

dente. Com raiz e tudo assim. Na marra. Eu sai de la com a boca desse tamanho, sabe? E tanto que eu não voltei mais porque ele queria que tirasse todos meus dentes. Ele disse que era pra tirar todos os dentes. Mas os dentes que doía ele tirou.

E1: - Certo. E dona [nome suprimido], falando ali nas tuas experiências e algumas coisas não tão bacanas que já aconteceram, mas tem alguma situação que tu te lembre ali com a unidade que tenha sido boa? alguma coisa diferente que tu pense assim: Poxa, eu queria que acontecesse mais vezes, que me tratassem dessa forma mais vezes, ou que isso se repetisse por que foi bacana... Considerando ali a questão da idade também?

I4: - Eu acho que a única médica que me tratou com bastante consideração foi a Dra.[nome suprimido]. Ela se preocupou comigo, com a minha diabetes, que até então não tava sendo controlada. Ela se preocupou, né? Tanto que ela não é minha médica, mas o Leandro falou de mim pra ela né, até porque ela tava fazendo as perguntas, se na família tinha alguém com diabete, e aí o Leandro foi e disse: "Olha, a minha mãe tem diabete. O meu pai tem diabete." E ela perguntou se eu tomava remédio, se eu fazia algum tratamento e aí ele disse que eu tava tomando porque na Santa Casa tinha ;*2s o médico da [nome suprimido] tinha me receitado o remédio pra diabete. E aí ela pediu pro Leandro *; Ela marcou um dia e disse pro Leandro me levar lá que era queria me ver. E aí o Leandro me levou, ela fez o examezinho aquele, tudo. E aí ela viu que minha diabete tava bem alterada. E aí ela disse que era pra continuar ali com ela. Eu fui duas vezes depois ficou a consulta marcada, mas só que em seguida não sei se ela sofreu acidente, que foi que houve com ela... E nesse meio tempo eu peguei os remédios já com a Santa Casa. Com a receita da santa casa, e aí eu não fui mais ali, porque o remédio era o mesmo né? Quem me receitou foi ela.

E1: - A gente está falando da experiência que foi bacana, mas só assim, lembrando assim das outras que aconteceram que não foram tão legais, a senhora chegou a reclamar, fazer algum tipo de reclamação junto à unidade, relatar que: "ai aconteceu tal situação e eu não achei bacana o que aconteceu comigo?"

I4: - Não. Nunca reclamei nada até porque as meninas ali da frente elas não davam chance nenhuma, era um troço de louco assim pra tratar a gente, era tudo com má vontade sabe? Então nunca me queixei nada pra ninguém.

E1: - É que dentro da secretaria da saúde, a gente tem uma ouvidoria do SUS, né então caso isso se repita, de alguma coisa que não lhe agrade no tratamento mesmo, tu pode ligar pra ouvidoria e fazer uma ouvidoria. É um direito do usuário do Sistema Único de Saúde. Então todo o SUS, quando a senhora é atendida na unidade, desde os hospitais, existe essa ouvidoria, pra justamente a gente esclarecer situações que tenham acontecido que não sejam tão bacanas. Então to lhe contando pra que caso tu precise algum dia, tu acione essa ouvidoria. É um direito do usuário. Tá?

E a unidade também, depois até a *n pode comentar um pouquinho contigo, tem um conselho local de saúde, que algumas questões podem ser tratadas ali no conselho né, que é o controle social que a gente chama. São as pessoas que trazem pautas tanto né, algumas questões que podem ser melhoradas, quanto sugestões, coisas que né, a população trabalhar junto com a unidade pra fazer a unidade um lugar mais bacana.

Já que eu to falando dessa coisa que né, de fazer a unidade um lugar mais bacana, e também um lugar mais acolhedor, a senhora como uma pessoa com mais de 60 anos, o que na tua opinião assim, poderia ter na unidade pra que o atendimento, pra que o acesso pras pessoas com mais de 60 anos, pros idosos, seja um atendimento mais bacana?

I4: - Pois é minha filha, eu acho, vou falar por mim, não sei os outros idosos, não sei os outros idosos mas eu vou falar por mim, eu gostaria de ser tratada, sabe, com respeito, sabe? Não ficar tomando chá de banco, sabe? Que fosse...;* tá certo, é muita gente doente, é muita gente ;*2s Mas poxa vida ! A gente vai, chega no posto agora, eu to te dizendo, recém eu comecei de novo a frequentar o posto e dessa vez eu não posso me queixar, que foi rapidíssimo que até a minha nora ficou de boca aberta. Ela levou eu e a mãe dela. A mãe dela mora não sei aonde aqui, pra esses lados aqui. Ai ela passou aqui, me pegou e nós íamos se encontrar na esquina ali, só que a mãe dela não aparecia e a minha consulta era às 10h, né ? E aí ela disse ai: - vamos porque a mãe deve já tá lá. Ela cansou de certo de esperar aqui e ja ta la. Só que nós chegamos lá e ela não tava. Ai não demorou muito ela chegou. Só que em seguidinha, o médico me chamou. Não era 10h ainda, e a consulta tava marcada pras 10h. Era 9h30. E a mãe dela chegou, o médico me chamou e o médico da mãe dela chamou ela, que era do outro lado já chamou ela. Quer dizer, ali eu já vi uma coisa boa. Mas eu não sei também se era porque tinha pouca gente... ;*5s Mas eu fui atendida rápido. Agora das outras vezes ;*2s .. era um parto. A gente ia, chegava antes do horário, passava o horário da consulta e as vezes saia de lá, quando a consulta era de manhã saia de lá meio dia. Quando a consulta era de tarde saia de lá quase cinco horas da tarde. Se a consulta era às três da tarde a gente saia do posto quase cinco hora da tarde.

E1: - Hmm. Então Dona [nome suprimido], a gente já está terminando a nossa conversa, tu gostaria de comentar mais alguma coisa que tu lembre da unidade, positiva ou não tão legal, ou complementar com alguma coisa que a gente não tenha conversado? Que tu acha que seja interessante me contar?

I4: - Olha, eu já tive pensando depois que eu consultei agora, tive pensando em voltar no dentista. Pra ver ...;*2s de repente. Claro que aquele senhor não tá mais lá, eu soube que ele não ta mais lá. Pra ver o que ta acontecendo, que eu ja sei né, que a própria dentista botou essa prótese, essas duas prótese, ela disse pra mim: "vai chegar um tempo..." já faz um ano que eu botei isso aqui "... vó, que seus dentes, esses que vão firmar sua prótese, eles vão afrouxar. A mesma coisa que a senhora contou que aconteceu com os outros, que a senhora teve que extrair. Mas ai a senhora vai ter que voltar no dentista pra ver o que vão fazer com esses teus dentes" mas ele não estão cariados e os outros dentes que foram arrancado

nenhum deles tavam cariados. Eu sentia dor porque era uma inflamação na raiz dos dentes, que se espalhava por todos os dentes. Então os dentes foram afrouxando a ponto de eu não poder mastigar. Ai eu me obriguei...;*\n Num dia me extraíram 3 dentes. Num dia só. Eu fiquei mais de semana com a boca revirada porque eu não podia quase nem beber água, tinha que beber água de canudinho. Nessa última que eu fui, eu fui muito bem tratada, médico querido, muito atencioso, o médico me examinou, ele escutou meu coração sabe... ;*2s Muito querido ele. Eu gostaria até de poder continuar consultando com ele. Agora vou esperar os exames ficar pronto, pra poder levar pra ele.

E1: Então Dona [nome suprimido], muito obrigada! Fiquei muito feliz em poder te conhecer e conversar um pouquinho mais contigo. Então vou parar nossa gravação, porque a [agente comunitária de saúde] quer falar também.

ANEXO 1 - PARECER CIRCUNSTÂNCIADO DO CEP – PREFEITURA MUNICIPAL DE SAÚDE DE PORTO ALEGRE



SECRETARIA MUNICIPAL DE
SAÚDE DE PORTO ALEGRE/
SMSPA

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Acesso a Atenção Primária em Porto Alegre, perspectiva do usuário

Pesquisador: Liliane Maria dos Santos

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 57123316.8.0000.5338

Instituição Proponente: MUNICIPIO DE PORTO ALEGRE

DADOS DO PARECER

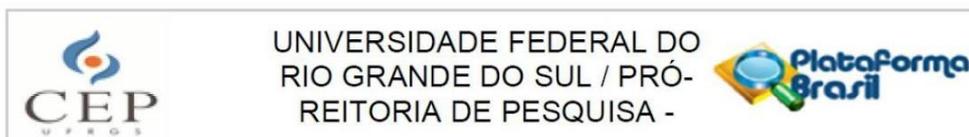
Número do Parecer: 1.670.384

Apresentação do Projeto:

O estudo aqui proposto é do tipo Pesquisa Avaliativa, que pretende produzir conhecimento que contribua para orientar decisões futuras quanto ao modelo de atenção a partir dos resultados obtidos. A posição do avaliador é externa ao processo. O enfoque é de identificação de impactos de modelos de atenção na Atenção Primária à Saúde e da Saúde Bucal, onde a metodologia escolhida é para guiar a pesquisa e quantitativa (NOVAES, 2000). Este projeto foi construído a partir de demanda da Coordenação da Atenção Básica, da Ouvidoria e da Área Técnica em Saúde Bucal da Secretaria Municipal de Saúde do município de Porto Alegre/RS, que participaram de sua elaboração. O estudo divide-se em dois momentos. O momento quantitativo, dentro de um desenho metodológico de cunho exploratório transversal, o qual terá dados coletados por meio da aplicação de um questionário construído com fragmentos de questionários da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios/PNAD (Dados de Identificação, Características de Educação e Rendimentos Domiciliares), Pesquisa Nacional de Saúde/PNS (Informações do Domicílio, Cobertura de Plano de Saúde, Visitas Domiciliares de Equipes de Saúde, Estilo de Vida, Utilização de Serviços de Saúde e Saúde Bucal), Alcohol Learning Centre/AUDIT e do PCATool (Grau de Afiliação, Acesso de Primeiro Contato – Utilização e Acesso de Primeiro Contato – Acessibilidade). O segundo momento refere-se a um desenho qualitativo descritivo com coleta de dados por meio de entrevista semidirigidas (ANEXO2). Fundamentada no pressuposto metodológico da

Endereço: Rua Capitão Montanha, 27 - 7º andar
Bairro: Centro Histórico **CEP:** 90.010-040
UF: RS **Município:** PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3289-5517 **Fax:** (51)3289-2453 **E-mail:** cep_sms@hotmail.com

ANEXO 2 - PARECER CIRCUNSTÂNCIADO DO CEP UFRGS



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Elaborado pela Instituição Coparticipante

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Acesso a Atenção Primária em Porto Alegre, perspectiva do usuário

Pesquisador: Liliâne Maria dos Santos

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 57123316.8.3001.5347

Instituição Proponente: MUNICIPIO DE PORTO ALEGRE

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.716.586

Apresentação do Projeto:

Estudo transversal de base em serviços. Trata-se de um estudo desenvolvido por meio de um método misto do tipo sequencial [QUANqual]. A combinação de métodos é uma alternativa para a abordagem de questões complexas da área de saúde bem como o trabalho com diferentes perspectivas de olhar para diferentes dados que compõe um mesmo objeto de pesquisa (DRIESSNACK, 2007).

Metodologicamente o estudo divide-se em dois momentos. O momento quantitativo, dentro de um desenho metodológico de cunho exploratório transversal, o qual terá dados coletados por meio da aplicação de um questionário construído com fragmentos de questionários da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios/PNAD (Dados de Identificação, Características de Educação e Rendimentos Domiciliares), Pesquisa Nacional de Saúde/PNS (Informações do Domicílio, Cobertura de Plano de Saúde, Visitas Domiciliares de Equipes de Saúde, Estilo de Vida, Utilização de Serviços de Saúde e Saúde Bucal) e do PCATool (Grau de Afiliação, Acesso de Primeiro Contato – Utilização e Acesso de Primeiro Contato – Acessibilidade).

O segundo momento refere-se a um desenho qualitativo descritivo com coleta de dados por meio de entrevista semidirigida. Fundamentada no pressuposto metodológico da complementariedade (DRIESSNACK, 2007), a análise de dados coletados qualitativamente aprofundará a compreensão do objeto de pesquisa estudado para o município de Porto Alegre/RS.

Endereço: Av. Paulo Gama, 110 - Sala 317 do Prédio Anexo 1 da Reitoria - Campus Centro
Bairro: Farroupilha **CEP:** 90.040-060
UF: RS **Município:** PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3308-3738 **Fax:** (51)3308-4085 **E-mail:** etica@propesq.ufrgs.br