

PUCRS

ESCOLA DE MEDICINA  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM GERONTOLOGIA BIOMÉDICA  
DOUTORADO EM GERONTOLOGIA BIOMÉDICA

CRISTINA THUM

**ANÁLISE DA SATISFAÇÃO DE IDOSOS QUANTO AOS SERVIÇOS ASSISTENCIAIS  
PRESTADOS PELO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE**

Porto Alegre  
2018

PÓS-GRADUAÇÃO - *STRICTO SENSU*



Pontifícia Universidade Católica  
do Rio Grande do Sul

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO GRANDE DO SUL  
ESCOLA DE MEDICINA  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM GERONTOLOGIA BIOMÉDICA

CRISTINA THUM

**ANÁLISE DA SATISFAÇÃO DE IDOSOS QUANTO AOS SERVIÇOS ASSISTENCIAIS  
PRESTADOS PELO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE**

Porto Alegre  
2018

CRISTINA THUM

**ANÁLISE DA SATISFAÇÃO DE IDOSOS QUANTO AOS SERVIÇOS ASSISTENCIAIS  
PRESTADOS PELO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE**

Tese apresentada como requisito para a obtenção do grau de doutora pelo Programa de Pós-Graduação em Gerontologia Biomédica da Escola de Medicina da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul.

Orientador: Prof. Dr. Newton Luiz Terra

Linha de Pesquisa: Envelhecimento e Saúde Pública.

Porto Alegre  
2018

## Ficha Catalográfica

T534a Thum, Cristina

Análise da satisfação de idosos quanto aos serviços assistenciais prestados pelo Sistema Único de Saúde / Cristina Thum. - 2018. 169.

Tese (Doutorado) - Programa de Pós-Graduação em Gerontologia Biomédica, PUCRS.

Orientador: Prof Dr. Newton Luiz Terra.

1. Sistema Único de Saúde (SUS). 2. Equipe Multiprofissional. 3. Assistência à saúde do idoso. 4. Qualidade e avaliação da assistência em saúde. **1.** Terra, Newton Luiz. **II.** Título.

Elaborada pelo Sistema de Geração Automática de Ficha Catalográfica PUCRS com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).  
Bibliotecária responsável: Salete Maria Sartori CRB-10/1363

CRISTINA THUM

**ANÁLISE DA SATISFAÇÃO DE IDOSOS QUANTO AOS SERVIÇOS ASSISTENCIAIS  
PRESTADOS PELO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE**

Tese apresentada como requisito para a obtenção do grau de doutora pelo Programa de Pós-Graduação em Gerontologia Biomédica da Escola de Medicina da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul.

Aprovada em: \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2018.

BANCA EXAMINADORA:

---

Prof. Dr. Newton Luiz Terra – PUCRS (orientador)

---

Prof. Dr. Alfredo Cataldo Neto – PUCRS

---

Profa. Dra. Laís Antunes Wilhelm – UFSM

---

Profa. Dra. Eniva Miladi Fernandes Stumm – UNIJUÍ

Porto Alegre  
2018

Aos meus pais (*in memoriam*) e aos meus filhos, minhas inspirações para a vida.

## AGRADECIMENTOS

Inúmeras pessoas me apoiaram e me auxiliaram em diversos sentidos e em diferentes momentos, a quem eu gostaria de agradecer.

Em primeiro lugar, aos meus pais (*in memoriam*), que me deram condições para chegar até aqui. Meus filhos, Jardel e Júlia, pela compreensão e pelo incentivo para eu conseguir prosseguir e por sabiamente gerenciarem períodos de ausência. Ao meu irmão Augusto, por estar ao meu lado com zelo e proteção. Obrigada a todos por estarem ao meu lado, me apoiando nesta longa caminhada, sem vocês nada teria sentido.

Ao professor dr. Newton Luiz Terra, meu orientador, pelo grande carinho, incentivo, pelos ensinamentos e por ter me apoiado em todos os momentos difíceis durante este percurso.

A todos os idosos que participaram da pesquisa.

Aos professores do Instituto de Geriatria e Gerontologia da PUCRS, que sempre nos deram a base para o conhecimento e abriram caminhos para um assunto tão interessante e belo que é o processo do envelhecimento.

À professora dra. Carla Helena Augustin Schwanke, pelo acolhimento, zelo e auxílio no percurso do doutoramento.

Às secretárias Samanta e Mônica, pela paciência que sempre tiveram com todos e pela atenção que nos recebem.

Aos meus colegas, professores da Universidade de Cruz Alta (UNICRUZ), pelo incentivo.

Aos meus amigos, que não pude dar tanta atenção nos últimos meses, mesmo assim quero que saibam que sem vocês seria mais turbulenta a passagem pela pós-graduação.

À CAPES, pela concessão da bolsa, o que tornou possível a realização desse doutorado.

A todas as pessoas que direta ou indiretamente contribuíram ou participaram de minha formação.

## RESUMO

**Introdução:** as mudanças sociais na contemporaneidade acarretaram na diminuição da taxa de fertilidade da população e, conseqüentemente, no aumento de idosos no Brasil. tal acontecimento faz com que ocorra uma ampliação de demandas assistenciais em saúde aos idosos, multiplicando, dessa forma, os atendimentos integrais a esse ciclo vital. **Objetivo:** Analisar a satisfação dos usuários idosos do Sistema Único de Saúde de um município do interior do Estado do Rio Grande do Sul quanto à assistência multiprofissional nas redes de atenção ofertadas pelos serviços de saúde pública. **Metodologia:** esta pesquisa caracteriza-se por ser do tipo transversal, descritiva e exploratória. A amostra é composta por idosos com idade igual ou superior a 60 anos, e a coleta de dados ocorreu após a aprovação do Comitê de Ética da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS), Cae n. 63402816.3.0000.5336, sob parecer n. 1.899.205. Aplicou-se um questionário de avaliação utilizado pelo Ministério da Saúde a fim de identificar o perfil sociodemográfico de cada idoso. A análise estatística dos dados foi realizada no programa *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) versão 22. As variáveis quantitativas foram calculadas com medidas descritivas de posição e de dispersão, já para as variáveis qualitativas foram apresentadas as tabelas de distribuição de frequências. Quanto à análise bivariada, foram apresentadas as tabelas de contingência, e a associação foi realizada pelo teste qui-quadrado de Pearson. O teste estatístico foi considerado significativo quando  $p < 0,05$ . **Resultados:** maior participação de mulheres, média de idade dos idosos foi de 70, 79 anos ( $\pm 7,82$ ), raça branca 82,7 (n=470), 48,1 (n=263) casados, baixa renda 68,7 (n=390). Convivem semanalmente com seus familiares 86,6% (n=492); 65,5 (n=372) utilizam o SUS para assistência à saúde, 91,2 (n=518) utilizaram o SUS nos últimos 12 meses para vacinação, consultas, exames, atendimento de urgência e emergência, serviços odontológicos, internação ou para pegar medicamentos. Houve associação estatisticamente significativa da satisfação dos serviços assistenciais do SUS quando relacionados aos seguintes motivos de procura: curativos, vacinação e orientação ( $p < 0,001$ ), consultas médicas ( $p < 0,001$ ), exames de laboratório e de imagem e pegar medicamentos ( $p < 0,001$ ). Em relação à variável satisfação dos serviços assistenciais do SUS associada à assistência multiprofissional: equipe de enfermagem ( $p < 0,001$ ), médico ( $p < 0,001$ ) e ACS ( $p = 0,010$ ). Entretanto, com o dentista ( $p = 0,486$ ) não se observou nenhuma associação. A satisfação geral do serviço do SUS com o tempo utilizado para assistir o idoso nas ESFs ( $p < 0,001$ ). No que diz respeito aos tempos utilizados para assistir o idoso nas UPAs ( $p = 0,469$ ) e nos serviços de odontologia ( $p = 0,055$ ), não se observou nenhuma associação. Quanto aos encaminhamentos para procedimentos no cuidado da saúde do idoso nas ESFs ( $p < 0,001$ ) e para procedimentos no cuidado da saúde do idoso nas UPAs ( $p = 0,320$ ), não se observou nenhuma associação, apenas uma associação estatisticamente significativa da satisfação geral do serviço do SUS com agendamento de consultas do idoso perante a procura dos serviços na ESF ( $p < 0,001$ ). **Conclusões:** a presente pesquisa aponta indicadores importantes no que concerne à satisfação dos serviços ofertados pelo SUS. A porta de entrada ao SUS tem se mostrado resolutive, com manejos assistenciais multidisciplinares capazes de absorver as demandas de saúde dos idosos na unidade adscrita.

**Palavras-chave:** Sistema Único de Saúde (SUS). Equipe Multiprofissional. Assistência à Saúde do Idoso. Qualidade. Acesso e Avaliação da Assistência à Saúde.



## ABSTRACT

**Introduction:** social changes in the contemporaneity have led to a decrease in the fertility rate of the population and, consequently, in the increase of the elderly in Brazil. this event causes an increase in health care demands to the elderly, thus multiplying the total attendance to this vital cycle. **Objective:** to analyze the satisfaction of elderly users of the Unified Health System of a city in the interior of the State of Rio Grande do Sul regarding multiprofessional care in the networks of care offered by public health services. **Methodology:** this research is characterized by being of the transversal, descriptive and exploratory type. the sample is composed of elderly people aged 60 years or older. the collection of data occurred after the approval of the ethics committee of the Pontifical Catholic University of Rio Grande do Sul (PUCRS), with Cae n. 63402816.3.0000.5336, under opinion no. 1,899,205. an evaluation questionnaire used by the health ministry was applied in order to identify the socio-demographic profile of each elderly Person. The statistical analysis of the data was carried out in the program statistical package for the social sciences (SPSS) version 22. the quantitative variables were calculated with descriptive measures of position and of dispersion, already for the tables of distribution of frequencies. as for the bivariate analysis, we presented the contingency tables and the association performed by the chi-square test of Pearson. the statistical test was considered significant when  $p < 0.05$ . Results: (n = 470), 48.1 (n = 263) married, low income 68, the mean age of the elderly was 70, 79 years ( $\pm 7.82$ ) (n = 492), 65.5 (n = 372) use SUS for health care, 91.2 (n = 518) used SUS, 7 (n = 390) in the last 12 months for vaccination, consultations, examinations, emergency and emergency care, dental services inpatient or to take medications. There is a statistically significant association of the satisfaction of the sus assistance services with reasons for the demand of the services of SUS with dressings, vaccination and guidance ( $p < 0.001$ ), with medical consultations ( $p < 0.001$ ), with laboratory and imaging exams and with medication ( $p < 0.001$ ), also in relation to the variable satisfaction of the health care services associated with multiprofessional assistance: ( $p < 0.001$ ), the physician ( $p < 0.001$ ) and the ACS ( $p = 0.010$ ). the dentist ( $p = 0.486$ ), no association was observed. general satisfaction of the SUS service with the time used to assist the elderly in the ESFs ( $p < 0.001$ ). however, with the times used to assist the elderly in the UPA ( $p = 0,469$ ) and dental services ( $p = 0.055$ ), no association was observed. ( $p < 0.001$ ), referrals for procedures in the health care of the elderly in the UPA ( $p = 0.320$ ), no association was observed, a statistically significant association of general satisfaction was observed of the SUS service with scheduling of consultations of the elderly in the search for services in the SPH ( $p < 0.001$ ). **Conclusion:** the present research points out important indicators as satisfaction of the services offered by the SUS, the door of entry to SUS has been resolute, with multidisciplinary care management capable of absorbing the health demands of the elderly in the attached unit.

**Keywords:** Unified Health System (SUS) Multiprofessional Team. Health Care of the Elderly. Quality, Access and Evaluation of Health Care.

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Perfil sociodemográfico.....	36
Tabela 2 – Acesso ao SUS e demandas assistenciais .....	38
Tabela 3 – Acesso ao serviço de saúde em ESF.....	40
Tabela 4 – Percepção dos idosos relacionada à disponibilidade, acolhimento e satisfação da equipe multiprofissional de saúde responsável pelos atendimentos.....	41
Tabela 5 – Encaminhamento e descentralização da ESF para a realização de algum outro procedimento no SUS.....	43
Tabela 6 – Eficácia, disponibilidade nos encaminhamentos das ESFs para a realização de algum outro procedimento pelo SUS .....	44
Tabela 7 – Percepção quanto ao atendimento odontológico .....	46
Tabela 8 – Percepção quanto ao atendimento de urgência e emergência.....	47
Tabela 9 – Encaminhamentos realizados no atendimento de idosos.....	50
Tabela 10 – Avaliação de tempo utilizado para atendimento do idoso nos serviços do SUS..	50
Tabela 11 – Satisfação geral dos serviços do SUS quanto à assistência ofertada aos idosos ..	51
Tabela 12 – Motivos de procura pelos serviços x avaliação da satisfação dos serviços de saúde ofertados pelo SUS .....	53
Tabela 13 – Assistência multiprofissional da equipe que compõe os serviços da ESF x satisfação geral dos serviços do SUS .....	56
Tabela 14 – Tempo dispensado à assistência dos idosos nos serviços da ESF, UPA e de odontologia.....	59
Tabela 15 – Encaminhamentos para procedimentos no cuidado da saúde do idoso associados à avaliação geral dos serviços do SUS .....	61
Tabela 16 – Agendamento de consultas do idoso diante da procura dos serviços na ESF associado à satisfação geral dos serviços do SUS .....	63

## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

ABS – Atenção Básica de Saúde

ACS – Agente Comunitário de Saúde

APS – Atenção Primária à Saúde

CAPS – Centro de Atenção Psicossocial

CF – Constituição Federal

CONASP – Conselho Consultivo de Administração de Saúde Previdenciária

DM – Diabetes Melito

DNSP – Departamento do Sistema Nacional de Saúde

ESF – Estratégia Saúde da Família

HAS – Hipertensão Arterial Sistêmica

IAPs – Institutos de Aposentadorias e Pensões

INPS – Instituto Nacional de Previdência Social

MS – Ministério da Saúde

NOAS – Norma Operacional de Assistência à Saúde

OPAS – Organização Pan-Americana de Saúde

PSF – Programa de Saúde da Família

RAS – Rede de Atenção em Saúde

SAE – Serviço de Assistência Especializada

SUS – Sistema Único de Saúde

UBS – Unidade Básica de Saúde

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO .....</b>	<b>11</b>
<b>2 REFERENCIAL TEÓRICO .....</b>	<b>17</b>
2.1 ENVELHECIMENTO HUMANO .....	17
2.2 SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE E A ATENÇÃO AO IDOSO.....	22
<b>2.2.1 Um breve olhar sobre as políticas públicas de saúde .....</b>	<b>22</b>
2.3 POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE VOLTADAS À ATENÇÃO DO IDOSO .....	25
<b>3 HIPÓTESES .....</b>	<b>31</b>
<b>4 OBJETIVOS .....</b>	<b>32</b>
4.1 OBJETIVO GERAL .....	32
4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS .....	32
<b>5 MÉTODOS.....</b>	<b>33</b>
5.1 DELINEAMENTO DO ESTUDO .....	33
5.2 POPULAÇÃO E AMOSTRA DO ESTUDO .....	33
<b>5.2.1 Critérios de inclusão .....</b>	<b>33</b>
<b>5.2.2 Critérios de exclusão.....</b>	<b>33</b>
5.3 COLETA DE DADOS.....	34
<b>5.3.1 Desenvolvimento da pesquisa .....</b>	<b>34</b>
<b>5.3.2 Instrumentos e procedimentos da pesquisa.....</b>	<b>34</b>
5.4 ANÁLISE ESTATÍSTICA .....	34
5.5 ASPECTOS ÉTICOS .....	35
<b>6 RESULTADOS .....</b>	<b>36</b>
6.1 PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO DE IDOSOS E DEMANDAS ASSISTENCIAIS DOS IDOSOS OFERTADAS PELO SERVIÇO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE .....	36
6.2 SATISFAÇÃO DOS USUÁRIOS SOBRE A ASSISTÊNCIA PRESTADA NO SUS.	39
<b>7 DISCUSSÃO .....</b>	<b>65</b>
7.1 PERFIL DEMOGRÁFICO DOS IDOSOS ADSCRITOS TERRITORIALMENTE EM ESFS DO MUNICÍPIO DE CRUZ ALTA.....	65
7.2 ASSISTÊNCIA MULTIPROFISSIONAL NAS REDES DE ATENÇÃO OFERTADAS PELOS SERVIÇOS DE SAÚDE PÚBLICA .....	70
7.3 ASSOCIAÇÕES REFERENTES À ASSISTÊNCIA DO IDOSO: ENCAMINHAMENTOS E SATISFAÇÃO DOS USUÁRIOS NOS SERVIÇOS DO SUS .....	76

<b>8 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>91</b>
<b>9 CONCLUSÕES.....</b>	<b>93</b>
<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>96</b>
<b>APÊNDICE A – Perfil sociodemográfico .....</b>	<b>111</b>
<b>APÊNDICE B – Termo de autorização para a pesquisa .....</b>	<b>113</b>
<b>APÊNDICE C – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido .....</b>	<b>114</b>
<b>APÊNDICE D – Artigo submetido para publicação na <i>Revista Interdisciplinar de Estudos da Saúde</i>.....</b>	<b>115</b>
<b>APÊNDICE E – Artigo publicado na revista <i>Kairós Gerontologia</i> .....</b>	<b>132</b>
<b>ANEXO A – Comprovante de submissão do artigo .....</b>	<b>156</b>
<b>ANEXO B – Pesquisa: Satisfação do usuário idoso do Sistema Único de Saúde (SUS).....</b>	<b>161</b>
<b>ANEXO C – Aprovação da pesquisa pelo Comitê de Ética.....</b>	<b>167</b>

## 1 INTRODUÇÃO

Existem inúmeras variáveis que contextualizam o envelhecimento de uma população, como, por exemplo, queda da natalidade, que desfavorece a renovação da pirâmide populacional, mudanças socioculturais, ampliação de saberes da ciência da saúde, condições de vida, saneamento, entre outras (BARBOSA; CONCONE, 2016).

Assim, o envelhecimento é um processo progressivo que acontece no percurso do viver, afetando todos os organismos, com alterações fisiológicas, biológicas, psicológicas próprias do envelhecimento, acrescido de fatores sociais e culturais que permeiam o idoso. O envelhecer também traduz subjetividades sendo entendido como algo individual frente aos aspectos biopsicossociais que acarretam diferentes percepções de enfrentamento ao processo de viver (CANCELA, 2017).

O processo de envelhecimento ocorre naturalmente e deve ser considerado como uma vitória de vida, e não como uma fase negativa, como muitos consideram (VANZELA; LIMA NETO; SILVA, 2016).

Na pós-modernidade, envelhecer está diretamente ligado aos marcadores opostos da vida humana, entendidos como a saúde e a doença. Nesse cenário, a medicina e os discursos de bem viver vão além dos setores de saúde e buscam caminhos para obtenção de melhores condições de vida (HARARI; LOPES, 2016). O envelhecimento biológico é descrito como uma incapacidade progressiva resultante de declínio imunitário orgânico. Muitas vezes, o envelhecimento é tratado como estereótipo de doenças e incapacidades, porém esse pensar não é capaz de conceituar a velhice com propriedade (GALVANI; SILVEIRA, 2016).

O acelerado crescimento da população idosa é uma realidade mundial, configura-se um desafio para a saúde pública contemporânea (NOGUEIRA, 2016). No Brasil, essa mudança demográfica é entendida como uma das mais importantes transformações dos últimos cem anos (MINAYO, 2012). Tal evidência molda-se em ritmo acelerado, com implicações na reestruturação social, na assistência à saúde e nas condições do processo de viver. Em países mais desenvolvidos, o envelhecimento populacional apresenta melhores condições gerais de vida aos idosos (OHARA; RIBEIRO, 2008).

A população brasileira apresenta tendência de envelhecer, com aumento de 4,8 milhões de idosos desde 2012, sendo que no ano de 2017 sinaliza 30,2 milhões. O Rio de Janeiro e o Rio Grande do Sul representam juntos 18,6% da população idosa do Brasil, sendo os estados com maior número de idosos. Já o Amapá apresenta menor percentual de idosos, com apenas 7,2% da população (BRASIL, 2018).

Diante da realidade da necessidade assistencial da população idosa, deve-se pensar em políticas que ofereçam condições de saúde com vistas à promoção de vida saudável e prevenção de doenças, aprimorando as tecnologias de assistência. A sociedade e os gestores em saúde precisam continuamente discutir as necessidades de saúde dos idosos e as ofertas de serviços. Deve-se organizar e integrar redes de atenção e avaliar a sua funcionalidade (FERNANDES; SOARES, 2012).

A Atenção Básica de Saúde (ABS) é entendida, no Brasil, como porta de entrada do sistema, e esta necessita estar fortalecida, vigilante na saúde da população idosa, proporcionando garantia de equidade e integralidade na assistência (SANTOS; MATTOS, 2011). A principal forma de acesso à ABS ocorre por meio da Estratégia Saúde da Família (ESF), vista como uma inovação tecnológica em saúde devido aos seus princípios, que foram embasados pelos pressupostos do Sistema Único de Saúde (SUS) alicerçados pela Constituição Federal (CF) de 1988. É importante mencionar que a magnitude da ESF se deve à sua metodologia de assistência, que é norteada em contextualizações de políticas de saúde que desenham um caminho vantajoso para superar os limites da concepção tradicional de pensar e produzir saúde (SORATTO *et al.*, 2015).

Os idosos procuram de forma mais frequente os serviços de saúde pública se comparados com adultos. Atribui-se a esse evento o surgimento de doenças crônicas como a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e Diabetes Melito (DM), dentre outras. Pelo fato de o sistema de saúde vigente ser universal e gratuito, a população em processo de envelhecimento faz uso mais frequente dele, pois grande parcela da população apresenta dificuldades em manter planos de saúde privados, pelos valores exorbitantes estabelecidos que variam conforme a idade (LOBATO, 2013).

Inúmeras políticas públicas de saúde voltadas ao idoso encontram-se delineadas, mas cabe aos gestores dos serviços governamentais, em geral, e à equipe de saúde refletir prioridades e fomentar uma política em rede. Os idosos brasileiros vivem majoritariamente na comunidade e na Atenção Primária à Saúde (APS), o que pode ser considerada uma estratégia importante para a não fragmentação do cuidado e para aumentar as redes assistenciais ao idoso por meio da saúde da família (FERNANDES; SOARES, 2012).

Na Constituição Federal (CF) de 1988 ficou explicitada a criação de um sistema de saúde estruturado, tendo como base a descentralização e o fortalecimento do poder municipal, além de estabelecer a participação da sociedade organizada na administração do setor saúde e o controle social por meio dos Conselhos e das Conferências Municipais de Saúde, visando à formulação, implantação, ao controle e à avaliação das políticas de saúde (BRASIL, 1988).

Informações em saúde são obtidas pelos Sistemas Nacionais de Informação em Saúde, gerenciados pelo SUS. Os inquéritos regionais, municipais ou nacionais realizados no Brasil tiveram seu início em meados da década de 1990, tendo, dentre estes, a avaliação do grau de satisfação dos usuários do sistema de saúde como um importante indicador a ser considerado no planejamento das ações (MOIMAZ *et al.*, 2010). Destaca-se que as informações oriundas das fontes de dados secundários dos sistemas de informação em saúde existentes são fundamentais, mas insuficientes para responder às necessidades atuais da gestão do SUS enquanto identificação dos problemas e das necessidades de saúde da população brasileira.

Historicamente, o Brasil enfrenta problemas estruturais no setor saúde, por isso a saúde pública necessita avaliar os serviços que oferta. Os inquéritos populacionais são instrumentos utilizados como subsídios à formulação e avaliação das políticas públicas com crescente utilização em diversos países, sendo uma ferramenta de apoio ao planejamento em saúde. As ferramentas de avaliação podem representar uma importante estratégia enquanto desenvolvimento de gestão para esse setor (GOUVEIA *et al.*, 2009).

O SUS tem o dever de assistir integralmente o ser humano, conforme rege a CF de 1988. Nesse processo, é importante identificar aspectos referentes à satisfação do usuário idoso em relação ao serviço ofertado. O Ministério da Saúde (MS) possui um instrumento avaliativo da assistência que, com certeza, auxiliaria enquanto direcionamento da gestão dos serviços ofertados nas mais diferentes esferas, que se centram em Unidades Básicas de Saúde (UBSs), ESF e Unidades de Urgência e Emergência que compreendem a ABS.

O número de pessoas idosas cresce significativamente em nosso país. O Brasil apresenta políticas públicas que favorecem esse ciclo vital, porém se mostram insuficientes para toda a população idosa e requer uma reorganização enquanto planejamento da longevidade da população brasileira, de forma a integralizar o cuidado na atenção ao idoso, com políticas especializadas que atendam às demandas da senescência e senilidade dessa população, a fim de contribuir para um envelhecimento saudável (MENDES *et al.*, 2018).

Brito *et al.* (2013) afirmam que, ao analisarem a produção científica dos últimos 10 anos referente ao idoso, foi possível identificar que ocorre um custo elevado na assistência a esse ciclo vital com ênfase ao idoso dependente. Além disso, fazem menção à importância da atuação no cuidado do idoso por meio da multidisciplinaridade, evidenciando que a saúde pública possui limitações quanto ao cuidado da velhice devido às dificuldades profissionais. Constataram ainda as limitações que o sistema de saúde apresenta no cuidado à velhice, com carência de profissionais gerontólogos inseridos no sistema, e a falta de padronização de cuidado à população idosa.



A saúde do ser humano é uma temática sempre em evidência, por isso refletir sobre o sistema de saúde do país, estado e município deveria ser uma constante. Temáticas sobre a percepção dos usuários quanto ao cuidado prestado na atenção à saúde no Brasil são importantes para planejamento e gestão dos serviços, pois buscam evidenciar o que a população que utiliza o SUS pensa e fala sobre o desempenho dos serviços de saúde ofertados à população brasileira.

O Ministério da Saúde disponibiliza um questionário de avaliação da satisfação do usuário do SUS, no entanto este é ofertado de forma singela, em poucos locais. Os municípios oportunizam essa prática, mas não de forma efetiva à gestão dos serviços. Tais resultados avaliativos de satisfação dos serviços poderiam traduzir reais indicadores das ações em saúde, servindo como indicador para planejamento situacional em prol da melhoria da qualidade de saúde e de vida da população assistida. Esse instrumento raramente é aplicado e ofertado à população pelos trabalhadores do SUS, sendo mais comum ser utilizado por pesquisadores.

O SUS apresenta como desafio principal a descentralização das ações de saúde, para os estados e municípios, pautada nos princípios que o norteiam – universalidade, integralidade e equidade – e aliados à autonomia do usuário, ao direito à informação, à vigilância em saúde, à participação da comunidade, ao processo de descentralização, organização e efetivação das ações de saúde. Dessa forma, os municípios passam a ter um papel importante na gestão de seus indicadores de saúde (CRUZ ALTA, 2010).

Com base nesse contexto, emerge a necessidade de avaliar, primeiramente, a satisfação do usuário do SUS quanto aos serviços ofertados em prol da resolutividade da assistência em saúde, uma vez que esses dados são consideravelmente importantes para o sistema e os demais profissionais que se inserem no cenário assistencial. Portanto, esta pesquisa foi desenvolvida no município de Cruz Alta, Rio Grande do Sul (RS), situado na região nordeste do estado. Este apresenta importantes polos regionais de Educação, Pesquisa e Serviços, Comunicações, Religioso, Centro Militar e Segurança e Saúde. Sua área territorial é de 1.360.209 m<sup>2</sup>, com densidade demográfica de 45,7 habitantes/km<sup>2</sup>. Apresenta taxa de analfabetismo de pessoas com mais de 15 anos de idade de 4,48% da população, e o salário médio dos trabalhadores formais é de 2,3 salários mínimos.

A Secretaria Municipal de Saúde de Cruz Alta, dentre suas inúmeras competências, busca implantar o atendimento à terceira idade e aos pacientes de patologias atípicas, inclusive para sua recuperação e reinserção no meio social. O sistema de saúde do município contempla 13 ESFs, 4 UBSs, Unidades Especializadas de Saúde com Central de Especialidades, pronto atendimento municipal, clínica especializada, Serviço de Assistência

Especializada (SAE), Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), núcleo de hemoterapia (hemonúcleo) e Serviço de Atendimento de Urgência (SAMU) (CRUZ ALTA, 2010).

Segundo o Plano Plurianual do município de Cruz Alta 2018/2021, encontram-se cadastrados 63.358 habitantes no Sistema Único de Saúde, abrangendo considerável população beneficiada pelos serviços de saúde, sendo que destes 6.430 são idosos. A expectativa de vida ao nascer é de 76,49 anos (CRUZ ALTA, 2018).

Os idosos do município de Cruz Alta, independentemente de terem plano de saúde privado ou utilizarem somente o SUS, se optarem pela assistência de saúde nos serviços públicos irão recebê-la de forma descentralizada, conforme demanda o plano municipal da Secretaria de Saúde de 2013. Os cuidados assistenciais ocorrem nos mais diversos segmentos setoriais estruturados na rede municipal de saúde. Inicialmente, são direcionados para a UBS, ESF de seu bairro ou área adcrita dos estabelecimentos de saúde que estejam mais próximos de sua residência. Caso ocorra necessidade de encaminhamento para avaliação com especialistas, os idosos contam com a Central de Especialidades do SUS, responsável pelos encaminhamentos a tratamentos de saúde tanto em âmbito regional quanto estadual. A Secretaria Municipal de Saúde faz encaminhamentos, transporte ao local do destino da consulta e, se necessário, hospitalização.

Portanto, percebe-se que há no município uma preocupação com a atenção básica ao idoso. Idosos com doenças crônicas, como hipertensão arterial e diabetes melito, participam do programa Hiperdia, que gera informações para o Ministério da Saúde e fornece gratuitamente medicamentos de uso contínuo, bem como monitora as condições clínicas de cada usuário.

As situações de assistência caracterizada como urgência e emergência ao idoso são prestadas pelo SAMU quando os pacientes solicitam auxílio. Dependendo da Central de Regulação, são encaminhados para o pronto atendimento municipal de Cruz Alta (24 hs) e/ou Hospital São Vicente de Paulo, em casos de emergência/eminência devida e de morte.

Nesse contexto, é salutar perceber os indicadores de satisfação dos serviços locais e analisá-los, para contribuir com o setor público municipal de saúde na estratificação desses dados como importante suporte para detectar as potencialidades e possíveis fragilidades assistenciais pertinentes à saúde do idoso. Tal ação pode proporcionar um planejamento estratégico às demandas apontadas, com intuito de contribuir com a qualidade de vida dessa população.

Diante do exposto, pretende-se analisar a satisfação dos usuários idosos do Sistema Único de Saúde de um município do interior do estado do Rio Grande do Sul quanto à assistência multiprofissional nas redes de atenção ofertadas pelos serviços de saúde pública.

## 2 REFERENCIAL TEÓRICO

### 2.1 ENVELHECIMENTO HUMANO

Várias são as menções sobre envelhecer. O envelhecimento humano é um processo natural que acontece individualmente de maneira sequencial, com caráter acumulativo, acometendo mundialmente os seres humanos. Esse processo pode ser vivenciado de forma saudável ou com episódios de adoecimentos (KREUZ; FRANCO, 2017). O envelhecer gera desgastes orgânicos os quais alteram aspectos de vida sociais, culturais e emocionais. Atualmente, busca-se que o indivíduo possa ter boa saúde, estilo de vida ativo e saudável (CIOSAK *et al.*, 2011), visto que alterações fisiológicas, psicológicas e sociais ocorrem no decorrer desse processo. Nessa fase há diminuição de funções orgânicas que resultam em limitações sociais (ZENEVICZ; MORIGUCHI, MADUREIRA, 2013).

A Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) conceitua o envelhecimento como o processo que se desenvolve de forma sequencial, individualizado, de forma irreversível a todos, porém acresce que ocorre de forma não patológica, com deterioração de um organismo maduro, próprio do ser humano. Essa Organização afirma ainda que o tempo interfere na condução saudável ou não, pois o meio ambiente e fatores como o estresse podem abreviar a vida com a possibilidade da morte (OPS, 2003).

Destaca-se que

O envelhecimento é um direito personalíssimo, e a sua proteção, um direito social, e é dever do Estado garantir à pessoa idosa a proteção à vida e à saúde mediante a efetivação de políticas públicas que permitam um envelhecimento saudável e em condições de dignidade. A garantia desses direitos está determinada na legislação com o advento do Estatuto do Idoso – Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003 –, considerada uma das maiores conquistas da população idosa brasileira (BRASIL, 2013, p. 6).

O Estatuto do Idoso, portanto, foi criado com o objetivo de regular os direitos assegurados às pessoas com idade igual ou superior a 60 (sessenta) anos, conceituada a idade cronológica para esse ciclo vital (BRASIL, 2013).

O aumento de esperança de vida ao nascer impulsiona a idade média de vida de homens e mulheres. Tal fato é visto de forma positiva, tanto para o ser humano quanto para a sociedade em geral (TERRA *et al.*, 2017). O envelhecimento humano e populacional vem sendo, a cada dia, mais discutido por governantes e pesquisadores devido ao crescimento mundial da população idosa. A nível mundial ocorre a experiência de um processo gradativo

enquanto estrutura etária acima de 60 anos, atribuído também pela redução da taxa de fecundidade e de mortalidade (REIS *et al.*, 2016).

O Ministério da Saúde descreve que, em relação ao envelhecimento, os países desenvolvidos apresentam grande diferença, se comparados aos países em desenvolvimento, em relação à qualidade de vida e integralidade na assistência, ou seja, idosos são mais privilegiados em países desenvolvidos (BRASIL, 2006a).

Mundialmente ocorreram modificações demográficas a partir da segunda metade do século passado que vêm demandando necessidades sociais e de saúde (TERRA *et al.*, 2017; VIANA; STÖBAUS; TERRA, 2017). As modificações enquanto padrão demográfico constituem uma importante transformação estrutural identificada na sociedade. No Brasil, passaram a ocorrer nos anos 1940, atenuadas nos anos 1960, devido a programas de controle de natalidade, os quais desenharam um cenário de aumento da população ativa e idosa (SIMÕES, 2016).

A expectativa de vida do brasileiro é de 74,6 anos. No processo de envelhecimento, ocorrem modificações morfológicas, fisiológicas, bioquímicas e psicológicas em consequência do avançar da idade e das ações do tempo. O organismo sofre uma perda progressiva da capacidade de adaptação do indivíduo ao meio ambiente, causando assim uma maior vulnerabilidade e maior incidência de doenças que podem levar à morte (TERRA, 2013).

Patologias de ordem degenerativa e a cronificação de uma doença trazem riscos, podem levar a comprometimento funcional, tornando assim o idoso dependente de auxílio para as atividades da vida diária. Doenças cardiovasculares, cerebrovasculares, neoplasias, doenças pulmonares, HAS, diabetes melito, osteoporose, obesidade, síndrome metabólica, artrose, demências, mal de Parkinson, depressão, doenças renais e hepáticas são as mais acometidas nesse ciclo vital (TERRA, 2013). Nas últimas décadas, notoriamente, as doenças neoplásicas emergiram de modo epidemiológico, sendo que 26 milhões de novos casos de câncer serão diagnosticados mundialmente até 2030, e mais de 50% ocorrerão em idosos, grupo com maior taxa de mortalidade por essa doença.

Com o crescimento da população idosa, o governo refere ter maior responsabilidade com esse ciclo vital, pois, em 2020, estima-se 21,2 idosos para cada 100 pessoas em idade ativa no Brasil. Nesse sentido, o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) afirma que, possivelmente, tal dado elevará para 51,9 em 2050 (SIMÕES, 2016). No Rio Grande do Sul, estima-se que 19% da população é considerada idosa, numericamente significa cerca de 2 milhões de pessoas (TERRA *et al.*, 2017).

De acordo com o IBGE, em 1980, para cada grupo de 100 crianças de 0 a 14 anos, havia apenas 10,5 idosos de 65 anos ou mais de idade no país. Com o passar dos anos, ocorreram variações, passando de 13,9, em 1991, para 19,8, em 2000, e para 30,7 idosos em 2010. Ocorreu a projeção de aumentos consideráveis no índice de envelhecimento brasileiro após a virada do milênio, devendo alcançar um patamar de 47,7 em 2020, 76,4 em 2030, 113,2 em 2040 e 160,90 em 2050 (BRASIL, 2013). Tais indicadores de índice de envelhecimento são mensurados com o resultado da razão entre a população de 65 anos ou mais e a população de 0 a 14 anos de idade. Identificam o número de pessoas idosas em uma população, para cada grupo de 100 pessoas jovens (BRASIL, 2013).

Outras pesquisas apontam dados similares e enfatizam que, no ano de 2010, para cada 100 jovens existiam 30 idosos. Estima-se que em 2040 haverá 153 idosos para cada 100 jovens, o que reflete um aumento significativo desse grupo social. Esses dados geram uma preocupação para o país, que não está preparado para assistir as demandas resultantes desse envelhecimento populacional. Além disso, grandes desafios emergirão para a previdência social e o sistema de saúde (MIRANDA; MENDES; SILVA, 2016).

O crescimento populacional de idosos traduz preocupações enquanto quadro epidemiológico devido a patologias, incapacidades e sequelas, que exigem do sistema de saúde uma organização contínua e multidisciplinar (MIRANDA; MENDES; SILVA, 2016). Outro estudo aponta que no Brasil tal modificação ocorre de forma veloz, porém a sociedade pouco se prepara para essa transição (VERAS, 2009).

Uma pesquisa aponta que idosos mais velhos, considerados longevos, concentram-se em cidades de concentração média populacional e em cidades pequenas. A tal fato atribui-se a maior oferta de políticas sociais que acolham, pois em grandes centros ocorre o predomínio de população jovem e economicamente ativa (MELO *et al.*, 2017).

A cada ano, 650 mil novos idosos incorporam-se à população brasileira. A maior parte destes apresentam doenças crônicas e limitações funcionais. O Brasil pode ser chamado de “jovem país de cabelos brancos” em razão do crescente número de idosos. Em menos de 40 anos, o país passou de um cenário de mortalidade próprio de uma população jovem para um quadro de enfermidades complexas e onerosas, típico de países longevos, caracterizado por doenças crônicas e múltiplas que perduram por anos, com exigência de cuidados constantes, medicação contínua e exames periódicos (VERAS, 2009).

Um importante aspecto que deve ser mencionado tem a ver com as doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), visto que, por serem em geral de longa duração, estão entre as doenças que mais demandam ações, procedimentos e serviços de saúde, gerando custos

diretos e indiretos ao Sistema Único de Saúde e à nação como um todo, em decorrência dos gastos ambulatoriais, do aumento do número de internações, aposentadorias precoces e perda da produtividade (BRASIL, 2003a).

Em outra perspectiva, estudiosos apontam que envelhecer não significa necessariamente adoecer, pois esse momento deve ser associado a um bom nível de saúde que garanta melhora em sua qualidade de vida. O idoso poderá ser saudável, a menos que exista doença que interfira em seu envelhecer, e as ações preventivas no processo do envelhecimento serão saudáveis. Além disso, avanços no campo da saúde e da tecnologia permitiram que a população tenha fácil acesso a serviços de saúde, tanto públicos quanto privados (KALACHE, 2008).

Nesse sentido, notoriamente ocorreu uma diminuição nas internações por doenças do aparelho circulatório, respiratório, doenças endócrinas nutricionais e metabólicas. Tal fato está vinculado ao reflexo das ações da atenção básica no país e de sua qualidade. Chama a atenção o estudo de Miranda, Mendes e Silva (2016) quando apontam ser a oncologia, no envelhecimento, uma das especialidades médicas mais solicitadas, pois dados reportam um número crescente e significativo de internações por neoplasias no país.

Após as conceituações sobre envelhecimento e os dados epidemiológicos dos cenários mundial, nacional e estadual, é importante pensar que o cuidado no envelhecimento emerge especialidades, sendo necessário entender a sua finalidade. A gerontologia, descrita em 1903 por Metchnikoff, é a ciência que estuda o homem em seu processo de envelhecimento, compreendendo variadas dimensões e indo além dos aspectos relacionados à saúde (GONÇALVES, 2010; MOTTA; AGUIAR, 2007).

No processo de envelhecimento, os idosos são classificados como senescentes ou em momento de senilidade. A senescência é compreendida como envelhecimento fisiológico, natural e saudável, almejado por todos desse ciclo vital. Já a senilidade significa o idoso que apresenta comorbidades, vulnerabilidades e que necessita de tratamento e acompanhamento específicos, com vistas a obter uma melhor qualidade de vida (CIOSAK *et al.*, 2011). Assim percebe-se a necessidade da atuação multiprofissional e multidisciplinar, para acompanhar alterações que decorrem no processo de envelhecimento devido a aspectos genético-biológicos, psicológicos e socioculturais (GONÇALVES, 2010; MOTTA; AGUIAR, 2007).

A gerontologia por mais de 50 anos percebeu o envelhecimento como fator antecessor do desenvolvimento, comparando-o com a doença, pois cuidar da velhice, em muitos lugares, significa perdas sociais. As fragilidades de alguns idosos são entendidas como um peso para a família e o Estado, diferentemente de outras épocas, quando eles eram tidos como sinal de

prosperidade e produtividade enquanto adultos (NERI, 2008). Já a geriatria é uma especialidade médica complexa, instigante e desafiadora, pois vislumbra os aspectos clínicos do processo do envelhecimento e demanda cuidados de saúde necessários às pessoas idosas. Pela sua complexidade, somada ao envelhecimento populacional, torna-se uma especialidade instigante, desafiadora e contemporânea (PEREIRA; SCHNEIDER; SCHWANKE, 2009).

A assistência aos idosos ainda sofre com a carência de recursos humanos especializados nesse ciclo vital, o que torna essenciais projetos de formação e capacitação voltados aos profissionais que atuam em serviços e programas de atenção aos idosos. Há mundialmente uma deficiência na formação quantitativa de gerontólogos e geriatras, especialistas que apresentam condições de atender o idoso em sua integralidade, considerando a interdisciplinaridade nas práticas da rede de cuidados (QUEIROS; RUIZ; FERREIRA, 2009).

Salienta-se que na assistência ao idoso deve-se primar pela manutenção da qualidade de vida nos processos de perdas próprias do envelhecimento, assim como realizar ações de prevenção de doenças, manutenção e reabilitação do seu estado de saúde (CIOSAK *et al.*, 2011). Enquanto assistência ofertada, é importante atentar-se à saúde global do idoso, com foco na prevenção de doença e na promoção da saúde, minimizando declínios funcionais e proporcionando possibilidades de uma boa qualidade de vida (SCHNEIDER, 2010).

Os idosos demandam notável significância na estrutura populacional no que se refere às alterações da dinâmica demográfica. Questiona-se se o Brasil tem consciência das implicações na estrutura de serviços que deverão serem respectivamente criados e ampliados para cuidar desse grupo social (BRASIL, 2015). Melhorar as condições de vida nos aspectos socioeconômicos é salutar para possibilitar uma boa qualidade de vida aos idosos em sua velhice, sendo que esta não pode ser vista como término, e sim como um recomeçar com características e valores próprios. É uma nova forma de olhar o mundo (NERI; GUARIENTO, 2011).

Atualmente, estudos buscam investigar o processo de envelhecimento como um todo, não se centrando ao valor cronológico, mas, sim, em questões que potencializem melhores condições de vida a essa população, almejando melhorias na qualidade de vida (MENEZES *et al.*, 2016). O Ministério da Saúde adverte que não se fica velho aos 60 anos, uma vez que o processo do envelhecimento ocorre naturalmente ao longo da existência do ser humano. Muito provavelmente, a sociedade possui certo preconceito acerca da velhice e nega esse último ciclo de vida, o que, por consequência, gera dificuldades em pensar e desenvolver ações específicas a essa população (BRASIL, 2006b).



## 2.2 SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE E A ATENÇÃO AO IDOSO

### 2.2.1 Um breve olhar sobre as políticas públicas de saúde

Os sistemas de saúde organizam-se das mais diversas formas a nível mundial, sendo que a assistência à saúde é um direito do cidadão no qual os serviços de saúde devem estabelecer mecanismos relacionais entre os cidadãos e a quem presta a assistência (PAIM, 2009).

A gestão de cuidados de saúde no Brasil iniciou em 1910. Nesse longo percurso, destaca-se a criação do Departamento Nacional de Saúde Pública, com gerência do Ministério da Justiça, que definiu a criação de um Sistema Nacional de Saúde (DNSP). Em 1948, surgiram registros dos primeiros hospitais universitários, organizados conforme modelo de saúde vigente na época (BRASIL, 2011b). Na ditadura militar brasileira, compreendida entre os anos de 1964 até 1984, ocorreu o domínio das instituições previdenciárias, que caracterizou a mercantilização da saúde. Com a unificação dos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAP), criou-se o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS). Nesse modelo, era necessário contribuir legalmente com a previdência para ter acesso à saúde, sendo que trabalhos informais não pertenciam ao sistema. Esse modelo é considerado excludente, pois muitos brasileiros ficavam sem assistência à saúde, pois, sem pertencer ao INPS, os custos com a saúde eram onerosos à população desassistida (BRASIL, 2011b).

Com o histórico de déficit de gestão quanto ao controle de gastos no modelo vigente, criaram-se estratégias por meio do Conselho Consultivo de Administração de Saúde Previdenciária (CONASP) e ampliaram-se recursos humanos, normatizando assim questões de ordem financeira, como, por exemplo, pagamento aos serviços privados. No entanto, estudos apontam que esses esforços não foram suficientes para a continuidade desse modelo assistencial. Com a queda do regime militar e a inserção republicana, a saúde da população brasileira passou por uma transição que fortaleceu a assistência de saúde aos brasileiros, que tomou força em 1988 com a Constituição Federal. No capítulo destinado à saúde, a CF garante o direito aos serviços de forma universal, colocando como um dever do Estado a oferta assistencial (BRASIL, 1988; 2011b).

Notoriamente, o país passou por inúmeros problemas no setor público de saúde que resultaram na ineficiência dos serviços prestados à população brasileira e na reformulação do modelo de saúde para um Sistema Único de Saúde (SUS) (GONÇALVEZ, 2010). Nos dias de hoje, o SUS é conhecido como a política de maior inclusão social existente em nosso país e

no mundo, trazendo consigo uma política do compromisso do Estado brasileiro para com sua população. A CF de 1988, em seu artigo 198, refere que o SUS deve ser regionalizado e hierarquizado com princípios de descentralização, atendendo integralmente à população com enfoque nas atividades preventivas e assistenciais (CRUZ ALTA, 2010). Os sistemas de atenção à saúde ofertados à população devem ser capazes de dar respostas às suas necessidades de saúde e estar centrados na coerência com a situação de saúde da população que os utiliza (DUARTE *et al.*, 2015).

O sistema de saúde brasileiro tem uma obrigação legal há anos, legitimado com as Leis n. 8.080 e 8.142 (BRASIL, 1990a; 1990b). Desde a década de 1970, movimentos sociais e políticos surgiram no sentido de fortalecer a sociedade, com princípios de justiça e solidariedade por meio de políticas públicas com direitos humanos qualitativos e universais (SANTOS, 2013). A estruturação do sistema de saúde no Brasil caracteriza-se por redes regionalizadas e hierarquizadas de atenção à saúde, sendo uma das características que norteiam a organização do SUS (DUARTE *et al.*, 2015).

O Brasil talvez seja um dos únicos países a trazer na sua Constituição a saúde como um dever do Estado. O SUS tem por objetivo garantir à população brasileira o direito ao acesso universal e integral à saúde (CAPUCHO *et al.*, 2012; BRASIL, 1990a; 1990b). Estudos apontam que a assistência em saúde de forma integral, regionalizada e hierarquizada apresenta-se como um grande desafio devido à constante desigualdade no perfil sanitário e à desarticulação que é observada entre as necessidades de saúde e o acesso à rede de serviços necessária ao atendimento integral à saúde da população brasileira (DUARTE *et al.*, 2015).

O SUS teve avanços significativos, porém persistem problemas a serem enfrentados para consolidá-lo como um sistema público universal e equânime. Em 1994, foi implementado no Brasil o Programa de Saúde da Família (PSF), um programa especial voltado para o modelo sanitário, que foi redefinido como uma estratégia de mudança no modelo assistencial dos demais programas criados pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2003a; RIBEIRO, 2010).

Esse modelo era caracterizado como uma estratégia que possibilitaria a integração e promoveria a organização das atividades em um território definido, trabalhando na perspectiva da vigilância à saúde. Deveria ser substituído da rede básica tradicional e apresentar uma prática de complexidade tecnológica, com desenvolvimento de habilidades e mudanças de atitude. Mais tarde, passou a ser denominado ESF, tendo os mesmos princípios e finalidades (GARCES, 2012; VERAS, 2009; BRASIL, 2003a; RIBEIRO, 2010). A ESF é entendida como uma alternativa importante que dá estrutura para a política de saúde

brasileira, pois visa atender ao disposto na CF de 1988 enquanto princípios do SUS (SORATTO *et al.*, 2015).

O mecanismo do desenvolvimento e a implementação do SUS depara-se, constantemente, com grandes obstáculos, como fragilidades de gestão, políticas e financeiras. Essas implicações denotam que o SUS descrito na Constituição não traduz a realidade apresentada por esse sistema. Apesar disso, é importante ressaltar, os dados epidemiológicos gerais de saúde da população brasileira conotam uma melhor qualidade de vida, se comparados aos dados do sistema anterior a 1988 (REIS, 2016).

Para a consolidação do sistema de saúde, são necessárias formulações políticas constantes, descentralizando ações e ofertando serviços integrais à população. A participação da população como atores fortalece o sistema pela sua presença deliberativa, mas um dos grandes desafios está na ampliação de espaços públicos e coletivos para se exercitar o diálogo.

De acordo com a Portaria n. 2.488, de 21 de outubro de 2011, a Política Nacional de Atenção Básica se caracteriza por um conjunto de ações de saúde de ordem individual e coletiva da população brasileira de saúde (BRASIL, 2011c). A referida portaria faz menção à importância de ações que contemplem a promoção e a proteção de saúde, bem como a prevenção de agravos, acesso a tecnologias que visam ao diagnóstico e tratamento a fim de reduzir danos e manter a saúde. Metodologicamente, esses aspectos devem contemplar a assistência integral alicerçada em práticas de gestão e de cuidados organizadas de forma democrática e participativa (BRASIL, 2011c).

A prática assistencial deve ser pautada com trabalho em equipe e com responsabilidades sanitárias dentro do território definido, no qual observam-se vulnerabilidades e riscos que a população possa ter como determinante em questões ligadas à saúde (BRASIL, 2011c). Em 1994, implementou-se a ESF, sustentada pelos princípios da APS para obter ferramentas para enfrentar o abismo da desigualdade e restrição de acesso. Com a ESF, buscou-se efetivar o processo de democratização, de construção da cidadania, envolvendo a população na tomada de decisões – prerrogativas estas sustentadas pela constituição federal (ATUN *et al.*, 2015).

No Brasil, há dois diferentes tipos de atenção primária em saúde contextualizados em UBSs e ESFs. As UBSs têm como uma das principais finalidades o intervencionismo anterior ao controle, trabalhando com a demanda espontânea da população e contando com a ajuda da epidemiologia para monitoração das doenças. Já a ESF funciona pautada em três princípios: o contato, a longitudinalidade e abrangência.

O contato é que torna o acesso mais facilitado aos usuários, pela aproximação dos serviços às residências dos usuários. Segundo o Ministério da Saúde: “primeiro contato implica a acessibilidade e o uso de serviços para cada novo problema ou novo episódio de um problema para os quais se procura atenção à saúde” (BRASIL, 2015, p. 28). O princípio da longitudinalidade proporciona a relação do indivíduo/família com a equipe, pois permite ofertar aporte com regularidade nos cuidados pela equipe de saúde, tornando-os mais humanizado (BRASIL, 2015). Já a abrangência é capaz de atender às demandas por atendimento clínico, além de fazer a prevenção, promoção e coordenação da saúde, realizando um cuidado continuado e garantindo acesso aos serviços especializados (BRASIL, 2003a).

A ESF é formada por uma equipe de caráter multiprofissional que trabalha com definição do território de abrangência, com foco na unidade familiar, inserindo as unidades de saúde na comunidade. Dessa forma, permite o conhecimento das reais condições da população adstrita, estabelecendo um vínculo mais humanizado com o usuário. Os profissionais inseridos nessa estratégia, como agentes comunitários de saúde, médicos e enfermeiros, coletam informações por meio de diferentes sistemas de informação existentes, para cadastramento e acompanhamento da população residente na área. Assim, os gestores municipais podem planejar atividades específicas para as diferentes regiões, visando, em última instância, à cobertura de toda a população nacional (BRASIL, 2011c).

A ABS tem como uma das principais finalidades estreitar o vínculo com o usuário e a equipe da ESF, garantindo a continuidade das ações de saúde e o cuidado de forma longitudinal. O vínculo consiste, gradualmente, na construção de relações de afetividade e confiança entre o usuário e o trabalhador de saúde, permitindo o aprofundamento no processo de responsabilidade da saúde, além de carregar, em si, um potencial terapêutico (BRASIL, 2011c).

### 2.3 POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE VOLTADAS À ATENÇÃO DO IDOSO

Para que o sistema de saúde atenda às necessidades da população idosa e as peculiaridades desse ciclo vital, são fundamentais a elaboração e adequação de programas e políticas públicas que visem à melhoria das condições de vida desses indivíduos. Estudos afirmam que é atribuição das políticas de saúde cooperar para que mais pessoas tenham um envelhecimento saudável e ativo (CIOSAK *et al.*, 2011).

Corroborando esse pensamento, o Brasil começou a realizar e refletir condutas e políticas públicas direcionadas ao idoso. A CF de 1988 destacou em seu artigo 230 o direito

do idoso como direito humano fundamental, devendo ser protegido pelo Estado, pela sociedade e pela família (BRASIL, 1988). Essa contribuição originou do Plano de Ação Internacional de Viena sobre o Envelhecimento, de 1982, sendo, posteriormente, reiterada pelo Plano de Ação Internacional de Madri sobre o Envelhecimento, de 2002.

O Plano de Ação Internacional de Viena sobre o Envelhecimento, de 1982, objetivava proporcionar o fortalecimento da capacidade de os países abordar e atender à população de mais idade. Foi uma resposta internacional com medidas de ordem econômica e atividades internacionais de cooperação técnica, porém com ênfase aos países em desenvolvimento. Esse documento afirma que a elaboração e o desenvolvimento de políticas relativas ao envelhecimento são um direito soberano, de responsabilidade governamental exercido conforme a sua base de necessidades e objetivos nacionais. Nesse plano fica implícito que gastos que estão atrelados ao envelhecimento deverão ser considerados um investimento duradouro em políticas sociais que compreendam fatores físicos, psicológicos, culturais, religiosos, espirituais, econômicos, de saúde, dentre outros.

Diante da demanda expressiva da população brasileira em processo de envelhecimento, no ano de 1994 foi promulgada a Política Nacional do Idoso, por meio da Lei n. 8.842 (BRASIL, 1994), que foi regulamentada em 1996 pelo Decreto n. 1.948 (BRASIL, 1996). Em suma, essa Política assegura aos idosos seus direitos sociais, enfatiza o direito à autonomia com participação efetiva na sociedade, reafirmando o direito à saúde nos diversos níveis de atendimento do SUS (BRASIL, 2006b).

No ano de 2002, foram organizadas e implementadas as Redes Estaduais de Assistência à Saúde do Idoso conforme a Portaria n. 702 (BRASIL, 2002), que define processos de gestão e responsabilidades entre as esferas de governo, organizados pela Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS). Criaram-se assim os Centros de Referência em Atenção à Saúde do Idoso (BRASIL, 2006b).

Em 2003, amparada nos movimentos e nas reflexões das bases teóricas de documentos internacionais dos direitos dos idosos, foi promulgada a Lei n. 10.741 (BRASIL, 2003b). Nesse documento, o artigo 3º clarifica que é obrigação da família, da comunidade, da sociedade e do poder público assegurar ao idoso, com absoluta prioridade, a efetivação do direito à vida, saúde, alimentação, educação, cultura, ao esporte, lazer, trabalho, à cidadania, liberdade, dignidade, ao respeito e à convivência familiar (BRASIL, 2003b).

O Estatuto do Idoso regulamenta o disposto na CF de 1988 e coloca diversas ações de forma a garantir direitos fundamentais da pessoa idosa, inclusive a proteção de sua saúde. É relevante mencionar que o Estatuto do Idoso é considerado uma das principais conquistas

sociais da população idosa brasileira (BRASIL, 2003b). Asseguram-se, nesse Estatuto, aspectos relacionados à atenção integral à saúde do idoso, em que o SUS garante acesso universal e igualitário, articulado e contínuo nas ações e nos cuidados à saúde, com enfoque preventivo, promocional, protegendo e recuperando a sua saúde, com abordagens prioritárias às comorbidades do idoso (BRASIL, 2003b).

Em 2006, criou-se a Portaria n. 399 (BRASIL, 2006b), que elenca as Diretrizes do Pacto pela Saúde, nas quais estão contempladas três dimensões: pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão. O idoso é destacado como uma das prioridades no Pacto pela vida, sendo explicitada a sua atenção a esse ciclo vital. Evidencia-se a importância das ações de promoção, proteção e recuperação da saúde e a integralidade da atenção (BRASIL, 2006b). Nesse ano foi criada também a Portaria n. 2.528 (BRASIL, 2006a), que objetiva, enquanto Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, recuperar, manter e promover a autonomia e a independência dos indivíduos idosos. Para tanto, faz direcionamentos com ações em saúde de forma coletiva e individual, pautadas nas diretrizes do SUS (BRASIL, 2006a).

Tal política passou a emergir devido à notória escassez de ações a esse ciclo vital, bem como de cuidados e estruturas qualificadas capazes de atender a essa população. Sabiamente, entrelaçam-se as ações com as ESFs, que designam um papel fundamental na assistência, uma vez que se encontram vinculadas à comunidade onde os idosos se inserem (BRASIL, 2006a). Essa Portaria ainda justifica sua criação, alegando que o país apresenta fragilidade de recursos humanos, com equipes multiprofissionais e interdisciplinares que tenham saberes em envelhecimento/idosos, e, por consequência, insuficientes implantações das Redes de Assistência à Saúde do Idoso (BRASIL, 2006a).

Ainda em 2006, o Ministério da Saúde divulgou o Pacto pela Saúde, que visa consolidar o SUS colocando diretrizes para o referido Pacto. Nesse sentido, a Portaria n. 399 elenca prioridades de ações as quais inclui a saúde do idoso, determinando a implantação da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, buscando a atenção integral (BRASIL, 2006b). Como diretrizes para a saúde do idoso, essa Portaria coloca que deverá ser promovido o envelhecimento ativo e saudável, com o desenvolvimento de ações integrais e de forma integrada à saúde da pessoa idosa, além do estímulo de ações intersetoriais com integralidade da atenção. Afirma ainda a necessidade da implantação de serviços de atenção domiciliar, acrescidos de acolhimento preferencial em unidades de saúde, respeitado o critério de risco. Para tanto, deverá ter recursos para assegurar a qualidade da atenção à saúde da pessoa idosa (BRASIL, 2006b).

Essa Portaria demanda complexidades a serem vistas e executadas, como a participação social desse ciclo vital, como também a realização de formação e educação permanente dos profissionais de saúde do SUS na área de saúde da pessoa idosa e esclarecimentos sobre a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa para profissionais de saúde, gestores e usuários do SUS. Como forma de sustentação científica, busca promover a cooperação nacional e internacional das experiências na atenção à saúde da pessoa idosa, frisando a importância de apoio e pesquisa nesse ciclo vital (BRASIL, 2006b).

Destaca-se que, para cuidar e promover saúde à população idosa, se faz necessário pensar em mecanismos para fortalecer o modelo de atenção à saúde do idoso, com investimentos na formação de profissionais que tenham habilidades para atuar com esse ciclo vital (MIRANDA; MENDES; SILVA, 2016). O SUS necessita organizar-se para prestar assistência contínua e multidisciplinar, com inovações de processo de trabalho, a fim de assegurar que os serviços de saúde consigam promover a saúde e o bem-estar dessa população permanentemente (MIRANDA; MENDES; SILVA, 2016).

É relevante mencionar que parte significativa da sociedade brasileira ainda não se deu conta da importância das implementações de programas e políticas públicas. Necessita-se de uma tomada de consciência por parte de gestores referente à formulação e ao planejamento de políticas sociais, econômicas e de saúde no sentido de ofertar cuidado integral ao idoso. Instrumentos de avaliação são imprescindíveis e devem estar disponíveis à população e serem utilizados como estratégias para compreender o processo de atenção à saúde.

Tais avaliações vêm fortalecer e torna possível o delineamento de ações promocionais de saúde, prevenindo desequilíbrios no processo saúde/doença dos atores sociais. Ouvi-los seria essencial para criar possibilidades de superação das dificuldades e reconhecimento das potencialidades (CIOSAK *et al.*, 2011).

A avaliação dos serviços de saúde é considerada importante para planejar ações e melhor desenvolver a gestão destes, para aprimorar e buscar adesão e satisfação dos usuários (MARTINS *et al.*, 2014; GOUVEIA *et al.*, 2009). Tal conduta investigativa oportuniza melhoria assistencial como ferramenta de gestão.

Em estudo recente referente à avaliação dos serviços em saúde da ESF, como um ofício de saúde ofertado à população pautado na acessibilidade, a característica mais prevalente tem sido o acolhimento, que consegue cuidar e acompanhar a saúde dos usuários, de famílias com vínculos assegurados pela assistência cortês e cuidadosa às suas necessidades integrais de saúde. Modelo esse capaz de promover a participação nas decisões para o cuidado no tratamento, com princípios de confidencialidade e privacidade (MISHIMA *et al.*, 2016).

Outra pesquisa aponta que existem inúmeras experiências bem-sucedidas no SUS nas esferas federal, estadual e municipal, evidenciando um potencial do sistema público para atender aos seus objetivos universalistas. A percepção da saúde como dever do Estado e direito universal foi entendida pela população brasileira, que vem constantemente sendo reivindicada. Assim, o governo, de forma descentralizada nos três poderes, precisa ampliar a capacidade de governo e de coordenação das políticas públicas existentes (RIBEIRO; MOREIRA, 2016).

Há também estudos que colocam o sistema de saúde vigente em questão, visto que nos últimos anos este está perdendo a sua legitimidade social. Apesar disso, a população demonstra aprovação do SUS, pois esta ainda é a forma de assistência à saúde utilizada por grande parte dela (BOLZAN *et al.*, 2012). Os resultados investigados de satisfação do SUS devem direcionar as necessidades de saúde apontadas pelas pessoas que o integram (BOLZAN *et al.*, 2012).

As análises da percepção do usuário sobre as práticas de saúde e de sistemas de saúde apresentam relevante papel no cenário brasileiro. Diante dessa prática avaliativa, a comunidade se fortalece nos processos de planejamento em saúde (GOUVEIA *et al.*, 2009). Tais medidas visam mensurar a qualidade da atenção ofertada pelos profissionais de saúde, bem como a qualidade da assistência (GONÇALVES *et al.*, 2011).

Os sistemas de atenção à saúde contemplam as necessidades da população em conformidade com suas condições de saúde, no entanto as instituições precisam organizar-se para atender à demanda dessa população. Por vezes, quando ocorrem falhas na gestão, os sistemas de saúde fragmentam-se e, isoladamente, as redes de atenção não são eficazes, não conseguem dar conta de prestar assistência contínua à população (BRASIL, 2011a; 2015).

Apesar disso, a prática da utilização de modelos capazes de monitorar e avaliar o desempenho do sistema de saúde poderá municiar o planejamento em todos os níveis de gestão do SUS, melhorando qualitativamente os serviços ofertados em suas redes de atenção (DUARTE *et al.*, 2015). Estudos que visam entender e analisar a visão dos usuários do SUS trazem elementos indispensáveis para a reflexão da prática assistencial vigente, ofertando dados ao Ministério da Saúde, órgão capaz de subsidiar ações voltadas para a melhoria do acesso e qualidade do atendimento prestado (BOLZAN *et al.*, 2012).

A avaliação de saúde e dos serviços tem ocupado lugar de destaque entre as ações de planejamento e gestão. No SUS, é entendida como uma etapa importante para formulação e planejamento de novas ações. As ferramentas avaliativas, portanto, possibilitam



flexibilizações, inclusão e exclusão de indicadores, prática bastante frequente nas pactuações do Ministério da Saúde com estados e municípios (BRASIL, 2011a).

### 3 HIPÓTESES

H0: Os participantes deste estudo encontram-se satisfeitos com a assistência prestada em relação ao cuidado com sua saúde.

H1: Os participantes deste estudo encontram-se insatisfeitos com a assistência prestada em relação ao cuidado com sua saúde.

H0: Idosos percebem de forma positiva a assistência prestada pela atenção básica do SUS enquanto infraestrutura, acesso, territorialidade, descentralização, acolhimento e eficácia.

H1: Idosos percebem de forma negativa a assistência prestada pela atenção básica do SUS enquanto infraestrutura, acesso, territorialidade, descentralização, acolhimento e eficácia.

H0: A sistemática do atendimento ao usuário relacionada ao tempo utilizado e aos encaminhamentos do processo de assistência dos idosos é resolutiva.

H1: A sistemática do atendimento ao usuário relacionada ao tempo utilizado e aos encaminhamentos do processo de assistência aos idosos não é resolutiva.

H0: Ocorre a existência da dependência entre a atenção básica, os serviços de odontologia e urgência e emergência na assistência ao idoso.

H1: Não ocorre a existência da dependência entre a atenção básica, os serviços de odontologia e urgência e emergência na assistência ao idoso.

H0: Idosos encontram-se satisfeitos quanto à assistência de profissionais nos serviços de saúde do SUS utilizados.

H1: Idosos encontram-se insatisfeitos quanto à assistência de profissionais nos serviços de saúde do SUS utilizados.

## 4 OBJETIVOS

### 4.1 OBJETIVO GERAL

Analisar a satisfação dos usuários idosos do Sistema Único de Saúde de um município do interior do Estado do Rio Grande do Sul quanto à assistência multiprofissional nas redes de atenção ofertadas pelos serviços de saúde pública.

### 4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Caracterizar os aspectos sociodemográficos dos participantes deste estudo e as principais demandas assistenciais apontadas pelos usuários do SUS.
- Identificar a satisfação dos usuários sobre a assistência prestada pela atenção básica do SUS referente ao acesso, à disponibilidade, infraestrutura, ao acolhimento, à relação usuário-profissional de saúde, eficácia, territorialidade e descentralização.
- Investigar a sistemática do atendimento ao usuário no que diz respeito ao tempo utilizado e aos encaminhamentos necessários no desenvolvimento do processo do atendimento em relação à saúde dos idosos, bem como verificar se existe alguma dependência entre a atenção básica, os serviços de odontologia e urgência e emergência.
- Conhecer os fatores que influenciam na satisfação dos usuários idosos dos serviços públicos de saúde e identificar possíveis associações entre estes fatores e os dados sociodemográficos.

## **5 MÉTODOS**

### **5.1 DELINEAMENTO DO ESTUDO**

O presente estudo caracteriza-se por ser uma pesquisa do tipo transversal, descritiva e exploratória, cujo objetivo é avaliar a satisfação dos usuários idosos do SUS quanto aos serviços prestados pelas unidades das ESFs, a fim de determinar a sua qualidade. Estudos transversais permitem produzir dados instantâneos da situação de saúde de uma população ou comunidade com base na avaliação individual, possibilitando assim a produção de indicadores globais de saúde para o grupo investigado (BRASIL, 2015).

### **5.2 POPULAÇÃO E AMOSTRA DO ESTUDO**

A amostra foi composta por 568 idosos com idade igual ou superior a 60 anos moradores da cidade de Cruz Alta/RS. A população total desse município é de 63.776 habitantes (CRUZ ALTA, 2018). A amostra foi selecionada de forma aleatória simples, envolvendo no mínimo 10% da população composta por idosos do sexo masculino e feminino. Segundo dados de 2013, a população de idosos cadastrada nas ESFs é de 4.500.

#### **5.2.1 Critérios de inclusão**

- Ter 60 anos ou mais.
- Saber ler e escrever.
- Estar cadastrado nas ESFs contempladas no estudo.

#### **5.2.2 Critérios de exclusão**

- Ter doença mental que não permita a participação das respostas do instrumento de pesquisa.
- Não ser residente no município de Cruz Alta/RS.

## 5.3 COLETA DE DADOS

### 5.3.1 Desenvolvimento da pesquisa

Após a aprovação do Comitê de Ética, do levantamento populacional, da escolha aleatória dos idosos pertencentes a ESFs adscritos nas mesmas com cadastros em sistema E SUS, da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, todos os participantes responderam o instrumento de pesquisa sozinhos.

### 5.3.2 Instrumentos e procedimentos da pesquisa

Aplicou-se o questionário disponibilizado pelo Ministério da Saúde (BOLZAN et al., 2012; MOIMAZ *et al.*, 2010) que tem a finalidade de avaliar o grau de satisfação do usuário do SUS quanto ao acesso e à qualidade percebida da atenção básica e dos serviços de urgência e emergência. As dimensões de análise contemplam a atenção básica, assistência odontológica e os serviços de urgência e emergência, com questões que permitem investigar fatores importantes como infraestrutura, acolhimento, relação usuário-profissional de saúde, eficácia ou resolutividade e continuidade assistencial ofertada à população brasileira (Anexo A). Fez-se uma avaliação do perfil sociodemográfico dos participantes, instrumento adequado ao presente estudo por estar focado em idosos (Apêndice A).

## 5.4 ANÁLISE ESTATÍSTICA

A análise estatística dos dados foi realizada no Statistical Package for the Social Sciences (IBM SPSS) – versão 22. Quanto à análise univariada, para a variável quantitativa idade, foram calculadas as medidas descritivas (média e desvio padrão), e para variável referente aos aspectos sociodemográficos e instrumento de satisfação do usuário do SUS, foram apresentadas as tabelas de distribuição de frequências. Quanto à análise bivariada, para as variáveis qualitativas, foram apresentadas as tabelas de contingência, e a associação foi dada pelo teste Qui-Quadrado de Pearson. Os testes estatísticos foram considerados significativos quando  $p \leq 0,05$ .

## 5.5 ASPECTOS ÉTICOS

O presente estudo obteve início após a aprovação na Comissão Científica do Instituto de Geriatria e Gerontologia da PUCRS, do Comitê de Ética em Pesquisa da PUCRS, SISPEQ e Plataforma Brasil (CEP), com registro no CAEE n. 63402816.3.0000.5336, sob parecer n. 1.899.205.

Todos os indivíduos foram informados de maneira clara sobre os objetivos e a importância da pesquisa desenvolvida neste trabalho no momento do agendamento e a entrevista propriamente dita. Os participantes antes de iniciar a entrevista assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice C), obedecendo às recomendações da Resolução n. 466 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012). Cabe salientar que uma cópia do TCLE ficará com o participante e outra com a pesquisadora.

As entrevistas serão numeradas em ordens seqüenciais, conforme números de participantes (I1,I2,I3....). Entende-se que a presente pesquisa tem como benefício proporcionar a reflexão sobre a temática do estudo, ser subsídio para planejamento de possíveis ações em prol da assistência do idoso no SUS. Quanto aos riscos estes são classificados como mínimos no sentido de apresentar cansado ao responder o questionário, algum fator que nas redes de atenção do SUS possam ter causado vivências negativas, gerando sentimento de tristeza.

Após termino da pesquisa será oportunizado retorno aos participantes. A pesquisadora agendará uma data em cada ESF previamente , sendo entregue o convite para participar do encontro a ser entregue pelo ACS. Também será disponibilizado a Secretaria Municipal de Saúde uma cópia da Tese, e seqüencial apresentação dos resultados obtidos para a Coordenação das ESFs do município e gestor municipal de saúde.

## 6 RESULTADOS

### 6.1 PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO DE IDOSOS E DEMANDAS ASSISTENCIAIS DOS IDOSOS OFERTADAS PELO SERVIÇO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

Em relação ao perfil dos idosos, descrevem-se aspectos como gênero, cor, estado civil, renda, moradia, profissão, aposentadoria, com quem vivem e plano de saúde, os quais estão descritos e posteriormente discutidos (Tabela 1).

Tabela 1 – Perfil sociodemográfico

Variáveis	n	%
Gênero		
Masculino	187	31,9
Feminino	381	67,1
<b>Total</b>	<b>568</b>	<b>100</b>
Raça		
Amarela	1	,2
Branca	470	82,7
Indígena	2	,4
Parda	30	5,3
Preta	64	11,3
Não informada	1	,2
<b>Total</b>	<b>568</b>	<b>100,0</b>
Estado civil		
Casado	263	46,3
Divorciado/separado	41	7,2
Solteiro	72	12,7
Viúvo	178	31,3
Outro	14	2,5
<b>Total</b>	<b>568</b>	<b>100,0</b>
Aposentado		
Sim	432	76,1
Não	136	23,9
<b>Total</b>	<b>568</b>	<b>100,0</b>
Renda		
Menos que um salário mínimo	60	10,6
Entre um e dois salários mínimos	390	68,7

Variáveis	n	%
Maior que dois até cinco salários mínimos	102	18,0
Maior que cinco até 10 salários mínimos	11	1,9
Mais que dez salários mínimos	1	,2
Não informada	4	,7
<b>Total</b>	<b>568</b>	<b>100</b>
Moradia		
Alugada	36	6,3
Própria	499	87,9
Outros	33	5,8
<b>Total</b>	<b>568</b>	<b>100</b>
Com quem vive		
Com cônjuge	273	48,1
Familiares	183	32,2
Sozinho	103	18,1
Outros	9	1,6
<b>Total</b>	<b>568</b>	<b>100,0</b>
Convivência com a família semanalmente		
Sim	492	86,6
Não	76	13,4
<b>Total</b>	<b>568</b>	<b>100,0</b>
Plano de saúde		
Sim	196	34,5
Não	372	65,5
<b>Total</b>	<b>568</b>	<b>100,0</b>

Fonte: A autora (2018).

Em relação ao perfil sociodemográfico dos idosos participantes deste estudo, obteve-se menor participação do gênero masculino, com 31,9% (n=187); a raça predominante foi a branca, representada por 82,7% (n=470); e 46,3% são casados.

No que tange à moradia, cerca de 87,9% (n=499) possuem casa própria. Um dado que chama a atenção refere-se à aposentadoria, uma vez que 23,9% (n=136) não possuem ainda o benefício, embora já tenham completado 60 anos de idade. A renda mensal pode ser considerada baixa, visto que 68,7% (n=390) recebem entre um e dois salários mínimos.

Quanto à contextualização de convívio do idoso, observou-se que 18,1% (n=103) moram sozinhos, e 86,6% (n=492) convivem semanalmente com seus familiares. Em relação



à utilização de plano de saúde, 65,5% (n=372) apresentam somente o SUS como mecanismo de acesso ao cuidado e assistência à saúde.

A presente pesquisa investigou a contextualização do idoso no que se refere ao acesso e à utilização do SUS no cuidado com a sua saúde. Buscou-se saber sobre sua experiência nos últimos doze meses quanto à realidade vivenciada no cuidado com sua saúde, ao vínculo com o SUS (seu e de seus familiares), acesso a procedimentos (como curativo e imunização), às orientações sobre cuidados no processo saúde-doença, se realizou consulta médica e odontológica, exames de laboratório ou imagem, atendimento de urgência e emergência/SAMU, internações, acesso à medicalização (Tabela 2).

Tabela 2 – Acesso ao SUS e demandas assistenciais

Variáveis	N	%
Você levou, nos últimos 12 meses, um familiar para atendimento no SUS, para vacinação consultas, exames, atendimento de urgência, internação ou para pegar medicamentos?		
Sim	251	44,2
Não	317	55,8
<b>Total</b>	<b>568</b>	<b>100</b>
Você utilizou o SUS, ou seja, um sistema público de saúde municipal, estadual ou federal, nos últimos 12 meses, para vacinação, consultas, exames, atendimento de urgência, internação ou para pegar medicamentos?		
Sim	518	91,2
Não	50	8,8
<b>Total</b>	<b>568</b>	<b>100</b>
Para qual(is) atendimento(s) você procurou o SUS?		
Vacinação, curativos, orientações		
Sim	444	78,2
Não	124	21,8
<b>Total</b>	<b>568</b>	<b>100,0</b>
Consultas médicas		
Sim	411	72,4
Não	157	27,6
<b>Total</b>	<b>568</b>	<b>100,0</b>
Consultas odontológicas		
Sim	68	12,0
Não	500	88,0
<b>Total</b>	<b>568</b>	<b>100,0</b>
Exames de laboratório ou imagem		

Variáveis	N	%
Sim	217	38,2
Não	351	61,8
<b>Total</b>	<b>568</b>	<b>100,0</b>
Atendimentos de urgência e emergência/SAMU		
Sim	16	2,8
Não	552	97,2
<b>Total</b>	<b>568</b>	<b>100,0</b>
Internações		
Sim	51	9,0
Não	517	91,0
<b>Total</b>	<b>568</b>	<b>100,0</b>
Acesso à medicalização		
Sim	425	74,8
Não	143	25,2
<b>Total</b>	<b>568</b>	<b>100,0</b>

Fonte: A autora (2018).

No que se refere às demandas assistenciais e ao acesso dos serviços de saúde ofertados pelo SUS, cerca de 55,8% (n=317) não levaram familiares para cuidados com a saúde no referido sistema. Porém, 91,2% (n=518) dos idosos utilizaram o SUS nos últimos 12 meses em sistema público de saúde municipal, estadual ou federal, para vacinação, consultas, exames, atendimento de urgência, internação ou para pegar medicamentos.

Quanto à busca por procedimentos relacionados à saúde do idoso (nos últimos doze meses), 78,2% (n=568) buscaram o SUS para vacinação, curativos e orientação. O acesso à medicação foi expressivo, visto que cerca de 74,8% (n=425) dos idosos foram beneficiados. Também contemplaram a procura por serviços de consultas médicas 72,4% (n=411). Nos exames de laboratório e radioimagem, cerca de 61,8% (n= 351) não realizaram nenhuma avaliação dos serviços de saúde, bem como 97,2% (n=552) não utilizaram serviços de urgência e emergência/SAMU e 88% (n=500) não procuraram assistência em saúde bucal.

## 6.2 SATISFAÇÃO DOS USUÁRIOS SOBRE A ASSISTÊNCIA PRESTADA NO SUS

Buscou-se investigar a satisfação dos idosos quanto à assistência ofertada pelo SUS, enquanto acesso, disponibilidade, acolhimento, relação usuário-profissional de saúde, eficácia, territorialidade e descentralização (Tabela 3).

Tabela 3 – Acesso ao serviço de saúde em ESF

Variáveis	N	%
Você procurou atendimento pelo SUS numa(num) Unidade Básica de Saúde/Posto de Saúde/Centro de Saúde nos últimos 12 meses?		
Sim	396	69,7
Não	172	30,3
<b>Total</b>	<b>568</b>	<b>100</b>
Você é atendido por uma Equipe de Saúde da Família na(o) Unidade Básica de Saúde/Posto de Saúde/Centro de Saúde que atende a região onde você mora?		
Sim	527	92,8
Não	30	5,3
Não responderam	11	1,9
<b>Total</b>	<b>568</b>	<b>100</b>
Quanto tempo você gastou para chegar à(o) Unidade Básica de Saúde/Posto de Saúde/Centro de Saúde?		
Até uma hora	28	4,9
Até duas horas	371	65,3
Mais de um dia	169	29,8
<b>Total</b>	<b>568</b>	<b>100,0</b>
Quanto tempo você esperou para ser atendido na(o) Unidade Básica de Saúde/Posto de Saúde/Centro de Saúde?		
Até uma hora	105	18,5
Até duas horas	283	49,8
Até quatro horas	6	1,1
Não sabe informar	172	30,3
Não foi atendido	1	0,2
Não responderam	1	0,2
<b>Total</b>	<b>568</b>	<b>100,0</b>
Você precisou agendar a consulta com o médico na(o) Unidade Básica de Saúde/Posto de Saúde/Centro de Saúde?		
Não fui atendido no dia	116	20,4
Sim, fui atendido no dia seguinte	101	17,8
Sim, fui atendido em até uma semana	167	29,4
Sim, fui atendido em até duas semanas	9	1,6
Sim, fui atendido em até 1 mês	1	,2
Não responderam	174	30,6
Ao fim do atendimento no Centro de Saúde, a sua demanda:		
Foi resolvida	373	65,7
Foi resolvida parcialmente	17	3,0

Variáveis	N	%
Não foi resolvida	8	1,4
Não responderam	170	29,9
<b>Total</b>	<b>568</b>	<b>100,0</b>
Você recomendaria o Centro de Saúde para um amigo ou familiar?		
Não	11	1,9
Sim	385	67,8
Não responderam	2	3,5
Não utilizou o sistema	170	29,9
<b>Total</b>	<b>568</b>	<b>100,0</b>

Fonte: A autora (2018).

Em relação aos serviços ofertados nas ESFs, 69,7% (n=396) dos idosos usufruíram algum atendimento durante 12 meses e 92,8% (n=527) afirmam que familiares acessaram os serviços do SUS. Chama a atenção os dados que mostram a demora de até duas horas para ir à unidade de saúde, pois, pelo princípio da territorialidade, se chegaria ao local em menos tempo.

Ao observar o tempo de assistência prestada ao idoso na ESF que se encontra adscrito, não há uma espera longa, pois 49,8% (n=283) esperam até duas horas, e 20,4% dos idosos referiram ser atendidos no dia em que procuraram o serviço.

Ao confrontar com todos os dados expostos quando questionados se suas demandas foram resolvidas, 65,7% (n=373) afirmaram ter suas necessidades sanadas. Em relação à recomendação para demais pessoas da unidade de saúde ao qual territorialmente está adscrito, 67,8% (n=385) indicariam favoravelmente o acesso aos serviços assistenciais de saúde.

Tabela 4 – Percepção dos idosos relacionada à disponibilidade, acolhimento e satisfação da equipe multiprofissional de saúde responsável pelos atendimentos

Variáveis	N	%
Você recebeu em sua casa a visita de um Agente Comunitário de Saúde ou algum membro da Equipe de Saúde da Família nos últimos 6 meses?		
Sim	505	88,9
Não	46	8,1
Não responderam	17	3,0
<b>Total</b>	<b>568</b>	<b>100</b>
Como você avalia a atuação do Agente Comunitário de Saúde no acompanhamento e na promoção da saúde de sua família?		
Muito boa	234	41,2

Variáveis	N	%
Boa	270	47,5
Regular	6	1,1
Ruim	4	0,7
Muito ruim	8	1,4
Não utilizou serviços do ACS	46	8,1
<b>Total</b>	<b>568</b>	<b>100</b>
Como você avalia o atendimento da equipe de enfermagem?		
Muito bom	93	16,4
Bom	294	51,8
Regular	11	1,9
Ruim	3	0,5
Não utilizou atendimento da equipe enfermagem	167	29,4
<b>Total</b>	<b>568</b>	<b>100,0</b>
Como você avalia o atendimento do médico?		
Muito bom	126	22,2
Bom	251	44,2
Regular	11	1,9
Ruim	3	0,5
Não utilizou atendimento médico	177	31,2
<b>Total</b>	<b>568</b>	<b>100,0</b>
Como você avalia o atendimento pelo dentista do SUS?		
Muito bom	34	6,0
Bom	46	8,1
Regular	1	0,2
Não utilizou atendimento do dentista	487	85,7
<b>Total</b>	<b>568</b>	<b>100,0</b>

Fonte: A autora (2018).

Enquanto dimensionamento de territorialidade, os integrantes da equipe de saúde também acompanham seus usuários por meio de visitas ao seu domicílio. Assim, 88,9% (n=505) dos idosos afirmam que receberam em sua casa a visita de um ACS ou de outros membros da ESF nos últimos 6 meses. Quanto ao atendimento odontológico realizado pelo dentista, 8,1% referem ser bom – destaca-se que 87,5% (n=487) dos idosos não usufruíram desse serviço no último ano.

Em relação à atuação do ACS, 47,5% (n=270) dos idosos entrevistados no acompanhamento e na promoção da saúde de sua família avaliaram sua atuação profissional

como boa. No que diz respeito aos serviços da equipe de enfermagem, 51,8% (n=294) dos idosos afirmam serem bons; quanto à assistência médica, 44,2% (n=251) categorizaram como bom.

Ainda referente à satisfação do trabalho da equipe multidisciplinar que atua na ESF, realizou-se uma investigação referente ao perfil de idosos com avaliação destes enquanto atendimento da equipe multiprofissional (ACS, Equipe de enfermagem, médico, dentista), em que houve significância nas análises estatísticas no teste qui-quadrado. Observou-se também uma associação estatisticamente significativa dos aspectos sociodemográficos e satisfação da assistência ofertada pelo SUS com a satisfação da assistência que utilizou o SUS ( $p < 0,001$ ), renda, fim do atendimento na ESF. Entretanto, com as variáveis sexo ( $p = 0,320$ ), aposentado ( $p = 0,956$ ), plano de saúde ( $p = 0,116$ ) e serviços de odontologia ( $p = 0,055$ ), não se observou nenhuma associação

No que se refere aos encaminhamentos e à descentralização de serviços ofertados pelo SUS, a Tabela 5 apresenta os apontamentos dos idosos pesquisados.

Tabela 5 – Encaminhamento e descentralização da ESF para a realização de algum outro procedimento no SUS

Variáveis	n	%
Você recebeu encaminhamento para a realização de algum outro procedimento pelo SUS?		
Sim	220	38,7
Não	174	30,6
Não utilizaram o serviço	174	30,6
<b>Total</b>	<b>568</b>	<b>100,0</b>
O encaminhamento foi para qual procedimento? Conseguiu realizar?		
<i>Exames</i>		
Sim	172	30,3
Não	396	69,7
<b>Total</b>	<b>568</b>	<b>100,0</b>
<i>Consulta com especialista</i>		
Sim	88	15,5
Não	480	84,5
<b>Total</b>	<b>568</b>	<b>100,0</b>
<i>Encaminhamento para urgência</i>		
Sim	7	1,2
Não	561	98,8
<b>Total</b>	<b>568</b>	<b>100,0</b>

Variáveis	n	%
<i>Medicação</i>		
Sim	105	18,5
Não	463	81,5
<b>Total</b>	<b>568</b>	<b>100,0</b>

Fonte: A autora (2018).

Em relação aos encaminhamentos realizados pela ESF, 38,7% (n=220) receberam necessários fluxos assistenciais que vão além dos existentes na unidade-base do idoso. Dentre os encaminhamentos, 30,3% (n. 220) realizaram exames. Ocorreram encaminhamentos a especialidades, mas com um indicado baixo, 15,5% (n=88). Para serviços caracterizados como urgência, somente 1,2% (n=7) foi encaminhado pela equipe de saúde das ESFs. Para obter medicação não disponível na unidade, 18,5% (n=105) buscaram em outros espaços públicos de saúde.

O estudo oportunizou ainda identificar se os encaminhamentos – como exames, consulta com especialista, encaminhamento para urgência e acesso à medicação fora – foram efetivos, resolutivos aos idosos (Tabela 6).

Tabela 6 – Eficácia, disponibilidade nos encaminhamentos das ESFs para a realização de algum outro procedimento pelo SUS

Variáveis	n	%
<i>Conseguiu realizar exames</i>		
Realizou integralmente	158	27,8
Realizou parcialmente	13	2,3
Não realizou	7	1,2
Não utilizou este serviço	390	68,7
<b>Total</b>	<b>568</b>	<b>100,0</b>
<i>Conseguiu consultas com especialistas</i>		
Realizou integralmente	85	15,0
Realizou parcialmente	5	0,9
Não realizou	9	1,6
Não utilizou este serviço	469	82,6
<b>Total</b>	<b>568</b>	<b>100,0</b>
<i>Encaminhamento para urgência</i>		
Foi atendido	18	3,2
Não foi atendido	4	0,7
Não utilizou o serviço	546	96,1

Variáveis	n	%
<b>Total</b>	<b>568</b>	<b>100,0</b>
<i>Acesso à medicação</i>		
<i>Foi entregue na UPA</i>		
Sim	7	1,2
Não	561	98,8
<b>Total</b>	<b>568</b>	<b>100,0</b>
<i>Buscou na UBS</i>		
Sim	259	45,6
Não	309	54,4
<b>Total</b>	<b>568</b>	<b>100,0</b>
<i>Buscou no “aqui tem farmácia popular”</i>		
Sim	44	7,7
Não	524	92,3
<b>Total</b>	<b>568</b>	<b>100,0</b>
<i>Buscou na “farmácia popular”</i>		
Sim	67	11,8
Não	501	88,2
<b>Total</b>	<b>568</b>	<b>100,0</b>
<i>Buscou hospital/instituto</i>		
Sim		
Não	565	99,5
<b>Total</b>	<b>568</b>	<b>100,0</b>
<i>Comprou na rede privada</i>		
Sim	5	0,9
Não	563	99,1
<b>Total</b>	<b>568</b>	<b>100,0</b>
<i>Outros</i>		
Sim	1	0,2
Não	567	99,8
<b>Total</b>	<b>568</b>	<b>100,0</b>

Fonte: A autora (2018).

Ao observar os dados da Tabela 6, percebe-se que 1,2% (n=7) não conseguiu realizar o exame encaminhado e 2,3% (n=13) realizaram integralmente. Quanto ao acesso às especialidades demandadas ao seu estado de saúde 1,6% (n=9) não se efetivou. Outro dado



relevante é o fato de 96,1% (n=546) não terem utilizado serviços de urgência em nenhum momento, sendo que 3,2% (n=18) foram assistidos nessa rede de atenção.

Após os encaminhamentos assistenciais, ao vislumbrar o aspecto medicação, observou-se que os idosos buscaram em diferentes cenários, sendo o mais resolutivo na oferta deste a unidade de saúde ao qual faz parte, 45,6% (n=259). O acesso à medicação em outros cenários se deu assim: UPA 1,2% (n=7); no “aqui tem farmácia popular” 7,7% (n=44); farmácia popular 11,8% (n=67); e somente 5,0% (n=9) compraram seu medicamento.

Os idosos também responderam questões ligadas ao atendimento odontológico prestado pelo SUS, como mostra a Tabela 7, a seguir.

Tabela 7 – Percepção quanto ao atendimento odontológico

Variáveis	N	%
Você buscou atendimento com dentistas pelo SUS nos últimos 12 meses?		
Sim	82	14,4
Não	486	85,6
<b>Total</b>	<b>568</b>	<b>100,0</b>
Onde foi esse atendimento?		
UBS – Unidade Básica de Saúde	79	13,9
UBS e depois foi encaminhado para CEO	1	0,2
CEO – Centro de Especialidades Odontológicas	2	0,4
Não utilizou o serviço	486	85,6
<b>Total</b>	<b>568</b>	<b>100,0</b>
Quanto tempo você gastou para chegar à unidade onde foi atendido?		
Até 30 minutos	73	12,9
Até 1 hora	5	0,9
Não responderam	490	86,3
<b>Total</b>	<b>568</b>	<b>100,0</b>
Quanto tempo você esperou para ser atendido pelo dentista? (Tempo entre o momento de chegada ao consultório do dentista e o momento em que foi atendido.)		
Até 30 minutos	54	9,5
Até 1 hora	24	4,2
Até 2 horas	2	0,4
Não responderam	488	85,9
<b>Total</b>	<b>568</b>	<b>100,0</b>
Você completou seu tratamento dentário?		
Sim	50	8,8

Variáveis	N	%
Não	7	1,2
Ainda estou fazendo	25	4,4
Não utilizaram serviço	486	85,6
<b>Total</b>	<b>568</b>	<b>100,0</b>
Você avalia que sua demanda foi resolvida?		
Sim	54	9,5
Parcialmente	21	3,7
Não foi resolvida	2	0,4
Não responderam	491	86,4
<b>Total</b>	<b>568</b>	<b>100,0</b>
Você recomendaria o Centro de Saúde ou o CEO para um amigo ou familiar?		
Não	1	0,2
Não se aplica	487	85,7
Sim	80	14,1
<b>Total</b>	<b>568</b>	<b>100,0</b>

Fonte: A autora (2018).

Nos serviços ofertados pelo SUS em relação à saúde bucal, a amostra dos dados traduz que não há adesão considerável dos idosos. O local de atendimento se dá, preferencialmente, na unidade de saúde de sua territorialização. Vale destacar que 14,4% (n=82) usam o serviço odontológico, 12,9% (n=73) demoram 30 minutos para chegar à unidade de saúde. O tempo de espera para ser atendido pelo dentista é de 30 minutos para 9,5% (n=54). Completaram tratamento dentário 8,8% (n=50), e 4% (n=) referem que seus problemas de saúde bucal não foram resolvidos.

A Tabela 8, na sequência, apresenta os dados relativos ao atendimento de urgência e emergência prestado pelo SUS.

Tabela 8 – Percepção quanto ao atendimento de urgência e emergência

Variáveis	N	%
Você procurou atendimento de urgência em uma UPA, Unidade 24 horas ou em um Pronto-Socorro do SUS nos últimos 12 meses?		
Não	476	83,8
Sim	92	16,2
<b>Total</b>	<b>568</b>	<b>100,0</b>
Onde foi esse atendimento?		
Não se aplica	473	83,3

Variáveis	N	%
Não sei	2	0,4
Pronto-socorro do SUS	42	7,4
Unidade 24 horas	40	7,0
UPA	11	1,9
<b>Total</b>	<b>568</b>	<b>100,0</b>

Quanto tempo você gastou para chegar à UPA, Unidade 24 horas ou ao Pronto-Socorro do SUS?

Até 1 hora	20	3,5
Até 2 horas	2	0,4
Até 30 minutos	69	12,1
Não responderam	477	84,0
<b>Total</b>	<b>568</b>	<b>100,0</b>

Quanto tempo você esperou para ser atendido na UPA, Unidade 24 horas ou no Pronto-Socorro do SUS? (Tempo entre o momento de chegada ao local de atendimento e o momento em que foi atendido.)

Até 1 hora	3	0,5
Até 2 horas	5	0,9
Até 30 minutos	83	14,6
Não responderam	477	84,0
<b>Total</b>	<b>568</b>	<b>100,0</b>

Como você avalia o atendimento nessa UPA, Unidade 24 horas ou nesse Pronto-Socorro do SUS?

Bom	71	12,5
Muito bom	16	2,8
Regular	4	0,7
Não responderam	477	84,0
<b>Total</b>	<b>568</b>	<b>100,0</b>

Você recebeu encaminhamento para a realização de algum outro procedimento?

Não	53	9,3
Sim	38	6,7
Não responderam	477	84,0
<b>Total</b>	<b>568</b>	<b>100,0</b>

O encaminhamento foi para qual procedimento? Conseguiu realizar?

*Exames*

Realizou integralmente	22	3,9
Realizou parcialmente	2	0,4
Não realizou	1	0,2
Não responderam	543	95,6
<b>Total</b>	<b>568</b>	<b>100,0</b>

Variáveis	N	%
<i>Consulta com especialista</i>		
Não realizou	4	0,7
Realizou integralmente	8	1,4
Não responderam	556	97,9
<b>Total</b>	<b>568</b>	<b>100,0</b>
<i>Encaminhamento para UBS</i>		
Foi atendido	8	1,4
Não foi atendido	1	0,2
Não se aplica	559	98,4
<b>Total</b>	<b>568</b>	<b>100,0</b>
<i>Internação</i>		
Foi internado	16	2,8
Não foi internado	3	0,5
Não responderam	549	96,7
<b>Total</b>	<b>568</b>	<b>100,0</b>
<i>Medicação</i>		
Sim	6	1,1
Não	562	98,9
<b>Total</b>	<b>568</b>	<b>100,0</b>
Você recomendaria a UPA para um amigo ou familiar?		
Não	2	0,4
Sim	82	14,4
Não responderam	484	85,2
<b>Total</b>	<b>568</b>	<b>100,0</b>

Fonte: A autora (2018).

Em relação à assistência de idosos no atendimento de urgência e emergência, 83,8% (n=476) não usufruíram desse serviço nos últimos 12 meses. Dentre as unidades que assistem situações críticas de vida, 7,4% (n=42) procuraram mais pronto-socorro 24 horas. Quanto ao tempo de chegada, 12,1% (n=69) levaram de sua casa até a unidade de saúde 30 minutos. No que se refere ao tempo de espera para atendimento, 30 minutos apresentou um percentual de 14,6% (n=83). Além disso, o serviço de urgência e emergência foi avaliado como bom por 12,5% (n=71).

Referente a encaminhamentos realizados na assistência ao idoso em situação de urgência e emergência, 6,7% (n=38) obtiveram sequenciamento do cuidado encaminhado pelo próprio serviço para a realização de exames, consultas especializadas e encaminhamento

para UBS. No que tange a hospitalizações, 2,8% (n=16) necessitaram desse cuidado. A utilização desse serviço é recomendada por 14,4% (n=82) dos idosos.

A Tabela 9, a seguir, apresenta os encaminhamentos realizados aos idosos.

Tabela 9 – Encaminhamentos realizados no atendimento de idosos

Variáveis	N	%
Encaminhamentos realizados pela ESF aos idosos que utilizaram os serviços		
Sim	218	56,2
Não	170	43,8
<b>Total</b>	<b>388</b>	<b>100,0</b>
Encaminhamentos realizados pela UPA aos idosos que utilizaram os serviços		
Sim	38	42,2
Não	52	57,8
<b>Total</b>	<b>90</b>	<b>100,0</b>

Fonte: A autora (2018).

\*Nesta análise foram excluídos os idosos que não utilizaram serviços do SUS relacionados à ESF e UPA.

Cabe salientar que os serviços de odontologia não realizaram encaminhamentos com idosos para outros serviços que o SUS disponibiliza. Contudo, observa-se que a demanda de serviços utilizados foi maior na ESF, sendo que mais da metade dos idosos 56 (n=288) foram encaminhados para outros serviços necessários para sua assistência.

Os idosos que utilizaram os serviços de urgência e emergência 42 (n=38) foram encaminhados a serviços assistenciais, possivelmente pela saúde merecer avaliações ou cuidados mais complexos que a UPA poderia estar disponibilizando para sua reabilitação em saúde.

Na Tabela 10, na sequência, avalia-se o tempo utilizado para atendimento do idoso nos serviços do SUS.

Tabela 10 – Avaliação de tempo utilizado para atendimento do idoso nos serviços do SUS

Variáveis	N	%
Tempo utilizado pelo idoso para atendimento na ESF		
Até uma hora	102	26,6
Até duas horas	279	72,7
Até quatro horas	3	,8
<b>Total</b>	<b>384</b>	<b>100,0</b>
Tempo utilizado pelo idoso para atendimento na UPA		

Variáveis	N	%
Até 30 minutos	82	91,1
Até 1 hora	3	3,3
Até 2 horas	5	5,6
<b>Total</b>	<b>90</b>	<b>100,0</b>
Tempo utilizado pelo idoso para atendimento nos serviços de odontologia do SUS		
Até 30 minutos	54	70,1
Até 1 hora	23	29,9
<b>Total</b>	<b>77</b>	<b>100,0</b>

Fonte: A autora (2018).

No que se refere ao tempo utilizado para atendimento nos serviços, vislumbra-se que a ESF obteve maior demanda, com procura de 388 idosos, sendo que 72,7 (n=279) esperaram até duas horas para concluir seu atendimento. Os serviços de urgência e emergência obtiveram a segunda colocação de procura de atendimento, o que se justifica por eles assistirem somente a população em situações de maior vulnerabilidade. O atendimento aos idosos se deu em um curto espaço de tempo, em até 30 minutos 91 (n=82). Quanto ao atendimento aos idosos nos serviços de odontologia, estes foram assistidos em curto espaço de tempo, não havendo morosidade no processo do cuidado, 70,1 (54).

Em linhas gerais, a pesquisa apontou satisfação dos usuários idosos do SUS no que diz respeito às redes de atenção ofertadas (Tabela 11).

Tabela 11 – Satisfação geral dos serviços do SUS quanto à assistência ofertada aos idosos

Variáveis	N	%
Muito ruim	4	,7
Ruim	94	16,5
Regular	184	32,4
Bom	231	40,7
Muito bom	5	,9
Não responderam	50	8,8
<b>Total</b>	<b>568</b>	<b>100,0</b>

Fonte: A autora (2018).

Em relação à satisfação dos idosos sobre a assistência do SUS, 40,7 (n=231) consideram o sistema bom, 32,4 (n=184) conceituaram como regular, 16 (n=94) denominaram ser ruim e somente 5 (n=9) classificaram como muito bom.

Com base na avaliação da satisfação do SUS dos idosos quanto ao SUS e nos fatores que influenciam a satisfação dos usuários idosos dos serviços públicos de saúde, identificaram-se os motivos de procura pelos serviços de saúde ofertados pelo SUS (Tabela 12).

Tabela 12 – Motivos de procura pelos serviços x avaliação da satisfação dos serviços de saúde ofertados pelo SUS

Motivos de procura pelos serviços do SUS		Satisfação geral dos serviços do SUS							p-valor
		n (%)							
		<i>Não responderam</i>	<i>Muito ruim</i>	<i>Ruim</i>	<i>Regular</i>	<i>Bom</i>	<i>Muito bom</i>	<i>Total</i>	
Curativos, vacinação e orientação	Sim	11(1,9)	4(0,7)	75(13)	163(28,7)	186(32,7)	5(0,9)	444(78,2)	<0,001*
	Não	39(6,9)	0(0,0)	19(3,3)	21(3,7)	45(7,9)	0(0,0)	124(21,8)	
	<b>Total</b>	<b>50(8,8)</b>	<b>4(0,7)</b>	<b>94(16,5)</b>	<b>184(32,4)</b>	<b>231(40,7)</b>	<b>5(0,9)</b>	<b>568(100)</b>	
Consultas médicas	Sim	5(0,9)	4(0,7)	80(14)	146(27,5)	172(30,3)	4(0,9)	411(72,4)	<0,001*
	Não	45(7,9)	0(0,0)	14(2,5)	38(6,7)	59(10,4)	45(7,9)	157(27,6)	
	<b>Total</b>	<b>50(8,8)</b>	<b>4(0,7)</b>	<b>94(16,5)</b>	<b>184(32,4)</b>	<b>231(41)</b>	<b>5(0,9)</b>	<b>568(100)</b>	
Consulta odontológica	Sim	0(0,0)	1(0,2)	13(2,3)	25(4,4)	28(4,9)	1(0,2)	68(12)	0,130
	Não	50(8,8)	3(0,5)	81(14,3)	159(28,0)	203(40,7)	4(0,7)	500(88)	
	<b>Total</b>	<b>50(8,8)</b>	<b>4(0,7)</b>	<b>94(16,5)</b>	<b>184(32,4)</b>	<b>231(40,7)</b>	<b>5(0,9)</b>	<b>568(100)</b>	
Exames de laboratório e de imagem	Sim	2(0,4%)	2(0,4)	48(8,5)	78(13,7)	84(14,7)	3(0,5)	217(38,2)	<0,001*
	Não	48(8,5)	2(0,4)	46(8,1)	106(18,7)	147(25,9)	2(0,4)	361(51,8)	
	<b>Total</b>	<b>50(8,8)</b>	<b>4(0,7)</b>	<b>94(16,5)</b>	<b>184(32,4)</b>	<b>231(40,7)</b>	<b>5(0,9)</b>	<b>568(100)</b>	
Atendimento em urgência e emergência	Sim	0(0,0)	0(0,0)	3(0,5)	6(1,1)	7(1,2)	0(0,0)	16(2,8)	0,859
	Não	50(8,8)	4(0,7)	91(16,0)	178(31,3)	224(39,4)	5(0,9)	552(97,2)	
	<b>Total</b>	<b>50(8,8)</b>	<b>4(0,7)</b>	<b>94(16,5)</b>	<b>184(32,8)</b>	<b>231(40,7)</b>	<b>5(0,9)</b>	<b>568(100)</b>	
Internações	Sim	1(0,2)	0(0,0)	10(1,8)	15(2,6)	24(4,2)	1(0,2)	1(0,2)	0,398
	Não	49(8,6)	4(4,7)	84(14,8)	169(29,8)	207(36,4)	4(0,7)	49(8,6)	



Motivos de procura pelos serviços do SUS	Satisfação geral dos serviços do SUS								p-valor
		n (%)							
	<b>Total</b>	<b>50(8,8)</b>	<b>4(0,7)</b>	<b>94(16,5)</b>	<b>184(32,4)</b>	<b>231(40,7)</b>	<b>5(0,9)</b>	<b>568(100)</b>	
Pegar medicamentos	Sim	6(1,1)	4(0,7)	76(13,4)	152(26,2)	182(32,0)	5(0,9)	6(1,1)	<0,001*
	Não	44(0,7)	0(0,0)	18(3,2)	32(5,6)	49(8,6)	0(0,0)	44(7,7)	
	<b>Total</b>	<b>50(8,8)</b>	<b>4(0,7)</b>	<b>94(16,5)</b>	<b>184(32,4)</b>	<b>231(40,7)</b>	<b>5(0,9)</b>	<b>568(100)</b>	

Fonte: A autora (2018).

De acordo com a Tabela 12, considerando  $\alpha=5\%$ , observou-se uma associação estatisticamente significativa da satisfação geral do serviço do SUS com os motivos da procura pelos serviços do SUS, como curativos, vacinação e orientação ( $p<0,001$ ), consultas médicas ( $p<0,001$ ), exames de laboratório e de imagem e pegar medicamentos ( $p<0,001$ ). Entretanto, nas variáveis consulta odontológica ( $p=0,130$ ), atendimento em urgência e emergência ( $p=0,859$ ) e internações ( $p=0,398$ ) não se observou nenhuma associação.

A Tabela 13, a seguir, apresenta a avaliação da assistência multiprofissional da equipe que compõe os serviços da ESF associada com a satisfação geral do serviços do SUS.

Tabela 13 – Assistência multiprofissional da equipe que compõe os serviços da ESF x satisfação geral dos serviços do SUS

Assistência multiprofissional		Satisfação geral dos serviços do SUS							p-valor <sup>1</sup>
		n (%)							
		<i>Não responderam</i>	<i>Muito ruim</i>	<i>Ruim</i>	<i>Regular</i>	<i>Bom</i>	<i>Muito bom</i>	<i>Total</i>	
Equipe de enfermagem	Ruim	0(0,0)	0(0,0)	0(0,0)	2(0,4)	1(0,2)	0(0,0)	3(0,5)	<0,001*
	Regular	2(0,4)	0(0,0)	2(0,4)	5(0,9)	2(0,4)	0(0,0)	11(1,9)	
	Bom	4(0,7)	2(0,4)	61(10,07)	103(18,1)	122(21,5)	2(0,4)	294(51,8)	
	Muito boa	2(0,4)	2(0,4)	14(2,5)	33(5,8)	40(7,0)	2(0,4)	93(16,4)	
	Não responderam	42(7,4)	0(0,0)	17(3,0)	41(7,92)	66(11,6)	1(0,2)	167(29,4)	
	<b>Total</b>	<b>50(8,8)</b>	<b>4(0,7)</b>	<b>94(16,5)</b>	<b>184(32,4)</b>	<b>231(40,7)</b>	<b>5(0,9)</b>	<b>568(100)</b>	
Médico	Ruim	0(0,0)	0(0,0)	1(0,2)	2(0,4)	0(0,0)	0(0,0)	3(0,5)	<0,001*
	Regular	2(0,4)	2(0,4)	48(0,6)	95(17,6)	2(0,4)	0(0,0)	11(1,9)	
	Boa	4(0,7)	2(0,4)	61(10,7)	103(18,1)	122(21,5)	2(0,4)	294(51,8)	
	Muito boa	2(0,4)	2(0,4)	14(2,5)	33(5,8)	40(7,0)	2(0,4)	93(16,4)	
	Não se responderam	42(7,4)	0(0,0)	17(3,0)	41(7,2)	66(11,6)	1(0,2)	167(29,4)	
	<b>Total</b>	<b>50(8,8)</b>	<b>4(0,7)</b>	<b>94(16,5)</b>	<b>184(32,4)</b>	<b>231(40,7)</b>	<b>5(0,9)</b>	<b>568(100)</b>	
ACS	Muito ruim	0(0,0)	0(0,0)	2(0,4)	3(0,5)	3(0,5)	0(0,0)	8(1,4)	0,010*
	Ruim	2(0,4)	0(0,0)	0(0,0)	0(0,0)	2(0,4)	0(0,0)	4(0,7)	
	Regular	0(0,0)	0(0,0)	2(0,4)	1(0,2)	3(0,5)	0(0,0)	6(1,1)	
	Boa	14(2,5)	1(0,2)	49(8,6)	99(17,4)	106(18,7)	1(0,2)	270(47,5)	
	Muito boa	22(3,9)	2(0,4)	34(0,6)	99(17,4)	99(17,4)	4(0,7)	234(41,2)	
	Não se	12(2,1)	1(0,2)	7(1,2)	73(12,9)	18(3,2)	0(0,0)	46(8,1)	

Assistência multiprofissional	Satisfação geral dos serviços do SUS						p-valor <sup>1</sup>	
	n (%)							
	<i>Não responderam</i>	<i>Muito ruim</i>	<i>Ruim</i>	<i>Regular</i>	<i>Bom</i>	<i>Muito bom</i>	<i>Total</i>	
responderam								
<b>Total</b>	<b>50(8,8)</b>	<b>4(0,7)</b>	<b>94(16,5)</b>	<b>184(32)</b>	<b>231(40,7)</b>	<b>5(0,9)</b>	<b>568(100)</b>	
Regular	0(0,0)	0(0,0)	0(0,0)	0(0,0)	1(0,2)	0(0,0)	1(0,2)	
Boa	1(0,2)	0(0,0)	10(1,8)	16(2,8)	18(3,2)	1(0,2)	46(8,1)	0,486
Muito boa	0(0,0)	1(0,2)	4(0,7)	15(2,6)	14(2,5)	0(0,0)	34(0,6)	
Não responderam	49(8,6)	3(0,5)	80(14,4)	153(26,9)	198(34,9)	4(0,7)		
<b>Total</b>	<b>50(8,8)</b>	<b>4(0,7)</b>	<b>94(16,5)</b>	<b>184(32,4)</b>	<b>231</b>	<b>5(0,9)</b>	<b>568(100)</b>	

Fonte: A autora (2018).

<sup>1</sup>teste Qui-Quadrado de Pearson.

\* teste significativo para  $\alpha=5\%$ .

Observou-se uma associação estatisticamente significativa da satisfação geral dos serviços do SUS com a assistência multiprofissional: equipe de enfermagem ( $p < 0,001$ ), médico ( $p < 0,001$ ) e ACS ( $p = 0,010$ ). Entretanto, quanto ao dentista ( $p = 0,486$ ), não se observou nenhuma associação.

A Tabela 14, na sequência, mostra a relação do tempo de espera durante o atendimento dos serviços utilizados pelo idosos com a satisfação geral dos serviços do SUS.

Tabela 14 – Tempo dispensado à assistência dos idosos nos serviços da ESF, UPA e de odontologia

Tempo utilizado para assistir o idoso	Satisfação geral dos serviços do SUS						Total	p-valor <sup>1</sup>	
	n (%)								
	<i>Não responderam</i>	<i>Muito ruim</i>	<i>Ruim</i>	<i>Regular</i>	<i>Bom</i>	<i>Muito bom</i>			
ESFs	Até 1 hora	4(0,7)	1(0,2)	22(3,9)	42(7,4)	37(6,5)	0(0,0)	106(18,7)	<0,001*
	Até 2 horas	5(0,9)	3(0,5)	52(9,2)	98(17,3)	122(21,5)	4(0,7)	284(50,1)	
	Até 4 horas	1(0,2)	0(0,0)	0(0,0)	1(0,2)	2(0,4)	0(0,0)	4(0,7)	
	Não foi atendido	0(0,0)	0(0,0)	1	0(0,0)	0(0,0)	0(0,0)	1(0,2)	
	Não sabe informar	7(1,2)	0(0,0)	4(0,7)	4(0,7)	11(1,9)	0(0,0)	26(4,6)	
	Não responderam	33(5,8)	0(0,0)	16(2,8)	38(6,7)	58(10,2)	1(0,2)	147(25,7)	
	<b>Total</b>	<b>50(8,8)</b>	<b>4(0,7)</b>	<b>94(16,4)</b>	<b>184(32,5)</b>	<b>230(40,6)</b>	<b>5(0,9)</b>	<b>568(1000)</b>	
UPA	Até 30 min	1(0,2)	0(0,0)	19(3,3)	26(4,6)	36(6,3)	1(0,2)	83(14,6)	0,469
	Até 1 hora	0(0,0)	0(0,0)	0(0,0)	1(0,2)	2(0,4)	0(0,0)	3(0,5)	
	Até 2 horas	0(0,0)	0(0,0)	0(0,0)	1(0,2)	4(0,7)	0(0,0)	5(0,9)	
	Não responderam	49(8,6)	4(0,7)	75(13,2)	156(27,6)	189(33,3)	4(0,7)	477(84)	
	<b>Total</b>	<b>50(8,8)</b>	<b>4(0,7)</b>	<b>94(16,5)</b>	<b>184(32,4)</b>	<b>231(40,7)</b>	<b>5(0,9)</b>	<b>568(100)</b>	
Serviços de odontologia	Até 30 min	0(0,0)	0(0,0)	7(1,2)	19(3,4)	27(4,8)	1(0,2)	54(9,5)	0,055
	Até 1 hora	1(0,2)	1(0,2)	6(1,1)	11(1,9)	5(0,9)	0(0,0)	24(4,2)	
	Não responderam	49(8,7)	3(0,5)	80(14,1)	154(27,2)	198(35)	4(0,7)	488(86,2)	
	<b>Total</b>	<b>50(8,8)</b>	<b>4(0,7)</b>	<b>93(16,4)</b>	<b>184(32,5)</b>	<b>230(40,6)</b>	<b>5(0,9)</b>	<b>568(100)</b>	

Fonte: A autora (2018).

<sup>1</sup>teste Qui-Quadrado de Pearson.\* teste significativo para  $\alpha=5\%$ .

Observou-se uma associação estatisticamente significativa da satisfação geral do serviço do SUS com o tempo utilizado para assistir o idoso nas ESFs ( $p < 0,001$ ). Entretanto, com os tempos utilizados para assistir o idoso na UPA ( $p = 0,469$ ) e nos serviços de odontologia ( $p = 0,055$ ), não se observou nenhuma associação.

A Tabela 15, a seguir, associa os encaminhamentos realizados aos idosos nos serviços da UPA e ESF com a satisfação geral dos serviços do SUS.

Tabela 15 – Encaminhamentos para procedimentos no cuidado da saúde do idoso associados à avaliação geral dos serviços do SUS

Encaminhamentos para procedimentos no cuidado da saúde do idoso	Satisfação geral dos serviços do SUS							p-valor	
	n (%)								
	<i>Não responderam</i>	<i>Muito ruim</i>	<i>Ruim</i>	<i>Regular</i>	<i>Bom</i>	<i>Muito bom</i>	<i>Total</i>		
UPA	Sim	0(0,0)	0(0,0)	8(1,4)	14(2,5)	16(2,8)	0(0,0)	38(6,7)	0,320
	Não	1(0,2)	0(0,0)	11(1,9)	15(2,6)	25(4,4)	1(0,2)	53(9,3)	
	Não responderam	49(8,6)	4(0,7)	75(13,2)	155(27,3)	190(33,5)	4(0,7)	477(84)	
	<b>Total</b>	<b>50(8,8)</b>	<b>4(0,7)</b>	<b>94(16,5)</b>	<b>184(32,4)</b>	<b>231(40,7)</b>	<b>5(0,9)</b>	<b>568(100)</b>	
ESFs	Sim	2(0,4)	2(0,4)	49(8,6)	78(13,7)	87(15,3)	2(0,4)	220(38,7)	<0,001*
	Não	4(0,7)	2(0,4)	26(4,6)	63(11,1)	77(13,6)	2(0,4)	174(30,6)	
	Não responderam	0(0,0)	0(0,0)	19(3,3)	43(7,6)	67(11,8)	1(0,2)	174(30,6)	
	<b>Total</b>	<b>50(8,8)</b>	<b>4(0,7)</b>	<b>94(16,5)</b>	<b>184(32,4)</b>	<b>231(40,7)</b>	<b>5(0,9)</b>	<b>568(100)</b>	

Fonte: A autora (2018).

<sup>†</sup>teste Qui-Quadrado de Pearson.

\* teste significativo para  $\alpha=5\%$ .

\*serviços de odontologia não foram avaliados por não ter sido realizado nenhum encaminhamento.



Observou-se uma associação estatisticamente significativa da satisfação geral do serviço do SUS com encaminhamentos para procedimentos no cuidado da saúde do idoso nas ESFs ( $p < 0,001$ ). Entretanto, com encaminhamentos para procedimentos no cuidado da saúde do idoso na UPA ( $p = 0,320$ ), não se observou nenhuma associação.

Na Tabela 16, associam-se os agendamentos de consultas dos idosos na ESF e a satisfação geral dos serviços do SUS.

Tabela 16 – Agendamento de consultas do idoso diante da procura dos serviços na ESF associado à satisfação geral dos serviços do SUS

Agendamento de consultas do idoso diante da procura dos serviços na ESF	Satisfação geral dos serviços do SUS							p-valor <sup>1</sup>
	n (%)							
	<i>Não Responderam</i>	<i>Muito Ruim</i>	<i>Ruim</i>	<i>Regular</i>	<i>Bom</i>	<i>Muito Bom</i>	<i>Total</i>	
Atendido no dia	4(0,7)	1(0,2)	18(3,2)	39(6,9)	54(9,5)	0(0,0)	116(20,4)	
Atendido no dia seguinte	2(0,4)	1(0,2)	22(3,9)	38(6,7)	38(6,7)	0(0,0)	101(17,8)	
ESFs Atendido em até 1 semana	2(0,4)	1(0,2)	32(5,66)	62(10,9)	67(11,8)	4(0,7)	168(29,6)	<0,001*
Atendido em até 2 semanas	41(7,3))	1(0,2)	22(3,9)	45(7,9)	72(12,9)	1(0,2)	183(32)	
<b>Total</b>	<b>50(8,8)</b>	<b>4(0,7)</b>	<b>94(16,5)</b>	<b>184(32,4)</b>	<b>231(40,7)</b>	<b>5(0,9)</b>	<b>568(100)</b>	

Fonte: A autora (2018).

<sup>1</sup>teste Qui-Quadrado de Pearson.

\* teste significativo para  $\alpha=5\%$ .

Observou-se uma associação estatisticamente significativa da satisfação geral do serviço do SUS com o agendamento de consultas do idoso diante da procura dos serviços na ESF ( $p < 0,001$ ).

Em relação aos aspectos demográficos dos idosos, não foi identificada nenhuma associação significativa com a satisfação dos idosos nos serviços do SUS. A variável sexo obteve ( $p = 0,147$ ), já a variável raça ( $p = 0,876$ ), a variável aposentado apresentou ( $p = 0,689$ ), estado civil ( $p = 0,910$ ) e plano de saúde ( $p = 0,076$ ).

## 7 DISCUSSÃO

Neste capítulo, coloca-se a discussão dos resultados contextualizados nos objetivos propostos na pesquisa, ou seja, a análise da satisfação dos usuários idosos do Sistema Único de Saúde quanto à assistência multiprofissional nas redes de atenção ofertadas pelos serviços de saúde pública. Contemplam ainda reflexões sobre o perfil dos idosos, suas demandas assistenciais prestadas pela atenção básica do SUS referente a acesso, disponibilidade, infraestrutura, acolhimento, percepção assistencial dos profissionais de saúde que protagonizam o cuidado nas ESF a essa população, territorialidade e descentralização, serviços de odontologia e redes de urgência e emergência ofertados pelo SUS.

### 7.1 PERFIL DEMOGRÁFICO DOS IDOSOS ADSCRITOS TERRITORIALMENTE EM ESFS DO MUNICÍPIO DE CRUZ ALTA

Refletir sobre dados epidemiológicos e descrições de perfil de idosos conota importante contribuição à gerontologia e para o setor público. Dados elucidam e demonstram vulnerabilidades sociais que podem direcionar desenvolvimento de ações e políticas públicas ao idoso (DOMINGUES *et al.*, 2013).

Na presente pesquisa, a maioria dos idosos é do gênero feminino (67,1%). Tal dado revela que as mulheres se apresentam mais ativas quanto ao cuidado, o que pode estar atribuído ao fato de os aspectos relacionados à saúde chamar mais a atenção delas quando comparadas ao sexo masculino. Além disso, a presença expressiva de mulheres expõe possibilidades de relação com as questões culturais, ligadas ao matriarcado, por ser a mulher mais zelosa, protetora e cuidadora com o lar e seus familiares.

A participação majoritária de mulheres em investigações relacionadas à saúde traduz aspectos multifacetados que perpassam a preocupação com seu estado de saúde, uma vez que possuem adesão ao tratamento para a saúde e, sequencialmente, investigam seu estado de saúde como forma preventiva. Dessa forma, adotam medidas promocionais de saúde e se inserem mais nos grupos de educação em saúde ofertados pelo SUS nos mais diversos segmentos que disponibiliza.

Cabe salientar que a média de idade da população investigada é de 70,7 anos ( $\pm 7,82$ ), 3,3% (n=19) apresentaram 60 anos de idade e 4% (n=2) foram considerados mais longevos, com a idade de 95 anos.

Em estudo realizado com 335 idosos relacionado ao perfil do envelhecimento saudável de idosos brasileiros octogenários, os indicadores apontam para dados semelhantes, considerando a maior participação de mulheres (62,1%) e uma média de idade de 80 e 84 anos (CAMPOS *et al.*, 2016). Outra pesquisa realizada referente ao perfil de idosos submetidos à avaliação geriátrica ampla em serviço de reabilitação aponta também para o predomínio de pacientes do sexo feminino, sendo 67,46% do sexo feminino (n=228) e 32,54% do sexo masculino (n=110) (ROCHA; GARDENGHI; OLIVEIRA, 2017).

Pesquisas mencionam maior participação do sexo feminino em investigações científicas, o que se deve ao fato de as mulheres estarem mais dispostas a participar da coleta de dados (MUNIZ *et al.*, 2017). A existência maior quantitativamente de mulheres em relação aos homens é tendência mundial, confirmada em outros estudos. Além disso, mais da metade da população idosa é constituída de pessoas do sexo feminino, conforme menciona um estudo sobre o envelhecimento (FREITAS *et al.*, 2006). Esses dados apresentam semelhança aos achados deste estudo.

A predominância de mulheres ainda indica um aspecto importante do envelhecimento populacional: maior longevidade das mulheres, denominada feminização (CAMPOS *et al.*, 2017).

O estado civil mais expressivo foi classificado como casado, com 46,3% (n=263), seguido por viúvo, 31,3% (n=178). Os idosos deste estudo, em sua maioria, são casados, possuem um(a) companheiro(a) para cotidianamente conviverem e auxiliarem-se nas demandas que o processo do envelhecimento traduz, quanto à promoção e reabilitação de saúde e prevenção de doenças.

Conviver e estar com cônjuge são fatores de proteção familiar. Esse fenômeno observa-se nas pessoas que vivem mais, com aumento progressivo na expectativa de vida da população e pela característica, geralmente, de relações conjugais longas e duradouras nessa faixa etária (CAMPOS *et al.*, 2017). Os idosos que vivem sozinhos têm maior risco de problemas súbitos de saúde e maior risco de quedas (CAMPOS *et al.*, 2017). Pode-se dizer que a condição de ter um cônjuge traz segurança ao idoso, com menor probabilidade de ter sentimentos de solidão.

Dos idosos participantes da pesquisa, ocorreu predomínio da raça branca, com 82,7% (n=470) de uma amostra de 568 participantes. Dados mostram que a raça branca busca de forma mais intensa os serviços de saúde do SUS se comparada às demais. Pode-se dizer que a busca maior pelos idosos brancos se dá pela cultura em que a etnia germânica tem cuidados referentes ao seu processo saúde-doença. Nesse sentido, em relação à cor/raça,

resultados de outra pesquisa mostraram que homens e mulheres brancos buscam em menor proporção assistência preventiva, demandam o serviço, muitas vezes, quando apresentam alguma convalescência (ALMEIDA, 2015).

Em estudo realizado com 450 idosos assistidos pelos serviços do SUS no estado do Amazonas, 66,4% referiram ser pardos e 23,3%, brancos (OLIVEIRA *et al.*, 2014). Ocorre semelhança entre dados demográficos no estudo com idosos assistidos pelo SUS vivendo com AIDS, de 201 idosos, 136 (67,7%) são brancos, 27 (13,4%) são negros e 38 (18,9%) são de cor parda (OKUNO *et al.*, 2014).

Dos idosos entrevistados, chama a atenção que 23,9% (n=136) não são ainda aposentados (n=136), levando a crer que realizam atividades laborais para seu sustento. Entende-se como um fator preocupante, pois muitas demandas aumentam nesse ciclo vital, como medidas preventivas e promocionais de saúde e momentos de cuidados curativos e reabilitatórios em seu processo de saúde-doença.

Quando se menciona a aposentadoria, deve-se entender a sua complexidade, que vai além do direito previdenciário, sendo necessária para a sobrevivência humana (ANTUNES; SOARES; SILVA, 2015). Cockell (2014) afirma que a aposentadoria é entendida como um desafio para a área da saúde no Brasil, pois ocorrem inúmeras desigualdades sociais que deixam os idosos vulneráveis diante do modelo atual de trabalho. Tal afirmação está relacionada à efetivação de seu benefício, às contextualizações familiares e suas repercussões em relação à saúde nesse ciclo vital. Percebe-se que a discussão acerca da aposentadoria pode se localizar entre os campos de saúde do idoso e saúde do trabalhador, tendo em vista que a vivência desse período não ocorre de forma isolada, mas se interliga, entre outros fatores, à sua trajetória profissional e às diferentes etapas que compõem o ciclo de vida (FRANÇA, 2014).

Em relação à renda dos idosos, em sua maioria é considerada baixa, visto que 10% (n=60) dos idosos recebem menos que um salário mínimo e 68,7% (n=390) deles recebem entre um e dois salários mínimos. Verifica-se uma vulnerabilidade social dos idosos participantes da pesquisa, pois não possuem muitos recursos financeiros para a manutenção, sobrevivência e os cuidados com a sua saúde. A renda é um importante fator que demanda nível de qualidade de vida, uma vez que é preciso manter-se financeiramente estável para se ter condições dignas de cuidados nos aspectos biopsicossocial, como alimentação saudável, convívio social etc.

Há que se fazer uma reflexão no que concerne aos indicadores de renda quando o idoso autorrefere sua renda no instrumento de pesquisa, pois pode ocorrer omissão de sua real

condição financeira por medo de que isso o comprometa de alguma forma, o que gera uma possível descontextualização quanto à renda real do idoso.

Vários estudos se assemelham aos resultados aqui encontrados, dentre estes estão: idosos que apresentaram renda mensal inferior a um salário mínimo (CAMPOS *et al.*, 2016), renda familiar *per capita* inferior a 2 salários mínimos (PRADO; FRANCISCO; BARROS, 2016) e média de renda de 2,8 ( $\pm$  2,5) salários mínimos (GESUALDO *et al.*, 2016). Outra pesquisa afirma que a relação fator escolaridade interfere na renda dos indivíduos, que recebiam até dois salários mínimos. Além disso, os cuidados com a saúde, muitas vezes, sofrem interferências pelo fato de esses idosos apresentarem pior percepção de sua própria saúde e incapacidade para realizar atividades diárias (ASSIS *et al.*, 2014).

Sabe-se que as condições financeiras interferem no cotidiano do processo de viver, nas possibilidades de se ter uma alimentação saudável, nos cuidados com a saúde e nos aspectos sociais, que minimizam o isolamento. Nesse último aspecto, os recursos financeiros são necessários para que o idoso frequente eventos, por exemplo, mas, muitas vezes, não existe essa possibilidade porque é preciso manter as condições mínimas de sobrevivência. Outro ponto importante é o fato de idosos precisarem ajudar financeiramente seus descendentes.

Estudos apontam que o acesso aos serviços do SUS se dá pela população que apresenta condições desfavoráveis, enquanto pobreza, educação, desinformação, que impactam vulnerabilidades no processo doença (OLIVEIRA *et al.*, 2016). Ao analisar as questões de moradia, pode-se dizer que é um fator positivo enquanto perfil sociodemográfico que auxilia nas questões financeiras destes, pois 87,9% possuem casa própria, não tendo gastos com esse aspecto.

Alguns idosos da amostra mantêm atividades laborais que auxiliam em seus rendimentos, as quais são descritas por: agricultores (0,2%), serviço público (0,6%), serviços autônomos (8,1%) e do lar (40,1%). Em relação à atividade de serviços públicos, desenvolvem atividades de docência, administrador, oficial de justiça. Já os idosos que mencionaram atividades autônomas referem-se trabalhos como carpinteiro, moto-taxi, babá, artesã, mecânico, serralheiro e frentista. Os idosos que são aposentados e não realizam outras atividades correspondem a 47,3% (n=228) da amostra.

As mulheres continuam a desenvolver atividades rotineiras de sua casa e descrevem como sendo do lar. Pode-se dizer que o trabalho doméstico é uma atividade mantida por ser uma tarefa necessária ao cotidiano do ser humano, pois se elas não fizessem precisariam de alguém para realizar, interferindo em seus orçamentos. Dos demais, realizam atividades em

serviços públicos, ou seja, aposentaram-se e continuaram em suas atribuições. Muitos idosos são autônomos, trabalham como doméstica e babá.

A pesquisa demonstrou que 48% (n=273) vivem com seus cônjuges, seguido por morar com familiares, 32% (n=183), e sozinhos, 18,1% (n=103). Na presente amostra, os idosos, em sua grande maioria, possuem pessoas em sua casa cotidianamente. Nesse sentido, possuem auxílio e acompanhamento diário em seu viver. Já os que vivem sozinhos podem apresentar risco maior à solidão, ao isolamento social, fatores estes que, muitas vezes, levam a desenvolver sentimentos de ansiedade e depressão.

Dos 568 entrevistados, 34,5% (n=196) apresentam acesso a outros planos de saúde além do SUS. Por isso, alguns idosos desta pesquisa não procuraram os serviços do SUS, pois dispunham de outras formas de garantir a sua assistência em saúde. Os idosos deste estudo em sua grande maioria convivem com seus familiares, 86,6% (n=492) da amostra, porém 13,4% (n=76) não possuem vínculo com familiares.

Em pesquisa que objetivou analisar quais são os principais determinantes do acesso aos serviços de saúde pela população idosa (60 anos ou mais), a partir do suplemento saúde da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD), que contemplou 44% de idosos brasileiros, identificou-se que 27 a 28% possuem um ou mais planos de saúde (ALMEIDA, 2015).

Conforme Silvia e Rodrigues (2015), o direito à saúde é garantido à população brasileira e independe da situação financeira de cada cidadão. Dessa forma ocorre o fortalecimento do SUS, sendo concorrente às operadoras privadas de plano de saúde, pois estas não conseguem prestar integralidade na assistência.

Entende-se que o direito é universal ao acesso de cuidados integrais à saúde, mas muitos idosos não possuem planos privados pelo seu alto custo de manutenção mensal. Por outro olhar, o SUS atinge alta complexidade em sua integralidade, por isso pacientes graves, em situações críticas de vida, acabam aderindo ao plano de saúde universal. Alguns serviços como oncologia, traumatologia, cardiologia e neurologia são extremamente onerosos no setor privado, e planos de saúde não cobrem em sua totalidade, fato este que leva muitos idosos a aderir ao SUS quando necessitam desses serviços, mesmo tendo outro plano de saúde disponível.

Quanto a viver sozinho, um estudo mostra que idosos divorciados ou viúvos sem filhos que vivem sozinhos têm pior funcionalidade familiar, porém maior independência para as Atividades de Vida Diária (AVDs) e as Atividades Instrumentais de Vida Diária (AIVDs). Esse fato é atribuído, provavelmente, pela inexistência de familiares como rede de apoio,



sendo responsáveis em seus cuidados e em seu viver diário (CRAIGS *et al.*, 2014). Viver cotidianamente sozinho apresenta um risco ainda maior à solidão, proporciona isolamento social e pode desencadear patologias, como a depressão, maior propensão a problemas súbitos de saúde e maior risco de quedas (CAMPOS *et al.*, 2017).

Em pesquisa realizada acerca da associação entre incapacidade funcional e capital social com idosos, identificou-se, dentre 1.995 idosos, que 84,6% não moram sozinhos e 53,9% possuem somente o SUS como plano saúde (GONTIJO *et al.*, 2016).

Assim, os idosos deste estudo caracterizam-se por ter predominância do sexo feminino, raça branca, casados, aposentados, com renda entre um e dois salários mínimos, possuindo em sua maioria casa própria e muitos desenvolvem atividades laborais como forma de sustento por não obterem o benefício da aposentadoria (estando em processo de encaminhamento). No que se refere à vida cotidiana, a maioria mora com seus cônjuges seguido de familiares. Enquanto formas de acesso ao cuidado com sua saúde, somente 34,5% apresentam outro plano de saúde além do SUS.

## 7.2 ASSISTÊNCIA MULTIPROFISSIONAL NAS REDES DE ATENÇÃO OFERTADAS PELOS SERVIÇOS DE SAÚDE PÚBLICA

Conforme Ouverney, Noronha (2013), os instrumentos avaliativos de desempenho laboral dos profissionais de saúde não são desenvolvidos e difundidos como um sistema de qualificação do trabalho em saúde. Relatam ainda que tal prática vem a dificultar a qualidade dos serviços, afastando uma cultura necessária de busca constante e avaliativa como eficiência gestora nas linhas de cuidados ofertadas pelos profissionais de saúde ao ser humano.

Notoriamente, precisamos avançar nesse aspecto. O aumento da população de idosos enfrenta o despreparo dos profissionais de saúde para atendê-los adequadamente. A saúde no Brasil ainda tem forte influência do modelo “biologicista, mecanicista e materialista, que se restringe ao cuidado técnico, aos aspectos do adoecimento, desconsiderando, muitas vezes, o usuário em sua integralidade e na sua dimensão singular, postando, com isso, a humanização do cuidado em segundo plano” (DALMOLIN *et al.*, 2011), o que dificulta o avanço no cuidado (COUTINHO *et al.*, 2013).

Na presente pesquisa, embora que em proporção menor, destaca-se que 8,1% (n=46) dos idosos cadastrados nas ESFs não receberam visitas dos ACSs e da equipe de saúde em seu domicílio num período de 12 meses. Acresce-se ainda que alguns idosos não sabiam mencionar se alguém da unidade de saúde foi visitá-los 3% (n=17). Assim, dos 568 idosos

entrevistados, 11,9% (n=63) encontram-se em situação de maior vulnerabilidade quanto ao acompanhamento de seu processo de envelhecimento humano no contexto saúde e doença. Contudo, 88,7% (n=504) da população idosa assistida percebe o atendimento como positivo ao cuidado com sua saúde. Pode-se dizer que a grande maioria entende o trabalho do ACS e da equipe de saúde de seu bairro como presente em sua vida e na comunidade na qual se insere.

Dados demonstram um número significativo de acompanhamento da população idosa pela equipe que atua nas ESFs. Essa prática é imprescindível para que se promova envelhecimento ativo e saudável com vistas a ações promocionais de saúde a fim de minimizar agravos da população. Entende-se que esse acompanhamento pode ser realizado de acordo com os princípios norteadores metodológicos assistenciais que preveem a preconização da territorialização da população assistida, que pertence a uma área delimitada em que seus usuários se encontram cadastrados. O ACS que fica próximo dessas áreas acompanha e viabiliza os cuidados a serem ofertados.

Em relação à avaliação dos serviços desenvolvidos pelo ACS no acompanhamento e na promoção da saúde da família, a grande maioria considerou como boa, 47% (n=270), e muito boa, 41,2% (n=234), e um número baixo considerou muito ruim, 1,4% (n=8), ruim, 0,7% (n=4), e regular 1,1% (n=6). Essa avaliação por parte dos usuários é importante para compreender a atuação desse profissional, que cotidianamente fica em contato com a população adstrita, para melhorar qualitativamente o processo de gestão do trabalho e proporcionar melhorias na qualidade de vida dessa população. Entende-se que esses profissionais são importantes na APS, pois cotidianamente estão em contato com a população e conhecem com propriedade a realidade vivenciada no cuidado à saúde dos usuários do SUS.

Oliveira e Medeiros *et al.* (2014) colocam que os profissionais mais referenciados pelos idosos foram os ACSs, enfermeiros, médicos, auxiliares/técnicos de enfermagem e, em menor proporção, os dentistas. Tal descrição está atribuída devido às relações estabelecidas e construídas com os idosos. Segundo Castro *et al.* (2017), o ACS é capaz de realizar vínculos entre a população e os serviços de saúde ao qual está inserido, por isso é considerado importante articulador na APS. No entanto, ocorre uma baixa prevalência quanto à satisfação do ACS, sendo necessária uma organização do processo de gestão de trabalho com vistas à valorização das ações realizadas, melhorando qualitativamente as ações em saúde por eles proporcionadas.

Nesse sentido, ocorre a necessidade de reorganizar o trabalho nas ESFs, com valorização de tecnologias leves e espaços dialógicos entre as equipes, pois a integração dos

profissionais de saúde que compõem as ESFs fortaleceria positivamente as atividades laborais dos ACSs (ALONSO; BEGUIN; DUARTE, 2018). As políticas públicas devem permitir a acessibilidade dos serviços para idosos, e os profissionais que integram a assistência são responsáveis para que isso aconteça, visando à melhoria das condições de saúde desse segmento da população (PEDRAZA, *et al.*, 2018).

O ACS possui uma multiplicidade de atribuições e estabelece um vínculo com a população, por isso sua relevância para a equipe da ESF é inquestionável. A proximidade com a população acarreta ônus para esse profissional, visto que gera algumas incompreensões de usuários e profissionais de saúde acerca de suas atribuições na equipe da ESF. Assim, faz-se necessário que ele se aproprie de suas competências relacionadas à promoção de saúde à população, a fim de otimizar o trabalho realizado na assistência em saúde para as pessoas adstritas em áreas de atuação da ESF (BRITO; FERREIRA; SANTOS, 2014).

Em estudo realizado com idosos referente às ações promocionais de saúde, o ACS obteve uma representatividade de 32,1% de participações em atividades, enquanto que o enfermeiro obteve 17,9%, técnicos de enfermagem, 7,1%, e fisioterapeuta, 3,6%. Tais dados mostram que o ACS apresenta maior inserção na vida cotidiana de idosos quando comparado aos demais profissionais (SA; CURY; RIBEIRO, 2018).

Na presente pesquisa, evidencia-se uma participação do ACS no processo cotidiano existencial do idoso de forma positiva. Como suporte à atenção prestada ao idoso, talvez esse profissional necessitasse obter pelos gestores municipais e estaduais do SUS momentos de aperfeiçoamento para o cuidado do ser humano em processo de envelhecimento, visto que está mais próximo da realidade vivenciada.

Referente à avaliação dos serviços da equipe de enfermagem ofertados aos idosos, 51,8% (n=294) definiram como bom e 16,4% (n=93) colocaram que era muito bom. Chama a atenção que 29,4% (n=167) dos idosos não responderam ao questionamento. A avaliação negativa dos serviços ofertados por esses profissionais mostra como regular 1,9% (n=11) e ruim 0,5% (n=3).

Entende-se que pouco mais da metade dos entrevistados referenciam de forma positiva a atuação dessa equipe, que é composta pelos enfermeiros e técnicos de enfermagem. Nesse sentido, como processo de gestão do cuidado, se faz necessário refletir sobre esses dados e buscar minimizar os indicadores de insatisfação, que podem ser atribuídos aos agendamentos de avaliações em saúde, encaminhamentos aos especialistas que o SUS disponibiliza, e que por questões de regulamentação do sistema acaba sendo moroso, causando descontentamentos.

A enfermagem, como integrante da equipe interdisciplinar, deverá desenvolver ações eficazes em relação à saúde do idoso, a fim de solucionar, melhorar ou retardar problemas possíveis que são apresentados nessa faixa etária. É necessário que a equipe desenvolva ações integrais ao idoso e a sua família na ESF, com processo de trabalho na atenção básica, de forma criativa, crítica, humanizada, idade e senso crítico, mediante uma prática humanizada com assistência voltada à promoção, prevenção e reabilitação dos usuários inseridos em seu processo de cuidar (SILVA *et al.*, 2014).

O estudo realizado por Rinaldi *et al.* (2013) afirma que o processo do envelhecimento acrescido com o aumento da longevidade tem colocado o setor de saúde a assumir compromissos e enfrentar desafios para promover um envelhecimento ativo e saudável. Esse processo aponta que as equipes de enfermagem das unidades básicas apresentam dificuldades em prestar assistência holística, integral, pois os profissionais enfatizam ainda um modelo biologicista e curativista ao idoso, esquecendo de intervir com a população da terceira idade nos aspectos sociais e afetivos, que interferem na sua qualidade de vida e de saúde.

Em relação aos enfermeiros que atuam na ABS com idosos, entende-se que este é um dos membros da equipe multiprofissional que integra a ESF, sendo que deverá buscar e estar qualificado para atender às necessidades individuais e coletivas da humanidade, em especial os da população de 70 anos ou mais. O estudo menciona que esse profissional pode trazer importante contribuição quanto à reorganização dos serviços de saúde e políticas de saúde de atenção ao idoso (RINALDI *et al.*, 2013).

Outra pesquisa aponta que o trabalho do enfermeiro na promoção de saúde do idoso na ESF demanda desafios no sentido da necessidade de revisar práticas e modelos assistenciais enquanto atenção ao idoso. Urge desenvolver instrumentos e metodologias de acordo com a contemporaneidade na saúde coletiva com esse grupo social (PINHEIRO; ALVAREZ; PIRES, 2012). Para tanto, é necessário que o enfermeiro obtenha conhecimento das contextualizações físicas, psíquicas, sociais e políticas que envolvem o envelhecimento humano. O entendimento e conhecimento científico do campo da gerontologia e geriatria se fazem necessários para intervir qualitativamente no processo saúde e doença do idoso. O estudo aponta que deve-se estar aberto ao diálogo com o idoso, estimulando seu pensamento crítico, com vistas à interação humana e aos cuidados com a sua saúde (OLIMPYO; ALVIM, 2018).

Contudo, entende-se que a equipe multiprofissional é essencial para o cuidado ao idoso em uma ESF, pois está relativamente próxima ao cotidiano vivencial do idoso, por isso é necessário o assistir, com suas especificidades e necessidades em consonância com seu ciclo

vital referente às modificações fisiológicas decorridas em seu processo do envelhecimento. Carece aproximar mais os integrantes da ESF com os profissionais que atuam no NASF, com o precedente de que as ações não podem ser voltadas somente ao processo da doença vivenciada pelo idoso, mas com enfoque no envelhecimento ativo, perspectivas de linha de cuidado estabelecidas pelo Ministério de Saúde, a fim de melhorar as condições de vida e de saúde do idoso.

Em relação ao atendimento médico, idosos referiram a assistência de forma positiva, pois 44% (n=251) consideram a assistência como boa, 22,2% (n=126) entendem que o serviço ofertado por esse profissional é muito bom. Uma minoria afirma que a assistência médica é regular 1,9% (n=11), e 0,5% (n=3) dizem ser ruim o atendimento. Percebe-se que os idosos ao referirem a assistência médica buscam de forma regular esse profissional, encontrando-se satisfeitos com o cuidado a eles oportunizado. Pode-se correlacionar a adesão da assistência médica das ESFs quando, durante o estudo, identificou-se que uma minoria de idosos busca a assistência desse profissional nos serviços de urgência e emergência (UPA). Tal dado remete a pensar que o serviço é resolutivo pelo acompanhamento de sua territorialização.

Gomide *et al.* (2018) dizem que o profissional médico, ao assistir efetivamente as demandas da APS, agiliza o atendimento nos serviços, sendo um dos fatores que mensuram a satisfação do usuário com a APS quanto à resolutividade dos seus problemas. A assistência médica pressupõe um acompanhamento longitudinal dos usuários do sistema, pois traz benefícios a estes, que oportunizam um cuidado mais adequado. Tal prática beneficia a redução de filas, pois o usuário consegue manter a sua saúde de forma qualitativa com acompanhamento regular, não somente em consultas médicas, quando instaurada a doença (MORAES; CAMPOS; BRANDAO, 2014).

Estudos referentes à atuação médica no SUS apontam que ocorre uma certa deficiência quanto aos dados quantitativos desses profissionais disponíveis para necessidade da população (PINTO *et al.*, 2017). Contudo, obtém-se, em termos gerais, assistência multiprofissional aceitável na equipe básica que compõe a ESF – ACS, equipe de enfermagem, profissional médico e o odontologista. A categoria que obtém maior aceitabilidade na conceituação de assistencial muito boa e boa, que traduz a satisfação dos idosos para com o cuidado e acolhimento, foi a de ACS, com 86,9% (n=504), seguida pela equipe de enfermagem, 68,7%(n=387), sequenciada por profissional médico, 66,4% (n=377), e por fim o profissional odontologista, 14,1%(n=80).

Importante refletir o contexto da assistência na formação da estrutura curricular desses profissionais, pois interfere nos mecanismos metodológicos assistenciais no SUS. Se faz

necessário ser detentor dos princípios desse sistema, das políticas públicas de saúde, com participação no planejamento da assistência de forma multidisciplinar. Há a necessidade de interagir com demais membros da equipe, a fim de assistir de forma integral e globalizada. Fonseca e Bittar (2014) mostraram que os profissionais possuem dificuldades em assistir os idosos, pois apresentam déficit de saber diante dos cuidados e das necessidades dos idosos. Tal carência decorre da formação curricular, o que mostra a necessidade de inserir os idosos como segmento importante nos estudos acadêmicos, a fim de não comprometer o atendimento prestado a esse grupo social.

Na presente pesquisa, pode-se dizer que o grau de satisfação quanto ao acompanhamento do processo de senescência e senilidade do idoso atribui-se ao vínculo expressado por cada um dos profissionais. O convívio diário do ACS com a população idosa adscrita nas ESFs faz com que sejam percebidos de forma presente, próximos e valorizados nas práticas, pois, indiscutivelmente, levam demandas dos idosos aos demais componentes da equipe multidisciplinar.

Em segundo lugar, pela proximidade e formação da ciência do cuidado que a equipe de enfermagem exerce, os idosos ficam próximos da assistência do acolhimento, com avaliação inicial da condição clínica apresentada, procedimentos demandados pelo seu estado de saúde, orientações, imunizações, curativos, atividades promocionais de saúde, como grupos de Hipertensão, terceira idade etc.

O profissional médico obteve a provação da conceituação bom e muito bom em 66,4% (n=377), pois os auxilia no seu processo de saúde e doença, na efetivação de diagnósticos da doença, orientações, encaminhamentos necessários para contribuir a sua qualidade de vida em relação a sua saúde.

Em relação à atuação do odontologista, 14,1% (n=80) avaliaram como bom e muito bom. Importante mencionar que se identificou não ser uma prática de cuidado da saúde ações de saúde bucal, pois dos 568 idosos que participaram da pesquisa, 12% (n=68) usufruem desse serviço. Há que se realizar um planejamento estratégico de forma multidisciplinar, enfatizando a importância dos cuidados com os dentes no processo do envelhecimento, conscientizando-os para a adesão a essa prática a ser inserida no cuidado da saúde, utilizando espaços promocionais de saúde como sala de espera, abordagens em grupos de educação em saúde, terceira idade e orientações específicas realizadas a domicílio por meio do ACS, ou em ações de atenção domiciliar que a equipe multiprofissional realiza no rol de ações desenvolvidas em sua área territorializada.

Em relação aos serviços de odontologia, percebeu-se que os idosos não apresentaram adesão significativa, apenas 14% (n= 82) procuraram assistência. Nesse sentido, há que se realizar um trabalho de conscientização da oferta desses serviços, mostrando que preventivamente podem acessar essa especialidade, tão importante para a promoção de sua saúde e prevenção de agravos relacionados à saúde bucal. Os dados apontam que, dos idosos assistidos, a maioria foi inicialmente na unidade de saúde que está adscrito.

Mundialmente, a atuação do cirurgião-dentista está mais inserida no setor privado. No Brasil, essa realidade começou a ser modificada com a inserção desse profissional na ESF. Porém, devido sua formação ser mais voltada à individualidade do usuário, tal profissional, por vezes, apresenta certa dificuldade em atuar no coletivo (REIS; SCHERER; CARCE, 2015).

Santos *et al.* (2016) afirmam a importância de uma abordagem intersetorial e multiprofissional no cuidado destinado ao idoso, pois as suas necessidades não são contempladas em apenas uma rede de Atenção (RAS), devendo ter um sequenciamento em sua linha de cuidado de forma integral. Também enfatizam a necessidade de capacitar os profissionais da atenção primária à saúde para atender aos riscos à saúde de maior magnitude no idoso no SUS.

### 7.3 ASSOCIAÇÕES REFERENTES À ASSISTÊNCIA DO IDOSO:

#### ENCAMINHAMENTOS E SATISFAÇÃO DOS USUÁRIOS NOS SERVIÇOS DO SUS

Ao verificar os serviços de assistência ofertados pelo sistema público de saúde ao idoso e as demandas de serviços referentes a curativos, imunização e orientação, consultas médicas, consulta odontológica, exames de laboratório ou imagem, atendimentos de urgência/SAMU, internações e pegar medicamentos, encontraram-se os resultados descritos na sequência.

Referente a familiares de idosos que utilizaram serviços do SUS nos últimos 12 meses, 44,2% (n=251) afirmaram que não utilizaram esse plano de saúde. Apesar de o acesso aos serviços do SUS estarem disponíveis, a baixa adesão pelos familiares dos idosos deve-se ao fato de ser uma população adulta jovem, que necessariamente busca os serviços em situações de doenças, centrada em modelo curativo, sem utilizar ações de prevenção de doenças e promoção da saúde. Nesse sentido, emerge um planejamento mais efetivo dos gestores do SUS para que todos os ciclos vitais usufruam das Redes de Atenção em Saúde (RASs) que o

sistema oferece, a fim de promover saúde, contribuindo para um envelhecimento saudável dessa população que está em processo de envelhecimento, antecedendo o ciclo vital idoso.

Mendes (2011, p. 470) afirma que, na Atenção Primária à Saúde (APS), disponibilizam-se serviços que permitem cuidados primários nas RASs, que devem “atender mais de 85% dos problemas, ser o centro de comunicação e responsabilizar-se pela população adscrita”.

Ao questionar os idosos quanto à utilização do SUS para seu benefício, como cuidado com a sua saúde, 91% (n=518) afirmaram ter acessado nos últimos doze meses. Teoricamente, indivíduos buscam assistência com intuito de promover sua saúde e prevenir doenças. Apenas 8,8% (n=50) não fizeram referência ao SUS, mas podem ter utilizado outro convênio de saúde ou com uso de recursos financeiros próprios, como atendimento privado em serviços de saúde. Estudos colocam que a garantia de acesso aos serviços públicos de saúde se faz necessária para superar as demandas, como agravos de saúde que advêm do envelhecimento populacional, da acumulação e transição epidemiológica (MENDES, 2011).

No que se refere a serviços como curativos, imunização e orientação referente a sua saúde e acompanhamento enquanto processo saúde-doença, 78,2% dos idosos (n=444) beneficiaram-se desse serviço. Sabe-se que a imunização é um importante aliado para a prevenção de agravos de doenças que acometem a população. Dessa forma, chama a atenção que 21,8% (n=124) não acessaram essa importante atenção a sua saúde.

Ressalta-se que a imunização apresenta efeito protetor, interfere nas taxas de mortalidade, evidenciada pela redução desta, como, por exemplo, o caso da *influenza*, quando se compara o período posterior à implantação das campanhas de vacinação na população idosa, registradas nas regiões Sul, Sudeste e Centro-Oeste (CAMPAGNA *et al.*, 2014).

As atividades de orientações aos idosos são salutares, pois promovem a saúde, minimizam futuros agravos, além de ampliar a sua qualidade de vida. Atividades educativas, orientadoras para o autocuidado em seu processo vivencial de saúde e doença, fazem com que o idoso protagonize ações saudáveis de vida, que poderão interferir na expectativa de vida e contribuir para sua longevidade.

Espaços promocionais de saúde fornecem amplitude da compreensão de experiências de envelhecimento ativo entre idosos, porém deve-se centrar nas necessidades de saúde deles para se obter maior resolutividade para a sua saúde e qualidade de vida (BORGES; SEIDL, 2014).

Com referência ao acesso dos idosos em consultas médicas, o estudo demonstrou que 72,4% (n=411) deles fazem uso desse recurso. Tal dado demonstra que a grande maioria



utilizou a consulta médica durante os últimos 12 meses, obtendo acompanhamento do seu estado de saúde por avaliação clínica, preventiva e curativista.

Destro, Boing, Antonio e D’Orsi (2014), em estudo relacionado aos idosos e à adesão à consulta médica, afirmam que houve maior prevalência de mulheres, sendo que idosos apresentavam doenças crônicas e com autopercepção negativa de saúde. Esses achados foram contrários ao presente estudo, visto que 72,8% utilizaram o SUS para consulta médica, sendo o profissional médico generalista.

No estudo de Destro, Boing, Antonio e D’Orsi (2014), os idosos buscavam os consultórios médicos privados, seguido de postos públicos de saúde. Colocam ainda que as consultas eram direcionadas aos especialistas, pois de três consultas, duas foram realizadas em área especializada.

Em relação à assistência médica aos idosos, observa-se uma grande carência da abordagem em geriatria e gerontologia. O SUS disponibiliza a política da assistência em saúde de idosos, mas não dispõe ainda de um serviço especializado, como no caso das crianças, que são direcionadas à pediatria. Cada ciclo vital tem suas peculiaridades, e os idosos, em sua grande maioria, são vistos como adultos, sem vislumbrar as modificações fisiológicas dos sistemas.

Se o SUS disponibilizasse essa especialidade em sua rede de atenção, com certeza, os idosos teriam uma qualidade assistencial diferenciada, mais resolutiva e, como consequência, aumentaria a sua qualidade de vida.

Em relação aos idosos terem acesso às consultas odontológicas, somente 12% (n=68) usufruem desse serviço. Tal dado deixa clara a baixa adesão para esse cuidado com a saúde, talvez por, culturalmente, essa ação ser voltada com bastante ênfase à saúde escolar e em menor proporção aos demais ciclos vitais, ou por déficit de conhecimento sobre a importância da vitalidade em saúde bucal.

Dos 480 idosos incluídos, 138 (31,2%) utilizaram serviços odontológicos provenientes do SUS. O uso desses serviços foi maior à medida que diminuía a renda *per capita* e a escolaridade dos idosos, menor entre os que não haviam realizado o autoexame da boca e maior entre os que usavam os serviços odontológicos para procedimentos que não fossem rotina, sendo estes de maior vulnerabilidade. Além disso, verificou-se que utilizaram mais o SUS pessoas que tiveram o relacionamento afetado pela saúde bucal e uma autopercepção negativa da sua aparência (OLIVERIRA *et al.*, 2016).

Sabe-se que agravos bucais em idosos podem comprometer aspectos importantes como comunicação, capacidade mastigatória, autoimagem, interferindo na sua qualidade de

vida (MOTA *et al.*, 2014). Os idosos de hoje foram no passado vítimas de modelo odontológico excludente, no qual poucos tinham acesso, e os que poderiam disponibilizar vitimaram-se com a mutilação dentária em favorecimento ao uso de prótese dentária como um perfil estético (HAIKAL; MOREIRA, 2011). Assim, tais colocações corroboram os achados da pesquisa realizada, pois 88% (n=500) não utilizam serviços voltados à saúde bucal.

Quanto à necessidade de serviços com ênfase na urgência e emergência, somente 2,8% (n=16) da população utilizaram esse serviço, o que demonstra que poucos idosos apresentaram situações que demandaram cuidados categorizados enquanto urgência e emergência no SUS. Pode-se vincular essa informação dos dados quantitativos ao fato de a atenção básica suprir as necessidades do cuidado ao idoso em seu processo saúde-doença, enquanto sequenciamento assistencial nas ESFs. Tal afirmação realmente minimiza agravos de saúde e consequentes eventos que coloquem a vida em risco, em situações cruciais de urgência e emergência.

Em estudo referente à temática urgência e emergência em idosos de Maceió, Silva e Silva (2013) afirmam que a faixa etária que mais usufrui é a de 60 a 69 anos de idade, sendo que 77,5% foram por queixas clínicas de baixa complexidade, facilmente resolvidas nas unidades de saúde. As causas clínicas foram identificadas como pico hipertensivo, hiperglicemia, trocas de Sonda Vesical de Demora e Coletores de Cistostomia. Os autores mencionam que a assistência na atenção primária interfere nas buscas do SAMU, pois muitos cuidados de baixa complexidade poderiam ser resolvidos nas UBSs/ESFs.

Um estudo referente aos idosos nos serviços de urgência e emergência relata que são acometidos por doenças do sistema circulatório e respiratório, transtornos mentais, uso inadequado de fármacos, envenenamento e violência, os quais a APS, muitas vezes, não consegue resolver. Ainda referente à assistência ao idoso em situações de emergência, Yonekura *et al.* (2016) mencionam que é preciso obter assistência efetiva e de acordo com os princípios do SUS, de forma capaz de cuidar as peculiaridades que demandam esse ciclo vital.

No que diz respeito às internações hospitalares, este estudo demonstra que poucos idosos, 9% (n=51), necessitaram hospitalizar-se. Pode-se atribuir esse dado ao acompanhamento de assistência nos serviços de saúde do SUS, pela equipe multiprofissional que possibilitam a estes a manutenção de seu estado de saúde, capaz de ser nutrido na atenção primária de saúde. Percebe-se que destes idosos que buscaram assistência em saúde no SUS, 74,8% (n=425) utilizam o SUS e obtiveram acesso à medicação para seu tratamento disponibilizado pelo SUS.

Uma pesquisa realizada na metade Sul do estado do Rio Grande do Sul, referente a internações de idosos, apresenta considerável participação das Doenças Crônicas Não Transmissíveis Sensíveis à Atenção Primária (DCNTSAP) nas internações por todas as causas, assim como nas internações hospitalares por Condições Sensíveis à Atenção Primária (CSAP) estão prevalentes as doenças pulmonares e a insuficiência cardíaca. O gênero feminino é o que mais interna, destacando a patologia de Diabetes Melito (DM) e das internações por Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) (SANTOS *et al.*, 2013).

No que se refere ao uso de medicação ofertada pelo SUS, 74,8% (n=425) dos idosos deste estudo acessam esse serviço. Pode-se afirmar que os que não se beneficiaram da medicalização pelo SUS é porque não utilizaram esse Sistema, devido à aquisição do medicamento ser norteada com receita médica dos serviços do SUS, na farmácia pública municipal.

Um estudo analisou a nível nacional o acesso, a utilização e promoção do uso racional de medicamentos no Brasil, no qual participaram 41.433 indivíduos, apontou que os usuários que necessitaram de uso de medicação utilizaram como fonte unicamente o SUS – Sudeste, 42,9%, Sul, 41,8%, Norte, 40,2%, Nordeste 31%. Outro dado aponta que usuários do SUS têm como fonte primária de medicamentos o próprio SUS, porém também utilizam outras fontes para a aquisição dos medicamentos, o que denota problemas quanto à acessibilidade no sistema. Chama a atenção que, nas regiões Sul e Sudeste, a população busca menos a farmácia privada do que no Nordeste e Norte do país.

Em relação ao uso de medicamentos de pacientes vinculados ao SUS, identificou-se, dentre 8.803 usuários em 1.305 serviços de APS, que esse serviço foi utilizado por idosos com baixa escolaridade e que apresentavam comorbidades. Chamou a atenção no estudo que muitos idosos não sabiam a real indicação de cada medicamento, sendo mais utilizados os anti-hipertensivos. É importante mencionar que a média de medicamentos e a prevalência de uso destes aumentaram com a idade (COSTA *et al.*, 2017).

Nesse sentido, emerge atenção especial os idosos adscritos nas unidades que se vinculam à APS, pois estes merecem ações específicas. A baixa escolaridade dos idosos interfere na capacidade de entendimento dos cuidados com medicação, colocando estes em situação de maior vulnerabilidade quanto aos aspectos relacionados a sua saúde (COSTA *et al.*, 2017). Ainda que em proporção menor, destaca-se que 8,1% (n=46) dos idosos cadastrados pertencentes às ESFs não receberam vistas em suas casas num período de 12 meses.

O cuidado da vida e saúde no processo de envelhecimento se impõe, sobretudo, para a enfermagem, pois na atenção primária, o enfermeiro deve privilegiar o cuidado continuado ao longo do viver da pessoa envelhecida. Considerando os resultados obtidos neste estudo epidemiológico, o enfermeiro deve seguir investindo na promoção do envelhecimento saudável, buscando prorrogar o estado de saúde e bem-estar do octogenário para além dos primeiros cinco anos após os oitenta. Deve, igualmente, atentar-se para o cuidado continuado dos idosos com menos saúde, seja pelas circunstâncias próprias das morbidades, seja pelo processo natural de fragilização em face da maior longevidade, provendo meios que ajudem a manter a melhor qualidade de relação do binômio pessoa idosa/ família cuidadora (CAMPOS *et al.*, 2016).

Dessa forma, ressalta-se a necessidade de ações de promoção em saúde bucal nesse ciclo vital. Atividades grupais de educação em saúde, bem como orientações individuais em consultas, atendimentos interdisciplinares, devem contemplar a conscientização referente à importância de se ter boas condições de saúde bucal, pois isso favorece o envelhecimento saudável, sendo a dentição preponderante para a mastigação, a comunicação e aceitabilidade da autoimagem. Esse cuidado contribui com a qualidade de vida do idoso.

Quanto à percepção dos idosos no atendimento de urgência e emergência, 83,8% (n=476) não usufruíram desse serviço nos últimos 12 meses, 7,4% (n=42) procuraram mais pronto-socorro 24 horas e 12,5% (n=71) avaliaram o serviço de urgência e emergência como bom. Referente aos encaminhamentos realizados na assistência ao idoso em situação de urgência e emergência 6,7% (n=38) obtiveram sequenciamento do cuidado encaminhado pelo próprio serviço para realização de exames, consultas especializadas e encaminhamento para UBS. No que tange a hospitalizações, 2,8% (n=16) necessitaram desse cuidado. A utilização desse serviço é recomendada por 14,4% (n=82) dos idosos.

Serbim, Gonçalves e Paskulin (2013) identificaram que muitos idosos optaram pelo serviço de emergência em situações de agravos crônicos de saúde e que 7,3% dos entrevistados não relataram nenhuma doença, por isso não procuraram serviço de emergência. Se o acesso nas UBSs é resolutivo, elas resolvem a demanda do usuário. As principais doenças referidas que levaram a utilizar serviços de urgência e emergência foram as do aparelho circulatório e as neoplasias, sendo estas as principais causas de mortalidade no Brasil.

Ao identificar as características de idosos que procuram a UPA, destaca-se que muitos procuram de forma errônea, pois a atenção primária deveria absorvê-los e monitorar com mais precisão seu estado de saúde. Há que se ter uma reorganização de fluxo entre as redes de

atenção em saúde para otimizar o cuidado ao ser humano (RISSARDO *et. al.*, 2016). Uma pesquisa apontou dados de que ocorreu alta demanda de idosos em UPA, o que demonstra uma emergência em replanejar os serviços e enfatizar a importância da APS, deixando a demanda para os serviços considerados emergenciais para média e alta complexidades, oportunizando qualitativamente melhor assistência a esses idosos que apresentam eminência de risco de morte (RISSARDO *et al.*, 2018).

Os idosos não utilizam essa rede de atenção de forma significativa, o que pode ser entendido como um fator positivo em seu processo saúde-doença, pois usufruem os serviços do SUS em sua grande maioria para os mais diversos cuidados em saúde, em diferentes redes de atenção que, de certa forma, resolvem em seu território adscrito, não necessitando a descentralização do cuidado.

No que se refere aos encaminhamentos realizados aos idosos no SUS, obteve-se mais ênfase na ESF, na qual 56% (n=218) obtiveram essa atenção. Pode-se dizer que esse fato ocorre devido à assistência prestada pela atenção básica, que oferta acesso, com infraestrutura ofertada nas redes de atenção de saúde, com adscrição da clientela por territorialização, sendo a porta de entrada dos serviços do SUS pela atenção básica do SUS.

Nesse sentido, ocorre que a equipe multiprofissional de saúde consegue ter maior entendimento do processo saúde e doença dos idosos adscritos, uma vez que estes mantêm o vínculo com a sua ESF. Dessa forma, os encaminhamentos necessários à sua saúde são realizados por meio de seu território.

A descentralização dos serviços ofertados pelo SUS fica evidente nos encaminhamentos realizados com idosos no cuidado à saúde, como exames laboratoriais e de imagem, acesso à medicação, serviços de urgência e emergência, que muitas vezes o SUS disponibiliza de forma centralizada ou terceirizada aos seus usuários. Tal evidência pode estar associada às doenças geriátricas e crônicas que originaram o motivo de procura e encaminhamentos no SUS, ou pelo cuidado tido pelos profissionais que os assistem no sentido de avaliar com mais precisão seu estado de saúde, como exames laboratoriais, exames de radioimagem, especialidades, ou ainda em situações de urgência e emergência que demandaram cuidados mais precisos indisponíveis na unidade da ESF.

Segundo estudo de Rego *et al.* (2017), os que mais utilizam os serviços do SUS são idosos com doenças crônicas, que recebem encaminhamentos assistenciais, aumentando atendimento por causas sensíveis na atenção primária. Os autores também fazem menção sobre a necessidade de organização dos fluxos, que minimizem atendimentos na UPA à

população idosa, que devido às suas especificidades necessita de um olhar integralizado na atenção primária.

Os idosos, em sua minoria, foram aos serviços da UPA, possivelmente, em dadas situações de eminência de vida e morte. Nesse sentido, Rego *et al.* (2017) apontam que idosos com maior morbidade crônica é que buscam assistência na UPA antes de uma unidade básica de saúde. Quanto aos serviços de odontologia, não foi registrada nenhuma evidência de encaminhamentos na rede de atenção dos serviços do SUS. Os encaminhamentos realizados aos idosos que procuraram serviços da UPA foram para internações (2,8% – n=16) e reencaminhados a ESF (1,4% – n=8) de sua adscrição. Esse fato deve-se, possivelmente, pela escala de fluxo de rede de atenção, em que situações não caracterizadas que requeiram tratamento para urgência e emergência são referidas para avaliação.

Idosos da referida pesquisa utilizam o SUS para o cuidado com sua saúde. Dentre vários cuidados ofertados, a internação hospitalar ocorreu com percentual não expressivo de quem utilizou o UPA. Segundo o Ministério da Saúde, os idosos em situação de vulnerabilidade devem ser assistidos na rede hospitalar e na urgência e emergência sob um olhar de humanização, acolhimento, acessibilidade, com ações de orientação para o autocuidado, a fim de proporcionar uma possível independência funcional e autonomia do idoso (BRASIL, 2014).

Nas diretrizes de cuidado a pessoas idosas no SUS, fica clara a importância de se ter organização dos serviços enquanto acesso, acolhimento e humanização assistencial, em busca de entendimentos quanto à responsabilização e resolutividade com participação da multidisciplinaridade. Tal pensamento emerge do contexto da avaliação global do idoso ao observar riscos de fragilidades e autonomia destes. A assistência deve ocorrer em rede com sistema logístico, articulado nos mais diversos pontos de atenção com fluxos tanto em situações de urgência quanto acompanhamento longitudinal (BRASIL, 2014).

Os serviços ofertados na ESF e na UPA ocorrem com certa dependência quanto ao cuidado ao idoso, visto que no fluxo de rede há uma comunicação entre serviços. A ESF acolhe o idoso, realiza assistência e se necessário realiza encaminhamentos necessários a fim de restabelecer a sua saúde. Esse fato é considerado positivo porque o idoso adscrito na ESF busca a assistência na sua territorialidade, entendendo que o processo de referência e contrarreferência deve ser respeitado na condição assistencial na unidade.

Conforme Arantes, Shimizu e Merchán-Hamann (2016), os serviços da ESF favorecem a universalização de cuidados primários, visando dar assistência de forma equânime. Referem que a oportunidade de esse modelo ofertar equipe multiprofissional

favorece o acolhimento e o vínculo de orientação quanto aos cuidados com a saúde em comunidade. Na atenção voltada aos serviços de odontologia não ocorreram descrições de encaminhamentos nos serviços. Entende-se ser um dos aspectos assistenciais que precisam ser estimulados a buscar ações interdisciplinares nas ESFs, assim como deve-se investigar as causas que levam o idoso a não ter um cuidado de sua saúde bucal no cotidiano de suas vidas.

Os idosos estão vulneráveis em comprometer a sua qualidade de vida devido aos aspectos oncológicos (câncer de boca), edentulismo, necessidade de próteses. Tais colocações referente à saúde bucal afetam 75% dos idosos. Contudo, os profissionais que atuam na saúde bucal necessitam realizar ações promocionais de saúde com orientações familiares e aos idosos quanto aos cuidados com a higiene bucal, próteses dentária e avaliação de indicador de saúde como forma de prevenir agravos (BRASIL, 2014). Contudo, o envelhecimento populacional tem tido avanços nas tecnologias, ciências e indicadores de qualidade de vida. No que tange à saúde bucal, Fracasso, Maia e Nunes (2018) corroboram outros saberes e afirmam que na atenção odontológica à pessoa idosa não ocorreram melhorias. Incide a necessidade de informação a esse ciclo vital a buscar tratamentos conservadores, prevenindo cárie e doença periodontal, a fim de obter um envelhecimento mais saudável para as próximas gerações.

Um aspecto importante a ser mencionado é o tempo de permanência no serviço para o idoso ser assistido. Os resultados colocam que o maior tempo de espera foi na ESF, na qual 72,9 (n=279) esperaram até duas horas para ser assistido. Na UPA os idosos que usufruíram de assistência 91,1(n=82) permaneceram em espera num período de até trinta minutos. A mesma característica apresentou-se nos serviços de odontologia, em que 70,1 (n=54) aguardaram até meia hora.

Em estudo de Lima *et al.* (2014), 93,3% dos idosos foram assistidos em UBS quando necessitaram de cuidados de saúde, porém 6,7% referiram que não conseguiram atendimento devido ao número excessivo de pessoas na fila de atendimento e consideraram o tempo de espera muito prolongado. Segundo Vello *et al.* (2014), os idosos relatam aspectos positivos e negativos da assistência na ESF. Referem de forma satisfatória a distribuição de medicamentos, visitas domiciliares e os cuidado prestados pelos profissionais, mas queixam-se da morosidade do atendimento e vislumbram os agendamentos dos encaminhamentos e consulta de forma negativa

Em relação à satisfação geral dos serviços ofertados pelo SUS, observou-se que 40,7 (n=231) referiram boa satisfação e 0,9 (n=5) como muito bom. Nos dados que apresentam classificações como muito ruim 7 (n=4), ruim 16,5 (94) e regular 32,4 (184), obtém-se 49,6

(n=282). É importante refletir que 237 vislumbram o SUS como muito bom e bom, outros 282 participantes o classificaram de forma não tão positiva em relação aos serviços para eles ofertados. Contudo, vários fatores podem interferir na avaliação do serviço ao idoso, como práticas de humanização, acolhimento, resolutividade no cuidado realizado pela equipe multiprofissional no processo saúde e doença dos participantes, disponibilidade, efetivação dos encaminhamentos necessários, medicalização, sequenciamento assistencial nas redes de atenção dos serviços de urgência e emergência, internações. Na pesquisa, evidenciou-se que ocorre agendamentos para consultas ao idoso, na qual somente 20,5 são atendidos no dia que procuram os serviços em sua territorialidade nas ESFs.

Imagina-se que essa prática faz com que o idoso se sinta vulnerável a um sistema de gestão, no qual a atenção a sua saúde fica postergada a um modelo de gestão, que embora faça o acolhimento a esse idoso não supre suas demandas no dia em que desejam. Consequentemente, a avaliação do idoso não é satisfatória como gostaria. Nesse sentido, Gomide *et al.* (2018) afirmam que práticas de agendamentos em consultas na APS ou o não atendimento enquanto demanda espontânea se constitui como um dos principais fatores de baixa satisfação dos serviços ofertados pelo SUS. Porém, se realizado acolhimento, cuidado humanizado, promovendo a escuta e avaliação integralizada, estas irão repercutir positivamente para a qualidade de atenção em saúde. Quando a avaliação for positiva ao acolhimento, norteado pelo olhar atencioso e pelas práticas de diálogo com os profissionais de saúde da APS, certamente a sua satisfação será favorável ao sistema, evidenciando a qualidade dos serviços prestados (GOMIDE *et al.*, 2018).

As características da ESF fazem com que ocorram aproximações entre a unidade e os usuários do SUS, pois as ações em saúde são direcionadas à população territorializada nas ações em saúde. Pode-se dizer que tal metodologia de assistência traz maior vínculo e consequente adesão e satisfação dos serviços ofertados (VELLO *et al.*, 2014). A satisfação do usuário é uma diretriz que norteia os gestores de saúde para efetivas mudanças nos planejamentos dos serviços ofertados à população. Assim, 56,41% consideraram o acolhimento bom; para 84,62% o serviço é resolutivo; 61,54% entendem que o acesso também é bom; 56,41% referiram estar insatisfeitos com o tempo demandado para atendimento. Porém em linhas gerais, a maior parte dos usuários mostrou-se satisfeita com os serviços de saúde municipais (CRUZ *et al.*, 2017).

Estudos avaliativos dos serviços de saúde visam refletir sobre o trabalho ofertado, que possui finalidades que vão além de organizar serviços (BONATO, 2011). Esses estudos vão além de diagnosticar, apontar fragilidades na capacitação efetiva de recursos humanos, na



qualidade dos serviços profissionais ofertados que traduzem a qualidade da instituição que oferta cuidados em saúde (CRUZ *et al.*, 2017). A acessibilidade nos serviços do SUS, entre as características dos recursos de atenção à saúde e as demandas da população, alcança gratuidade e universalidade da assistência recebida. A satisfação do SUS remete-se às contextualizações referentes à continuidade do cuidado (PEDRAZZA *et al.*, 2018).

Em relação aos motivos que levaram os idosos a buscar assistência no SUS, associados com a satisfação geral dos serviços ofertados pelo SUS, observou-se estatisticamente que houve significância na vacinação, nos curativos e nas orientações ( $p < 0,001$ ), consultas médicas ( $p < 0,001$ ), exames laboratoriais e de imagem ( $p < 0,001$ ) e pegar medicamentos ( $p < 0,001$ ). Os motivos de consulta odontológica ( $p = 0,130$ ), atendimentos em urgência e emergência ( $p = 0,859$ ) e internações ( $p = 0,398$ ) não obtiveram significância.

Assim, os serviços que contemplam a atenção das ESFs aos idosos obtiveram melhor avaliação como assistência em imunizações, procedimentos ambulatoriais, como curativos, e orientações pertinentes à saúde do usuário. A variável medicação faz com que o idoso acesse os serviços do SUS em situações de reabilitação e tratamento de comorbidades.

A atenção dispensada ao idoso quanto à informação aos cuidados com sua saúde é extremamente importante, pois direciona para o autocuidado da saúde, esclarece dúvidas tidas pelos idosos e pode possibilitar uma melhor qualidade de vida. Nesse sentido, Pedrazza *et al.* (2018) referem que a população idosa relatou satisfação em relação à assistência recebida na APS, pois obteve esclarecimentos sobre diagnóstico e tratamento condicionado pela comunicação ofertada pelos profissionais por meio de informações dispensadas e importante no cuidado à sua saúde. No entanto, demonstraram-se insatisfeitos com agendamento de serviços descritos como consulta médica que aconteciam de forma superficial, rápida, mesmo aguardando muito tempo na fila de espera.

O acesso aos serviços do SUS disponibilizam medicamentos aos usuários do SUS. Os idosos absorvem a demanda medicalização, devido aos medicamentos ser necessários, pois têm papel decisivo no tratamento e nas condições de saúde. Dessa forma, a sua utilização vai além das unidades de saúde, estendendo o armazenamento domiciliar para controlar doenças crônicas e agudas que contribuem para aumento de sua expectativa de vida e consequente longevidade (MORAES, 2012; STEFANO *et al.*, 2017).

A saúde coletiva, quanto à assistência farmacêutica aos idosos, precisa refletir sobre a organização de fluxos, ou até mesmo protocolos capazes de facilitar o acesso ao idoso. Muitas vezes, o deslocamento deste implica no tratamento, pois nem todos idosos possuem condições de mobilidade, dificultando ou interferindo em seu tratamento. Dessa forma, precisa-se

organizar uma rede interligada e integralizada na assistência farmacêutica do idoso que indiscutivelmente ampliará a qualidade no cuidado ao idoso

A população idosa é a que mais usufrui o benefício da medicalização porque utilizam regularmente os fármacos devido às doenças crônicas que requerem manutenção de tratamento, sendo este contínuo (VIANA *et al.*, 2015).

Ao associar a satisfação geral nos serviços ofertados pelo SUS com assistência multiprofissional, observou-se uma associação estatisticamente significativa da satisfação geral dos serviços do SUS com a assistência multiprofissional (equipe de enfermagem ( $p < 0,001$ ), médico ( $p < 0,001$ ) e ACS ( $p = 0,010$ ). Ser assistido por profissionais que cotidianamente se inserem na comunidade onde vivem, de certa forma, com estabelecimento de vínculo, aproxima-os do cuidado com a saúde. A equipe de enfermagem e o profissional médico igualaram enquanto significância estatística, isso porque os idosos são avaliados pelo técnico de enfermagem, assistidos pelo enfermeiro e encaminhados à consulta médica para avaliação clínica de seu estado de saúde e decisão de sequenciamento assistencial diante de suas necessidades.

O ACS também foi significativo, pois esse profissional mantém o vínculo com a família, o idoso e as estruturas que os serviços do SUS disponibiliza. Esse profissional atua mais nos aspectos de prevenção de doença e promoção de saúde. Ainda está muito presente na concepção da população procurar atendimento apenas em situações de vulnerabilidade e a valorização da atenção curativista. Dessa forma, possuem o entendimento que os profissionais técnicos de enfermagem, enfermeiros e médicos irão buscar soluções mais efetivas para seu estado de saúde.

A variável dentista não obteve significância estatística com a satisfação geral dos serviços ofertados pelo SUS, talvez pelo entendimento que o idoso pode ter quanto aos serviços odontológicos. Entendem que esse cuidado, relacionado à saúde bucal, não se apresenta significativo no cotidiano dos idosos. Tal fato fica evidente pela baixa procura a esse serviço ofertado pelo SUS. Metodologias de busca ativa, ações em educação em saúde devem ser intensificadas com temáticas de saúde bucal na terceira idade, fazendo com que estes realizem reflexão sobre seu cotidiano no cuidado a esta temática. A busca ativa é importante ferramenta, pois resgata para o usuário a importância de ser assistido, cuidado. Com essa metodologia aconteceriam agendamentos aos idosos para acesso ao serviço, espaço importante para refletir sobre tais cuidados que são essenciais para seu ciclo vital.

Nesse sentido, embora o SUS desenvolva ações constantes de promoção de saúde à população, precisa ampliar aspectos promocionais, conscientizar a população sobre a

importância do autocuidado, conhecimento sobre assuntos que envolvam seu processo saúde e doença. A AB visa promover a saúde, prevenir doenças e reabilitar quando necessário. Assim, a ESF possui condições de desenvolver tais práticas, precisa considerar que a comunicação deve ser efetiva entre os profissionais que atuam nesse contexto, articulando saberes e práticas à população de idosos, possibilitando melhores condições de qualidade de vida. Os profissionais que cuidam dos idosos nas ESFs precisam demonstrar interesse, cordialidade, empatia, afeto, ética, acrescido da comunicação efetiva que promoverá adesão ao tratamento ofertado (ALMEIDA; CIOZAK, 2013).

A assistência de enfermagem ao idoso possui desafios, porém seus cuidados possibilitam respostas às reais necessidades de intervenção. A atuação do profissional enfermeiro na ESF é entendida como essencial, pois desenvolve ações gerenciais do cuidado, apresentando-se próximo ao paciente, e ajusta os cuidados conforme as reais necessidades do idoso. No entanto, as ações não devem ser voltadas somente ao curativismo, e sim pautadas na promoção de saúde. Deve-se estar atento às possíveis incapacidades que o idoso possa apresentar para minimizar agravos de saúde a esse ciclo vital (FAGUNDES, 2015; ALMEIDA; CIOZAK, 2013).

Ainda em relação às atividades de enfermagem nas ESF, o enfermeiro é evidenciado como o profissional que mais interage com o paciente e sua família, apresenta capacidade ímpar de manter vínculo, pois apresenta-se próximo à comunidade e mantém dialogicamente a comunicação entre os profissionais da unidade. Atua com ACS orientando-o para práxis de identificar riscos de saúde à população, enfatizando a promoção de saúde (COSTA *et al.*, 2017).

Dutra e Sanches (2015) apontam a necessidade de efetivar planejamento inter e multidisciplinar em relação à saúde bucal de idosos. Ocorrem muitos desafios para assistir idosos, pois não aderem ao serviço. Nesse sentido ,precisa-se ter organização com apoio intersetorial. As equipes que atuam nas ESFs devem buscar reconhecer idosos que demandam esse serviço. Para tanto, é necessário realizar planejamentos, levantamentos estatísticos, ações preventivas e promocionais de saúde bucal, bem como restauração e reabilitação. Os autores ainda mencionam ter a necessidade de desenvolver um programa de saúde bucal voltado ao idoso. A prática de agendamento de cuidados eletivos vem a favorecer a organização dos serviços, porém muitos idosos referem certa insatisfação e não aderiram a essa metodologia, pois não gostam de ter dia determinado para ir à ESF, e sim quando não estão bem (ALMEIDA; CIOZAK, 2013).

O ACS desenvolve importante atribuição no acompanhamento da população por ele assistida. Por essa razão, deve-se oferecer a esse profissional conhecimentos específicos do envelhecimento humano, a fim de fortalecer a atenção prestada aos idosos, melhorando seu trabalho, oportunizando mais confiabilidade dos idosos acerca da importância deste profissional em seu cotidiano (FERREIRA; RUIZ, 2012). A literatura não faz muita menção à assistência desse profissional de forma geral. Na ESF, sua atuação foi considerada boa porque realiza avaliação clínica, exame físico e traduz conduta medicamentosa, investigação clínica (BRANDAO; GIOVANELA; CAMPOS, 2013).

Nos serviços de odontologia, estudos apontam que o profissional odontólogo precisa inserir-se mais nas atividades de educação em saúde, divulgar e ampliar conhecimento aos idosos, conscientizar sobre a importância dos serviços odontológicos em caráter preventivo e regular, e não somente em casos de urgência. A equipe deve garantir e viabilizar o acesso, pois idosos são grupos prioritários da assistência, que é garantido pelo estatuto do idoso, portanto merece respeito (TINOS; SALES-PERES; RODRIGUES, 2013).

Ainda referente à satisfação do idoso quanto aos serviços ofertados pelo SUS, a variável tempo utilizado na ESF obteve significância ( $p < 0,001$ ). Já nos serviços de urgência e emergência e serviços de odontologia não obtiveram associações estatisticamente significativa – tempos utilizados para assistir o idoso na UPA ( $p = 0,469$ ) e nos serviços de odontologia ( $p = 0,055$ ). Tal resultado pode estar atribuído a maior adesão de assistência em saúde dos participantes na ESF, devido esta ser a porta de entrada da atenção básica, pois encontram-se adscritos enquanto territorialidade.

Segundo Pires *et al.* (2013), os usuários do SUS buscam serviços de UPA quando consideram grave seu estado de saúde ou que a unidade de saúde não irá obter resolutividade ao seu problema de saúde. Dados semelhantes foram descritos quando relacionados ao tempo, visto conseguem na ESF são atendidos em até duas horas, já a UPA assiste na metade desse tempo. Casotti *et al.* (2014) referem que o acesso e tempo de espera nas consultas constituem problema de rede que necessita ser solucionado para obter maior adesão aos serviços odontológicos. Outro aspecto que pode interferir na aceitabilidade dos serviços de odontologia são as filas de espera e tempo de atendimento. Em relação ao idoso, embora que tenha garantia de prioridade nas filas, não raras as vezes esperam por longo período, colocando-se vulnerável ao cuidado (SANTOS *et al.*, 2016).

No presente estudo, observou-se uma associação estatisticamente significativa da satisfação geral do serviço do SUS com agendamento de consultas do idoso perante a procura dos serviços na ESF ( $p < 0,001$ ). Dada condição pode estar relacionada a somente 20,6% dos

idosos serem assistidos no dia em que procuram os serviços. Tal situação pode causar certo descontentamento do idoso com o SUS, pois a morosidade da atenção o deixa vulnerável, obtendo a condição de espera, que pode agravar sua condição clínica. A metodologia de agendamento de consulta precisa ser reavaliada quando ofertada à população idosa, pois idosos geriátricos com comorbidades não poderiam esperar para obter assistência adequada, há que se construir fluxo assistencial ao idoso na rede. Tal prática melhoraria as condições de cuidado ao idoso e, conseqüentemente, sua qualidade de vida.

Segundo Cavalcanti *et al.* (2016), o SUS de forma geral, apresenta fragilidades nas ofertas de consultas e exames, tal ação está atrelada a contextualizações de gestão e poder político. Também as crescentes filas para procedimentos do SUS na atenção básica retratam orçamento que não supre a demanda, precisando ser melhor monitorado e avaliado. Contudo, o agendamento ocasiona morosidade na assistência, interferindo na satisfação do usuário que necessita de cuidados em saúde.

Observou-se uma associação estatisticamente significativa da satisfação geral do serviço do SUS com encaminhamentos para procedimentos no cuidado da saúde do idoso nas ESFs ( $p < 0,001$ ). Pode-se dizer que os idosos participantes do estudo receberam encaminhamento da ESF ao qual está adscrito, por conseguinte a satisfação dos serviços é entendida como positiva, pois são destinados acompanhamentos necessários para investigação clínica para efetiva conduta assistencial.

Enquanto aspectos demográficos dos idosos, não se identificou nenhuma associação significativa com a satisfação dos idosos nos serviços do SUS. A variável sexo obteve ( $p = 0,147$ ), já a variável raça ( $p = 0,876$ ), a variável aposentado apresentou ( $p = 0,689$ ), estado civil ( $p = 0,910$ ) e plano de saúde ( $p = 0,076$ ). As variáveis demográficas não interferem na satisfação dos serviços ofertados, e sim variáveis como demandas assistenciais (curativos vacina, orientação, medicação, consultas médicas, exames laboratoriais), assistência multiprofissional da equipe de enfermagem, médico e ACS são fatores que fortalecem o vínculo dos idosos com os serviços do SUS e, por conseguinte, a ESF é entendida como o serviço em que apresentam mais satisfação quando comparada aos serviços de urgência e emergência e odontológicos.

## 8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Após a realização desta pesquisa, foi possível concluir que os idosos deste estudo foram predominantemente mulheres, 67,1% (n=381), raça branca, 82,7% (n=470), sendo que 48,1% (n=263) são casados, a maioria possui casa própria, 87,9% (n=499), apresentam baixa renda, 68,7% (n=390), e convivem semanalmente com seus familiares, 86,6% (n=492). Em relação à utilização de plano de saúde, 65,5% (n=372) apresentam somente o SUS como mecanismo de acesso ao cuidado e à assistência à saúde, 91,2% (n=518) utilizaram o SUS nos últimos 12 meses para vacinação, consultas, exames, atendimento de urgência e emergência, serviços odontológicos internação ou para pegar medicamentos.

Referente ao acesso aos serviços do SUS, acolhimento, 65,7% (n=373) afirmaram que o serviço foi resolutivo dentro da estrutura disponibilizada. Contextualizados na territorialidade, observou-se que 49,8% (n=283) esperam até duas horas para serem assistidos e somente 20,4% (n=116) dos idosos referiram ser atendidos no dia em que procuraram a ESF, situação que os coloca em vulnerabilidade. Nesse sentido, há que se criar metodologias que acolham de forma mais efetiva, considerando as peculiaridades do ser idoso e a observância do estatuto do idoso.

Quanto à sistemática do atendimento do idoso referente a encaminhamentos relacionada ao tempo utilizado no processo da assistência dos idosos, 38,7% (n=220) receberam necessários fluxos assistenciais que vão além dos existentes na unidade-base do idoso, em sua maioria para exames laboratoriais e de radioimagem, bem como para especialidades e medicamentos. Contudo, aspectos relacionados à medicação como gestão e acessibilidade seria necessário dispor na unidade tratamento inicial das comorbidades apresentadas pelo idoso, que implicaria em melhor qualidade assistencial, pois muitos em momento da enfermidade não conseguem locomover-se devido a lugares longínquos, fator este que interfere enquanto agravo e consequente reabilitação de seu estado de saúde.

A satisfação geral dos serviços ofertados pelo SUS com significância estatística foi em relação aos procedimentos ambulatoriais, imunização, orientação, consultas médicas, exames de laboratório e de imagem e medicalização.

Ao identificar que também ocorreu baixa procura pelos serviços de urgência e emergência, pode-se dizer que a territorialidade, com a prerrogativa de porta de entrada ao SUS, tem se mostrada resolutiva, com manejos assistenciais multidisciplinares capazes de absorver as demandas de saúde dos idosos na unidade adscrita destes. Tecnologias leves vem a contribuir na ESF para resolutividade nas ações do cuidado ao ser humano.

Referente à atuação multiprofissional, a assistência da equipe de enfermagem, médico, ACS foi estatisticamente significativa, contribuindo para adesão SUS, apenas não houve associação com o profissional dentista. Nesse contexto emerge pensar em elaborar e executar ações voltadas à saúde bucal do idoso na ABS, pois ocorre baixa procura a esse serviço pelos usuários idosos. Ações associativas entre cuidado com a saúde nas ESFs com os serviços de odontologia são salubres para que ocorra uma assistência mais integralizada em rede na ABS.

A presente pesquisa aponta indicadores importantes enquanto satisfação dos serviços ofertados pelo SUS, em suas contextualizações gerais, de acesso, territorialidade, acolhimento, encaminhamentos, demandas assistenciais mais procuradas pelos idosos e avaliação da equipe multiprofissional. Assim, esta contribui para gestão do serviço local investigado, pois desenha as situações de serviços ofertados pelo SUS ao idoso. Porém a realidade traz limitações inerentes ao desenho transversal, pois apesar de introduzir a discussão de informações relevantes quanto à satisfação de idosos perante os serviços assistenciais prestados pelo SUS. foi possível realizar associações, mas não permitiu analisar uma relação de causa e efeito entre as variáveis estudadas.

Desse modo, observa-se a necessidade de seguimento com pesquisas qualitativas com base nos achados da pesquisa, bem como estudos longitudinais acerca da temática, tendo em vista que o envelhecimento humano é uma evidência da progressão numérica da população brasileira, sendo imprescindível olhar para as particularidades desse segmento da população e obter indicadores para melhorar paulatinamente a qualidade da assistência e dos serviços ofertados aos idosos do Brasil.

## 9 CONCLUSÕES

A investigação apresentada neste estudo destinou-se a analisar a satisfação dos usuários idosos do Sistema Único de Saúde de um município do interior do estado do Rio Grande do Sul quanto à assistência multiprofissional nas redes de atenção ofertadas pelos serviços de saúde pública.

Os aspectos sociodemográficos dos participantes deste estudo apontam que 67,1% (n=381) são do sexo feminino e 38,9% (n=187) são do sexo masculino. Em relação à raça, houve maior participação das raças branca, 82,7% (n=470), preta, 11,3% (n=64), e parda, 5,3% (n=30). Em relação ao estado civil, 48,1% (n=263) dos idosos são casados e 31,3% (n=178) são viúvos.

Dos 568 idosos, 76,1% (n=472) são aposentados. Referente à renda, os idosos caracterizam-se por serem de baixa renda, pois 68,7% (n=390) recebem entre um e dois salários mínimos e 10,6% (n=60) recebem menos que um salário mínimo. Quanto à moradia, a maioria dos participantes apresenta casa própria, 87,9% (n=499). A maioria dos idosos vive com seus cônjuges 48,1% (n=273), sequenciados por viverem com familiares, 32,2% (n=183), e apenas 18,1% (n=103) moram sozinhos.

Grande parte dos idosos apresenta convívio semanal com seus familiares, 86,6% (n=492), e 13,4% (n=76) referem não ter essa prática. Em relação ao plano de saúde, 65,5% (n=372) apresentam somente o SUS como mecanismo de acesso ao cuidado e à assistência à saúde. Cerca de 91,2% (n=518) utilizaram o SUS nos últimos 12 meses.

Quanto às demandas assistenciais, prioritariamente, cerca de 78,2% (n=568) utilizaram o SUS para vacinação, curativos e orientação. O acesso à medicação foi uma demanda expressiva com 74,8% (n=425). A consulta médica foi utilizada por 72,4% (n=411) idosos. Já a demanda exames de laboratório e radioimagem, 61,8% (n= 351) não realizaram nenhuma avaliação dos serviços de saúde, bem como 97,2% (n=552) não utilizaram serviços de urgência e emergência/SAMU, e somente 12% (n=68) dos idosos procuraram assistência em saúde bucal.

Dessa forma, os idosos são acolhidos pela Atenção Básica para usufruírem do SUS, aferindo disponibilidade e infraestrutura na assistência por meio dos serviços acima mencionados. Ao refletir se ocorre a descentralização dos serviços, pode-se dizer que sim, pois todas as práticas de cuidados são ofertadas em cada ESFs. Ao identificar acesso, relação usuário-profissional de saúde, territorialidade e descentralização, a pesquisa mostrou que idosos que acessam o SUS não permanecem por longos períodos de espera na assistência em



ESFs. Cerca de 49,8% (n=283) esperam até duas horas, e 20,4% dos idosos referiram ser atendidos no dia em que procuraram o serviço. Nesse sentido, urge a possibilidade de estruturar os serviços de forma que amplie o percentual de idosos atendidos no dia de acesso aos serviços, pois a espera gera certa vulnerabilidade ao idoso.

Contudo, 67,8% (n=385) recomendam os serviços para demais pessoas da unidade de saúde ao qual territorialmente estão adscritos. Ainda referente à relação usuário-profissional de saúde, os idosos consideram como bons os serviços ofertados pelos profissionais dentista, enfermeiros, médicos e ACS. Há que se refletir estratégias para ampliar o conceito assistencial desses profissionais de saúde para muito bom.

No que se refere aos encaminhamentos realizados aos idosos no SUS, obteve-se mais ênfase nas ESFs, 56% (n=218) obtiveram essa atenção. A procura por consulta médica é referida pelo idosos. Assim são realizados encaminhamentos assistenciais na própria unidade e, se necessário, são direcionados aos serviços de laboratório, radioimagem e consultas com especialidades, serviços de urgência e emergência que as ESFs não possuem, mas a Rede de Atenção básica disponibiliza.

Ocorre que as ESFs buscam absorver as demandas na unidade, porém necessitam de auxílio para a atenção secundária e terciária enquanto serviços de urgência e emergência. Já os serviços de odontologia não são enfatizados como demanda significativa de cuidados com a saúde pelos idosos. Essa situação precisa ser refletida com possibilidades de planejamento situacional para esse ciclo de vida ou em processo de envelhecimento, com vistas à promoção de saúde com ênfase no autocuidado em saúde bucal como aspecto importante também a ser considerado no envelhecimento ativo.

Em relação à satisfação geral dos serviços ofertados pelo SUS, observou-se que 40,7% (n=231) referiram boa satisfação e 0,9% (n=5) como muito bom. Nos dados que apresentam classificações como muito ruim, 7% (n=4), ruim, 16,5% (94), e regular, 32,4% (184), obtêm-se 49,6% (n=282). Foram identificados alguns fatores que podem interferir na avaliação do serviço ao idoso, como práticas de humanização, acolhimento, resolutividade no cuidado realizado pela equipe multiprofissional, efetivação dos encaminhamentos necessários, acesso à medicalização, sequenciamento assistencial nas redes de atenção dos serviços de urgência e emergência. Na pesquisa, evidenciou-se que ocorrem agendamentos para consultas ao idoso, na qual somente 20,5% são atendidos no dia que procuram os serviços em sua territorialidade nas ESFs.

A presente pesquisa, portanto, possibilita refletir em propriedade com gestores municipais sobre os resultados e as discussões apontadas neste estudo. Pode-se pensar em

proponer estudio longitudinal desses participantes a fim de identificar se as vulnerabilidades encontradas foram sanadas, principalmente na adesão aos serviços de odontologia, fragilização do cuidado ao idoso por meio de agendamento desses participantes, que o coloca, de certa forma, em risco enquanto processo saúde e doença, acrescido ainda de acompanhar a avaliação do grau de satisfação da assistência desse grupo social ofertada pelo SUS.

## REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, A. N. O acesso aos serviços de saúde pelos idosos no Brasil com base na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) entre 1998 e 2008. **Jornal Brasileiro de Economia da Saúde**, v. 7, n. 1, p. 43-52, 2015. Disponível em: <http://files.bvs.br/upload/S/2175-2095/2015/v7n1/a4755.pdf>. Acesso em: 10 maio 2018.
- ALMEIDA, R. T.; CIOSAK, S. I. Comunicação do idoso e equipe de Saúde da Família: há integralidade? **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 21, n. 4, 2013. Disponível em: [http://www.scielo.br/pdf/rlae/v21n4/pt\\_0104-1169-rlae-21-04-0884.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v21n4/pt_0104-1169-rlae-21-04-0884.pdf). Acesso em: 10 jun. 2018.
- ALONSO, C. M. C.; BEGUIN, P. D.; DUARTE, F. J. C. M. Trabalho dos agentes comunitários de saúde na Estratégia Saúde da Família: metassíntese. **Revista de Saúde Pública**, v. 52, n. 14, 2018. doi: <http://dx.doi.org/10.11606/s1518-8787.2018052000395>.
- ANTUNES, M. H.; SOARES, D. H. P.; SILVA, N. Orientação para aposentadoria nas organizações: histórico, gestão de pessoas e indicadores para uma possível associação com a gestão do conhecimento. **Perspectivas em Gestão & Conhecimento**, v. 5, n. 1, p. 43-63, 2015. Disponível em: <http://www.periodicos.ufpb.br/ojs/index.php/pgc/article/view/19114/13421>. Acesso em: 10 abr. 2018.
- ARANTES, L. J.; SHIMIZU, H. E.; MERCHÁN-HAMANN, E. Contribuições e desafios da estratégia saúde da Família na Atenção Primária à saúde no Brasil: revisão da literatura. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, n. 5, p. 1499-1509, 2016. doi: 10.1590/1413-81232015215.19602015.
- ASSIS, V. G.; MARTA, S. N.; DE CONTI, M. H. S.; GATTI, M. A. N.; SIMEÃO, S. F. A. O.; VITTA, A. Prevalência e fatores associados à capacidade funcional de idosos na Estratégia Saúde da Família em Montes Claros, Minas Gerais, Brasil. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 17, n. 1, p. 153-163, 2014. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S1809-98232014000100015>.
- ATUN, R.; ANDRADE, L. O. M.; ALMEIDA, G.; COTLEAR, D.; DMYTRACZENKO, T.; FRENZ, P. *et al.* Health-system reform and universal health coverage in Latin America. **Lancet**, v. 385, n. 9.974, p. 1230-1247, 2015. doi: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)61646-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(14)61646-9).
- BARBOSA, A. P.; CONCONE, M. H. V. B. Uma proposta de paradigma: capacidade funcional e qualidade de vida de idosos. In: FONSECA, S. C. (Org.). **O envelhecimento ativo e seus fundamentos**. São Paulo: Portal Edições: Envelhecimento, 2016. p. 99-110.
- BOLZAN, L. C. *et al* Ouvidoria ativa: a inovação das pesquisas de satisfação na ouvidoria-geral do SUS. In: CONGRESSO CONSAD DE GESTÃO PÚBLICA, 5, Brasília, 2012. **Anais...** Brasília, 2012. Disponível em: <http://www.sgc.goias.gov.br/upload/arquivos/2013-03/ouvidoria-ativa-a-inovacao-das-pesquisas-de-satisfacao-na-ouvidoria-geral-do-sus.pdf>. Acesso em: 13 maio 2018.
- BONATO, V. L. Gestão de qualidade em saúde: melhorando assistência ao cliente. **O Mundo da Saúde**, v. 35, n. 5, p. 319-331, 2011.

BORGES, L. M.; SEIDL, E. M. F. Saúde autopercebida e qualidade de vida de homens participantes de intervenção psicoeducativa para idosos. **Psico-USF**, v. 19, n. 3, p. 421-431, 2014. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-82712014019003005>.

BRANDAO, A. L. R. B. S.; GIOVANELLA, L.; CAMPOS, S. C. A. Avaliação da atenção básica pela perspectiva dos usuários: adaptação do instrumento Europep para grandes centros urbanos brasileiros. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, n. 1, p. 103-114, 2013. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232013000100012>.

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Número de idosos cresce 18% em 5 anos e ultrapassa 30 milhões em 2017. **Agência IBGE Notícias**, 26 abr. 2018. Disponível em: <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-noticias/2012-agencia-de-noticias/noticias/20980-numero-de-idosos-cresce-18-em-5-anos-e-ultrapassa-30-milhoes-em-2017.html>. Acesso em: 6 maio 2018.

\_\_\_\_\_. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **A atenção primária e as redes de atenção à saúde**. Brasília: CONASS, 2015. Disponível em: <http://www.conass.org.br/biblioteca/pdf/A-Atencao-Primaria-e-as-Redes-de-Atencao-a-Saude.pdf>. Acesso em: 25 abr. 2018.

\_\_\_\_\_. **Diretrizes para o cuidado das pessoas idosas no SUS**: proposta de modelo de atenção integral. 2014. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes\\_cuidado\\_pessoa\\_idosa\\_sus.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_cuidado_pessoa_idosa_sus.pdf). Acesso em: 28 jun. 2018.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Estatuto do idoso**. 3. ed., 2. reimpr. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estatuto\\_idoso\\_3edicao.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estatuto_idoso_3edicao.pdf). Acesso em: 30 abr. 2018.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução n. 466, de 12 de dezembro de 2012**. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466\\_12\\_12\\_2012.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html). Acesso em: 30 abr. 2018.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica Participativa – Ouvidoria Geral do SUS. **Relatório de pesquisa**: relatório preliminar da pesquisa de satisfação com cidadãos usuários e não usuários do SUS quanto aos aspectos de acesso e qualidade percebida na atenção de saúde e ou/urgência e emergência, mediante inquérito amostral. 2011a. Disponível em: <http://www.cosemssp.org.br/downloads/satisfacao-usuarios.pdf>. Acesso em: 30 abr. 2018.

\_\_\_\_\_. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Sistema Único de Saúde**. Brasília: CONASS, 2011b. Disponível em: [http://www.conass.org.br/bibliotecav3/pdfs/colecao2011/livro\\_1.pdf](http://www.conass.org.br/bibliotecav3/pdfs/colecao2011/livro_1.pdf). Acesso em: 26 abr. 2018.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria n. 2.488, de 21 de outubro de 2011**. 2011c. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Disponível em:

[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488\\_21\\_10\\_2011.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html). Acesso em: 26 abr. 2018.

\_\_\_\_\_. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Relatório de Pesquisa de Satisfação dos Usuários do SUS**. Brasília: CONASS, 2011d.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. 4. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2007. Disponível em:

[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_nacional\\_atencao\\_basica\\_4ed.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_atencao_basica_4ed.pdf). Acesso em: 25 abr. 2018.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria n. 2.528, de 19 de outubro de 2006**. 2006a. Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. Disponível em:

[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt2528\\_19\\_10\\_2006.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt2528_19_10_2006.html). Acesso em: 28 jan. 2018.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria n. 399, de 22 de fevereiro de 2006**. 2006b. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. Disponível em:

[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0399\\_22\\_02\\_2006.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0399_22_02_2006.html). Acesso em: 2 abr. 2016.

\_\_\_\_\_. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). **Projeção da população do Brasil por sexo e idade para o período 1980-2050 – estimativas anuais e mensais da população do Brasil e das unidades da Federação: 1980-2020**. 2004. Disponível em: [https://ww2.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/projecao\\_da\\_populacao/metodologia.pdf](https://ww2.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/projecao_da_populacao/metodologia.pdf). Acesso em: 10 maio 2018.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução n. 333, de 4 de novembro de 2003**. 2003a. Aprova as diretrizes para criação, reformulação, estruturação e funcionamento dos Conselhos de Saúde. Disponível em:

[http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/livros/resolucao\\_333.pdf](http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/livros/resolucao_333.pdf). Acesso em: 20 abr. 2018.

\_\_\_\_\_. **Lei n. 10.741, de 1º de outubro de 2003**. 2003b. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. Disponível em:

[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/2003/L10.741.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/L10.741.htm). Acesso em: 2 abr. 2018.

\_\_\_\_\_. **Portaria n. 702, de 12 de abril de 2002**. Disponível em:

[http://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/Portaria\\_702.pdf](http://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/Portaria_702.pdf). Acesso em: 2 abr. 2018.

\_\_\_\_\_. **Decreto n. 1.948, de 3 de julho de 1996**. Regulamenta a Lei nº 8.842, de 4 de janeiro de 1994, que dispõe sobre a Política Nacional do Idoso, e dá outras providências.

Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/decreto/d1948.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/d1948.htm). Acesso em: 20 abr. 2018.

\_\_\_\_\_. **Lei n. 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. Disponível em:

[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l8842.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8842.htm). Acesso em: 20 abr. 2018.

\_\_\_\_\_. **Lei n. 8.142, de 28 de dezembro de 1990**. 1990a. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências

intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l8142.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8142.htm). Acesso em: 30 abr. 2018.

\_\_\_\_\_. **Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990**. 1990b. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l8080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm). Acesso em: 30 abr. 2018.

\_\_\_\_\_. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constituicaocompilado.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm). Acesso em: 20 abr. 2018.

BRITO, M. C. C.; FREITAS, C. A. S. L.; MESQUITA, K. O.; LIMA, G. K. Envelhecimento populacional e os desafios para a saúde pública: análise da produção científica. **Kairós Gerontologia**, v. 16, n. 3, p. 161-178, 2013. Disponível em: <https://revistas.pucsp.br/index.php/kairos/article/view/18552/13738>. Acesso em: 28 jun. 2018.

BRITO, R. S.; FERREIRA, N. E. M. S.; SANTOS, D. L. A. Atividades dos agentes comunitários de saúde no âmbito da Estratégia Saúde da Família: revisão integrativa da literatura. **Saúde & Transformação Social**, v. 5, n. 1, p. 16-21, 2014. Disponível em: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2178-70852014000100004&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2178-70852014000100004&lng=pt&nrm=iso). Acesso em: 22 maio 2018.

CAMPAGNA, A. S.; DUARTE, E. C.; DAUFENBACH, L. Z.; DOURADO, I. Tendência da mortalidade por causas relacionadas à influenza em idosos no Brasil e evidências de plausibilidade de impacto da vacinação, 1992-2005. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 23, n. 1, p. 21-31, 2014. doi: <https://doi.org/10.5123/S1679-49742014000100003>.

CAMPOS, A. C. V.; FERREIRA, E. F.; VARGAS, A. M. D.; GONÇALVES, L. H. T. Perfil do envelhecimento saudável de idosos brasileiros octogenários. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 24, p. e-2724, 2016. doi: [10.1590/1518-8345.0694.2724](https://doi.org/10.1590/1518-8345.0694.2724).

CAMPOS, A. C. V.; REZENDE, G. P.; FERREIRA, E. F.; VARGAS, A. M. D.; GONÇALVES, L. H. T. Funcionalidade familiar de idosos brasileiros residentes em comunidade. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 30, n. 4, 2017. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1982-0194201700053>.

CANCELA, D. M. G. **O processo de envelhecimento**. 2008. Disponível em: <http://www.psicologia.pt/artigos/textos/TL0097.pdf>. Acesso em: 28 jun. 2018.

CAPUCHO, H. C.; SALOMON, F. C. R.; VIDA, Á. T.; LOULY, P. G.; SANTOS, V. C. C.; PETRAMALE, C. A. Incorporação de tecnologias em saúde no Brasil: novo modelo para o Sistema Único de Saúde. **BIS – Boletim do Instituto de Saúde**, v. 13, n. 3, 2012. Disponível em: <http://periodicos.ses.sp.bvs.br/pdf/bis/v13n3/v13n3a03.pdf>. Acesso em: 30 abr. 2018.

CASOTTI, E. *et al.* Atenção em saúde bucal no Brasil: uma análise a partir da avaliação externa do PMAQ-AB. **Saúde Debate**, v. 38, n. spe, p. 140-157, 2014. doi: <http://dx.doi.org/10.5935/0103-1104.2014s011>.

CASTRO, T. A. *et al.* Agentes comunitários de saúde: perfil sociodemográfico, emprego e satisfação com o trabalho em um município do semiárido baiano. *Cadernos Saúde Coletiva*, v. 25, n. 3, p. 294-301, 2017. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1414-462x201700030190>.

CAVALCANTI, P. B.; LUCENA, P. L. C.; LUCENA, C. M.; MIRANDA, A. P. R. S. Formação de recursos humanos para o SUS: uma análise da Residência Multiprofissional. *Interface*, v. 14, 2016.

CIOSAK, S. I.; BRAZ, E.; COSTA, M. F. B. N. A.; NAKANO, N. G. R.; RODRIGUES, J.; ALENCAR, R. A.; ROCHA, A. C. A. L. Senescence and senility: the new paradigm in primary health care. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, v. 45, suppl. 2, p. 1761-1765, 2011. Disponível em: [http://www.scielo.br/pdf/reecusp/v45nspe2/en\\_22.pdf](http://www.scielo.br/pdf/reecusp/v45nspe2/en_22.pdf). Acesso em: 10 abr. 2018.

COCKELL, F. F. Idosos aposentados no mercado de trabalho informal: trajetórias ocupacionais na construção civil. *Psicologia & Sociedade*, v. 26, n. 2, p. 461-471, 2014. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-71822014000200022>.

COSTA *et al.* Importância do enfermeiro da estratégia Saúde da família na atenção domiciliar: uma Revisão de literatura. *Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research –BJSCR*, v. 20, n. 2, p. 162-168, 2017.

COSTA, C. M. F. N.; SILVEIRA, M. R.; ACURCIO, F. A. *et al.* Utilização de medicamento pelos usuários da atenção primária do Sistema Único de Saúde. *Revista de Saúde Pública*, v. 51, supl. 2, 2017. doi: <http://dx.doi.org/10.11606/s1518-8787.2017051007144>.

COUTINHO, A. T.; POPIM, R. C.; CARREGÃ, K.; SPIRI, W. C. Integralidade do cuidado com o idoso na estratégia de saúde da família: visão da equipe. *Escola Anna Nery*, v. 17, n. 4, p. 628-637, 2013. doi: 10.5935/1414-8145.20130005.

CRAIGS, C. L.; TWIDDY, M.; PARKER, S. G.; WEST, R. M. Understanding causal associations between self-rated health and personal relationships in older adults: A review of evidence from longitudinal studies. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, v. 59, n. 2, p. 211-226, 2014. doi: <https://doi.org/10.1016/j.archger.2014.06.009>.

CRUZ ALTA. **Dados gerais**. 2018. Disponível em: <https://cruzalta.atende.net/#!/tipo/pagina/valor/36>. Acesso em: 13 maio 2018.

\_\_\_\_\_. **Plano plurianual 2018-2021**. 2018. Disponível em: [https://cruzalta.atende.net/atende.php?rot=50012&aca=737&ajax=t&processo=executaDownloadAnexo&ajaxPrevent=1527808444812&id\\_arquivo=6CA2F04930921004C7B105FAA63867E1FB6947D6](https://cruzalta.atende.net/atende.php?rot=50012&aca=737&ajax=t&processo=executaDownloadAnexo&ajaxPrevent=1527808444812&id_arquivo=6CA2F04930921004C7B105FAA63867E1FB6947D6). Acesso em: 28 jun. 2018.

\_\_\_\_\_. Secretaria Municipal de Saúde. **Plano Municipal de Saúde 2010-2013**. Cruz Alta, 2010.

CRUZ, L. C. M.; PARENTE, A. S.; MESQUITA, F. O. S.; JERONIMO, A. S. Satisfação dos usuários com os serviços do Sistema Único de Saúde – SUS em um município do sertão de Pernambuco. *Id On-Line Revista Multidisciplinar em Psicologia*, v. 11, n. 39, 2017. doi: <https://doi.org/10.14295/idonline.v12i39.984>.

- DALMOLIN, B. B. *et al.* Significados do conceito de saúde na perspectiva de docentes da área da saúde. **Escola Anna Nery**, v. 15, n. 2, 2011. Disponível em: [http://revistaenfermagem.eean.edu.br/detalhe\\_artigo.asp?id=658](http://revistaenfermagem.eean.edu.br/detalhe_artigo.asp?id=658). Acesso em: 8 jun. 2018.
- DESTRO, J. R.; BOING, A. F.; D'ORSI, E. Fatores associados à realização de consultas médicas por idosos no Sul do Brasil: estudo de base populacional. **Revista Brasileira de Epidemiologia**. doi: 10.1590/1809-4503201400030010.
- DOMINGUES, M. A.; ORDONEZ, T. N.; SILVA, T. B. L.; TORRES, M. J.; BARROS, T. C.; FLORINDO, A. A. Redes de relações sociais dos idosos residentes em Ermelino Matarazzo, São Paulo: um estudo epidemiológico. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 16, n. 1, p. 49-59, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbgg/v16n1/a06v16n1.pdf>. Acesso em: 8 jun. 2018.
- DUARTE, C. M. R.; PEDROSO, M. M.; BELLIDO, J. G.; MOREIRA, R. S.; VIACAVAL, F. Regionalização e desenvolvimento humano: uma proposta de tipologia de Regiões de Saúde no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 31, n. 6, p. 1163-1174, 2015. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00097414>.
- DUTRA, C. E. S. V.; SANCHEZ, H. F. 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**, v. 18, n. 1, p. 179-188, 2015. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1809-9823.2015.13184>.
- FAGUNDES, S. N. Humanização da assistência de enfermagem frente ao paciente idoso na estratégia de saúde da família. **Facider**, n. 09, 2015. Disponível em: <http://seicesucol.edu.br/revista/index.php/facider/article/view/143/178>. Acesso em: 10 jun. 2018.
- FERNANDES, M. T. O.; SOARES, S. M. O desenvolvimento de políticas públicas de atenção ao idoso no Brasil. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 46, n. 6, 2012. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342012000600029>.
- FERREIRA, V. M. F.; RUIZ, T. R. Atitudes e conhecimentos de Agentes Comunitários de Saúde e suas relações com idosos. **Revista de Saúde Pública**, v. 46, n. 5, p. 843-849, 2012. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102012000500011>.
- FONSECA, L. M. S. F.; BITTAR, C. M. L. Dificuldades no atendimento ao idoso: percepções de profissionais de enfermagem de unidades de saúde da família. **RBCEH**, Passo Fundo, v. 11, n. 2, p. 178-192, 2014. doi: <http://dx.doi.org/10.5335/rbceh.2012.4080>.
- FRACASSO, L. M.; MAIA, C. F.; NUNES, L. S. Autopercepção de saúde bucal de idosos brasileiros condiz com suas condições clínicas orais? **Journal of the Health Sciences Institute**, v. 36, n. 1, p. 71, 2018. Disponível em: [https://www.unip.br/presencial/comunicacao/publicacoes/ics/edicoes/2018/01\\_jan-mar/V36\\_n1\\_2018\\_p71a76.pdf](https://www.unip.br/presencial/comunicacao/publicacoes/ics/edicoes/2018/01_jan-mar/V36_n1_2018_p71a76.pdf). Acesso em: 28 jun. 2018.
- FRANÇA, C. L. Prevenção e promoção da saúde mental, políticas públicas sobre envelhecimento ativo e educação para aposentadoria. In: MURTA, S. G.; LEANDRO-FRANÇA, C.; SEIDL, J. **Programas de educação para aposentadoria: como planejar, implementar e avaliar**. Novo Hamburgo: Sinopsys, 2014. p. 22-36.



FREITAS, E. V.; PY, L.; NERI, A. L.; CANÇADO, F. A. X. C.; GORZONI, M. L.; DOLL, J. **Tratado de geriatria e gerontologia**. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006.

FREITAS, M. A.; MATTOS, A. T. R.; GOMES, W. Z.; CACCIA-BAVA, M. C. G. G. Quem são, o que falam e quem escuta os pobres? **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, n. 12, 2017. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-812320172212.24852017>.

GALVANI, C.; SILVEIRA, N. D. R. Longevidade e psicomotricidade: envelhecer com qualidade de vida. In: FONSECA, S. C. (Org.). **O envelhecimento ativo e seus fundamentos**. São Paulo: Portal Edições: Envelhecimento, 2016. p. 418-443.

GARCES, S. B. B.; KAEFER, C. T.; BIANCHI, P. D.; HANSEN, D.; ROSA, C. B.; BRUNELLI, A. V.; COSER, J. **Os serviços de atenção básica e alta complexidade do SUS para os idosos e sua distribuição geográfica no município de Cruz Alta-RS**. 2014. Disponível em: <https://home.unicruz.edu.br/seminario/anais/anais-2014/XIX%20SEMIN%20C3%81RIO%20INTERINSTITUCIONAL%202014%20-%20ANAIS/GRADUACAO/Resumo%20Expandido%20Saude%20e%20Biologicas/OS%20SERVICOS%20DE%20ATENCAO%20BASICA%20E%20ALTA%20COMPLEXIDADE%20DO%20SUS%20%20PARA%20OS%20IDOSOS%20E%20SUA%20DISTRIBUICAO%20GEOGRAFICA.pdf>. Acesso em: 28 jun. 2018.

GARCES, S. B. Identificação precoce e previsibilidade de agravos em população idosa atendida pela ESF (Estratégia de Saúde da Família) da cidade de Cruz Alta/RS e sua relação com a inatividade física. **Relatório de Pesquisa**. Cruz Alta: UNICRUZ, 2012.

GESUALDO, G. D.; ZAZZETTA, M. S.; SAY, K. G.; ORLANDI, F. S. Fatores associados à fragilidade de idosos com doença renal crônica em hemodiálise. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, n. 11, p. 3493-3498, 2016. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-812320152111.18222015>.

GOMIDE, M. F. S. *et al.* A satisfação do usuário com a atenção primária à saúde: uma análise do acesso e acolhimento. **Interface**, Botucatu, v. 22, n. 65, p. 387-398, 2018. doi: [Http://dx.doi.org/10.1590/1807-57622016.0633](http://dx.doi.org/10.1590/1807-57622016.0633).

GONÇALVES, J. R.; VERAS, F. E. L.; MATOS, A. C. M.; LIMA, I. S. A. Avaliação da satisfação dos pacientes submetidos à intervenção fisioterapêutica no município de Campo Maior, PI. **Fisioterapia em Movimento**, v. 24, n. 1, 2011. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-51502011000100006>.

GONÇALVES, L. H. T. A complexidade do cuidado na prática cotidiana da enfermagem gerontogeriatrica. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 13, n. 3, 2010. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S1809-98232010000300016>.

GONTIJO, C. F.; MAMBRINI, J. V. M.; LUZ, T. V. M.; LOYOLA FILHO, A. I. Associação entre incapacidade funcional e capital social em idosos residentes em comunidade. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 19, n. 3, p. 471-483, 2016. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1980-5497201600030001>.

GOUVEIA, G. C.; SOUZA, W. V.; LUNA, C. F.; SOUZA-JÚNIOR, P. R. B.; SZWARCOWALD, C. L. Satisfação dos usuários do sistema de saúde brasileiro: fatores associados e diferenças regionais. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 12, n. 3, 2009. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S1415-790X2009000300001>.

HAIKAL, D. S. A.; MOREIRA, P. A. M. B. Autopercepção da saúde bucal e impacto na qualidade de vida do idoso: uma abordagem quanti-qualitativa. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. 7, p. 3317-3329, 2011. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232011000800031>.

HARARI, K.; LOPES, R. G. C. Envelhecer com as mãos no barro. Narrativas sobre um viver criativo. In: FONSECA, S. C. (Org.). **O envelhecimento ativo e seus fundamentos**. São Paulo: Portal Edições: Envelhecimento, 2016. p. 112-130.

KALACHE, A. O mundo envelhece: é imperativo criar um pacto de solidariedade social. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 13, n. 4, p. 1107-1111, 2008. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232008000400002>.

KREUZ, G.; FRANCO, M. H. P. O luto do idoso diante das perdas da doença e do envelhecimento – revisão sistemática de literatura. **Arquivos Brasileiros de Psicologia**, v. 69, n. 2, p. 168-186, 2017. Disponível em: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1809-52672017000200012](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-52672017000200012). Acesso em: 10 maio 2018.

KÜCHEMANN, B. A. Envelhecimento populacional, cuidado e cidadania: velhos dilemas e novos desafios. **Sociedade e Estado**, v. 27, n. 1, p. 165-180, 2012. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-69922012000100010>.

LIMA, T. J. V.; ARCIERI, R. M.; GARBIN, C.; MOIMAZ, S. A.; SALIBA, O. Humanização na atenção básica de saúde na percepção de idosos. **Saúde & Sociedade**, v. 23, n. 1, p. 265-276, 2014. doi: 10.1590/S0104-12902014000100021.

LOBATO, M. S. A. Saúde do idoso: reflexões sobre o atendimento e o nível de satisfação dos idosos inseridos no Programa HIPERDIA. In: JORNADA INTERNACIONAL DE POLÍTICAS PÚBLICAS, VI, São Luís, 2013. **Anais...** Universidade Federal do Maranhão, São Luís, 2013. Disponível em: <http://www.joinpp.ufma.br/jornadas/joinpp2013/JornadaEixo2013/anais-eixo8-direitosepoliticaspUBLICAS/saudedoidoso.pdf>. Acesso em: 10 out. 2017.

MARTINS, A. M. E. B. L.; JARDIM, L. A.; SOUZA, J. G. S.; RODRIGUES, C. A. Q.; FERREIRA, R. C.; PORDEUS, I. A. A avaliação negativa dos serviços odontológicos entre idosos brasileiros está associada ao tipo de serviço utilizado? **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 17, n. 1, p. 71-91, 2014. doi: <https://doi.org/10.1590/1415-790X201400010007ENG>.

MARUCCI, M. F. N.; ALVES, R. P.; GOMES, M. M. B. C. Nutrição na geriatria. In: SILVA, S. M. C.; MURA, J. D. P. **Tratado de alimentação, nutrição e dietoterapia**. São Paulo: Roca, 2007. p. 391-416.

MASULO, I. F. L. **O atendimento ao idoso na unidade de saúde da família: um estudo de representações sociais**. Natal, 2015.

MELO, L. A.; FERREIRA, L. M. B. M.; SANTOS, M. M.; LIMA, K. C. Fatores socioeconômicos, demográficos e regionais associados ao envelhecimento populacional. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 20, n. 4, 2017. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1981-22562017020.170004>

MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.

MENDES, J. L. V.; SILVA, S. C.; SILVA, G. R.; SANTOS, N. A. R. Aumento da População idosa no Brasil e o envelhecimento nas últimas décadas: uma revisão da literatura. **Revista Educação Meio Ambiente e Saúde**, v. 8, n. 1, 2018.

MENEZES, J. N. R.; TOMAZ, B. S.; PONTES, V. F.; BELCHIOR, L. D. A autopercepção de idosas sobre o processo de envelhecimento. **Estudos Interdisciplinares sobre o Envelhecimento**, v. 21, n. 1, p. 135-148, 2016. Disponível em: <http://seer.ufrgs.br/index.php/RevEnvelhecer/article/view/59349/40720>. Acesso em: 22 jan. 2018.

MINAYO, M. C. S. O envelhecimento da população brasileira e os desafios para o setor saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 28, n. 2, p. 208-209, 2012. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2012000200001>.

MIRANDA, G. M. D.; MENDES, A. C. G.; SILVA, A. L. A. O envelhecimento populacional brasileiro: desafios e consequências sociais atuais e futuras. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 19, n. 3, p. 507-519, 2016. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1809-98232016019.150140>.

MISHIMA, S. M.; CAMPOS, A. C.; MATUMOTO, S.; FORTUNA, C. M. Satisfação do usuário sob a perspectiva da responsividade: estratégia para análise de sistemas universais? **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 24, p. e267, 2016. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.1089.2674>.

MOIMAZ, S. A. S.; MARQUES, J. A. M.; SALIBA, O.; GARBIN, C. A. S.; ZINA, L. G.; SALIBA, N. A. Satisfação e percepção do usuário do SUS sobre o serviço público de saúde. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 20, n. 4, p. 1419-1440, 2010. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312010000400019>.

MORAES, E. N. **Atenção à saúde do idoso: aspectos conceituais**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012. Disponível em: <http://apsredes.org/pdf/Saude-do-Idoso-WEB1.pdf>. Acesso em: 10 jun. 2018.

MORAES, V. D.; CAMPOS, C. E. A.; BRANDÃO, A. L. Estudo sobre dimensões da avaliação da Estratégia Saúde da Família pela perspectiva do usuário. **Physis**, v. 24, n. 1, p. 127-146, 2014. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312014000100008>.

MORETTO, M. C., FONTAINE, A. M.; GARCIA, C. A. M. S.; NERI, A. L.; GUARIENTO, M. E. Associação entre cor/raça, obesidade e diabetes em idosos da comunidade: dados do Estudo FIBRA. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 32, n. 10, 2016. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00081315>.

MOTA, J. C. D.; VALENTE, J. G.; SCHRAMM, J. M. D. A.; LEITE, I. D. C. A study of the overall burden of oral disease in the state of Minas Gerais, Brazil: 2004-2006. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, n. 7, p. 2167-2178, 2014. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232014197.09312013>.

MOTTA, L. B.; AGUIAR, A. C. Novas competências profissionais em saúde e o envelhecimento populacional brasileiro: integralidade, interdisciplinaridade e

intersetorialidade. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 12, n. 2, 2007. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232007000200012>.

MUNIZ, E. C. S.; GOULART, F. C.; LAZARINI, C. A.; MARIN, M. J. S. Análise do uso de medicamentos por idosos usuários de plano de saúde suplementar. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 20, n. 3, 2017. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1981-22562017020.160111>.

NERI, A. L. **Palavras-chave em gerontologia**. 3. ed. Campinas: Alínea, 2008.

NERI, A. L.; GUARIENTO, M. E. (Orgs.). **Fragilidade, saúde e bem-estar em idosos: dados do estudo FIBRA** Campinas. Campinas: Alínea, 2011.

NOGUEIRA, M. F. **Avaliação multidimensional da qualidade devida em idosos: um estudo no Curimataú ocidental paraibano**. 2016. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2016. Disponível em: [http://repositorio.ufrn.br:8080/jspui/bitstream/123456789/21160/1/MatheuFigueiredoNogueira\\_TESE.pdf](http://repositorio.ufrn.br:8080/jspui/bitstream/123456789/21160/1/MatheuFigueiredoNogueira_TESE.pdf). Acesso em: 23 jan. 2018.

OHARA, E. C. C.; RIBEIRO, M. P. Saúde do idoso. In: OHARA, E. C. C.; SAITO, R. X. (Orgs.). **Saúde da família: considerações teóricas e aplicabilidade**. São Paulo: Martinari, 2008.

OKUNO, M. F. P.; GOMES, A. C.; MEAZZINI, L.; SCHERRER JÚNIOR, G.; BELASCO JUNIOR, D.; BELASCO, A. G. S. Qualidade de vida de pacientes idosos vivendo com HIV/AIDS. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 30, n. 7, p. 1551-1559, 2014. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00095613>.

OLIVEIRA, B. L. C. A.; SILVA, A. M.; SILVA, R. A.; THOMAZ, E. B. A. F. Racial inequalities in the socioeconomic, demographic and health conditions of elderly from Maranhão State, Legal Amazon, Brazil: a population-based study. **Acta Amazonica**, v. 44, n. 3, p. 335-344, 2014. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1809-4392201304403>.

OLIVEIRA, L. P. B. A.; MEDEIROS, L. M. F.; MEIRELLES, B. H. S.; SANTOS, S; M; A. Satisfação da população idosa atendida na Estratégia de Saúde da Família de Santa Cruz. **Texto & Contexto Enfermagem**, v. 23, n. 4, p. 871-879, 2014. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072014000320013>.

OLIVEIRA, R. F. R.; SOUZA, J. G. S.; HAIKAL, D. S.; FERREIRA, E. F.; MARTINS, A. M. E. B. L. Equidade no uso de serviços odontológicos provenientes do SUS entre idosos: estudo de base populacional. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, n. 11, p. 3509-3523, 2016. doi: <https://doi.org/10.1590/1413-812320152111.22532015>.

OLYMPPIO, P. C. A. P.; ALVIM, N. A. T. Jogo de tabuleiro: uma gerontotecnologia na clínica do cuidado de enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 71, supl. 2, p. 818-826, 2018. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0365>.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS (ONU). **Plano de ação internacional de Viena sobre o envelhecimento**. 1978. Disponível em: <http://www.ufrgs.br/e-psico/publicas/humanizacao/prologo.html>.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD (OPS). **Guía Clínica para Atención Primaria a las Personas adultas Mayores**. 3. ed. Washington: OPAS, 2003.

OUVERNEY, A. M.; NORONHA, J. C. Modelos de organização e gestão da atenção à saúde: redes locais, regionais e nacionais. In: FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. **A saúde no Brasil em 2030 – prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro: organização e gestão do sistema de saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz/Ipea/Ministério da Saúde/Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República, 2013. Disponível em: <http://books.scielo.org/id/98kpw/pdf/noronha-9788581100173-06.pdf>. Acesso em: 8 jun. 2018.

PAIM, J. S. **O que é SUS**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009.

PEDRAZA, D. F. *et al.* Acessibilidade às Unidades Básicas de Saúde da Família na perspectiva de idosos. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 3, p. 923-933, 2018. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232018233.1170201>.

PEDRAZA, D. F.; NOBRE, A. M. D.; ALBUQUERQUE, F. J. B.; MENEZES, T. N. Acessibilidade às Unidades Básicas de Saúde da Família na perspectiva de idosos. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 3, 2018. doi: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018233.11702016>.

PEREIRA, A. M. V. B.; SCHNEIDER, R. H.; SCHWANKE, C. H. A. Geriatria, uma especialidade centenária. **Scientia Medica**, v. 19, n. 4, 2009. Disponível em: <http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/scientiamedica/article/download/6253/4734>. Acesso em: 10 abr. 2018.

PEREIRA, B. S.; TOMASI, E. Instrumento de apoio à gestão regional de saúde para monitoramento de indicadores de saúde. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 25, n. 2, p. 411-418, 2016. doi: <http://dx.doi.org/10.5123/s1679-49742016000200019>.

PINHEIRO, G. M. L.; ALVAREZ, A. M.; PIRES, D. E. P. A configuração do trabalho da enfermeira na atenção ao idoso na Estratégia de Saúde da Família. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n. 8, p. 2105-2115, 2012. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232012000800021>.

PINTO, H. A. *et al.* Programa Mais Médicos: avaliando a implantação do Eixo Provimento de 2013 a 2015. **Interface**, v. 21, supl. 1, p. 1087-1101, 2017. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1807-57622016.0520>.

PIRES, M. R. G. M.; GÖTTEMS, L. B. D.; CUPERTINO, T. V.; VALE, L. S. L. L. R.; CASTRO, M. A.; LAGES, A. C. A.; SILVA, T. G.; GOMES, M. M. R.; PIRES, M. A utilização dos serviços de atenção básica e de urgência no SUS de Belo Horizonte: problema de saúde, procedimentos e escolha dos serviços. **Saúde e Sociedade**, v. 22, n. 1, p. 211-222, 2013. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902013000100019>.

PRADO, M. A. M. B.; FRANCISCO, P. M. S. B.; BARROS, M. B. A. Diabetes em idosos: uso de medicamentos e risco de interação medicamentosa. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, n. 11, 2016. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-812320152111.24462015>.

QUEIROZ, Z. P. V.; RUIZ, C. R.; FERREIRA, V. M. Reflexões sobre o envelhecimento humano e o futuro: questões de ética, comunicação e educação. **Kairós Gerontologia**, v. 12,

p. 21-37, 2009. Disponível em:

<https://revistas.pucsp.br/index.php/kairos/article/view/2778/1813>. Acesso em: 10 abr. 2018.

REGO, A. S. R.; RISSARDO, L. K.; SCOLARI, G. A. S. S.; SANCHES, R. C. N. S.; CARREIRA, L.; RADOVANOVIC, C. A. T. Fatores associados ao atendimento a idosos por condições sensíveis à Atenção Primária à Saúde. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 20, n. 6, p. 778-789, 2017. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1981-22562017020.1701>.

REIS, A. A. C.; SÓTER, A. P. M.; FURTADO, L. A. C.; PEREIRA, S. S. S. Tudo a temer: financiamento, relação público e privado e o futuro do SUS. **Saúde em Debate**, v. 40, n. spe, p. 122-135, 2016. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0103-11042016s11>.

REIS, W. G.; SCHERER, M. D. A.; CARCE, D. L. O trabalho do cirurgião-dentista na Atenção Primária à Saúde: entre o prescrito e o real. **Saúde em Debate**, v. 39, n. 104, p. 56-64, 2015. doi: [10.1590/0103-110420151040608](http://dx.doi.org/10.1590/0103-110420151040608).

RIBEIRO, J. M.; MOREIRA, M. R. A crise do federalismo cooperativo nas políticas de saúde no Brasil. **Saúde em Debate**, v. 40, n. spe, 2016. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0103-11042016s02>.

RIBEIRO, R. S. **Necessidades de saúde e Estratégia Saúde da Família**: um estudo de caso. 2010. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) – Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora, 2010.

RINALDI, F. C.; CAMPOS, M. E. C.; LIMA, S. S.; SODRÉ, F. S. O papel da enfermagem e sua contribuição para a promoção do envelhecimento saudável e ativo. **Revista Eletrônica Gestão & Saúde**, v. 4, n. 2, 2013. doi: <http://dx.doi.org/10.18673/gsv4i2.22957>.

RISSARDO, L. K.; REGO, A. S.; SOUZA, G. A. S. *et al.* Idosos atendidos em unidade de pronto-atendimento por condições sensíveis à atenção primária à saúde. **Revista Mineira de Enfermagem**, v. 20, p. e971, 2016. doi: <http://www.dx.doi.org/10.5935/1415-2762.20160041>.

ROCHA, F. S.; GARDENGHI, G.; OLIVEIRA, P. C. Perfil de idosos submetidos à avaliação geriátrica ampla em serviço de reabilitação. **Revista Brasileira em Promoção de Saúde**, v. 30, n. 2, 2017. doi: <http://dx.doi.org/10.5020/18061230.2017.p170>.

ROUQUAYROL, M. Z.; SILVA, M. G. C. **Rouquayrol – Epidemiologia & saúde**. 7. ed. Rio de Janeiro: MedBook, 2013.

SA, P. H. V. O.; CURY, G. C.; RIBEIRO, L. C. C. Atividade física de idosos e a promoção da saúde nas unidades básicas. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 14, n. 2, p. 545-558, 2018. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1981-7746-sip00117>.

SANTOS, C. T. B. D. *et al.* Percurso do idoso em redes de atenção à saúde: um elo a ser construído. **Physis**, v. 26, n. 1, 2016. doi: <https://doi.org/10.1590/s0103-73312016000100005>.

SANTOS, C. T. B.; ANDRADE, L. O. M.; SILVA, M. J.; SOUSA, M. F. Percurso do idoso em redes de atenção à saúde: um elo a ser construído. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 26, n. 1, p. 45-62, 2016. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312016000100005>.

SANTOS, M. A.; MATTOS, I. E. Condições de vida e saúde da população idosa do Município de Guarimiranga-CE. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 20, n. 2, 2011. doi: <http://dx.doi.org/10.5123/S1679-49742011000200008>.

SANTOS, N. R. SUS, política pública de Estado: seu desenvolvimento instituído e instituinte e a busca de saídas. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, n. 1, p. 273-280, 2013. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232013000100028>.

SANTOS, V. C. F.; KALSING, A.; RUIZ, E. N. F.; ROESE, A.; GERHARDT, T. E. Perfil das internações por doenças crônicas não transmissíveis sensíveis à atenção primária em idosos da metade sul do RS. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 34, n. 3, p. 124-131, 2013. <http://dx.doi.org/10.1590/S1983-14472013000300016>.

SCHNEIDER, A. R. S. Envelhecimento e quedas: a fisioterapia na promoção e atenção à saúde do idoso. **Revista Brasileira de Ciências do Envelhecimento Humano**, v. 7, n. 2, 2010. doi: <https://doi.org/10.5335/rbceh.2012.414>.

SERBIM, A. K.; GONÇALVES, A. V. F.; PASKULIN, L. M. G. Caracterização sociodemográfica, de saúde e apoio social de idosos usuários de um serviço de emergência. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 34, n. 1, p. 55-63, 2013. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S1983-14472013000100007>.

SILVA, A. N.; SILVA, S. A.; SILVA, A. R. V.; ARAÚJO, T. M. E.; REBOUÇAS, C. B. A.; NOGUEIRA, L. T. A avaliação da atenção primária a saúde na perspectiva da população masculina. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 71, n. 2, p. 255-263, 2018.

SILVA, A. P. F.; SILVA, L. L. Perfil epidemiológico dos idosos atendidos pelo serviço de atendimento móvel de urgência (SAMU) na cidade de Maceió/AL. **Cadernos de Graduação – Ciências Biológicas e da Saúde Fits**, v. 1, n. 2, p. 135-143, 2013. Disponível em: <https://periodicos.set.edu.br/index.php/fitsbiosauade/article/view/638/377>. Acesso em: 20 abr. 2018.

SILVA, G. É. M.; PEREIRA, S. M.; GUIMARÃES, F. J.; PIRRELLI, J. G. A.; SANTOS, Z. C. Depressão: conhecimento de idosos atendidos em unidades de saúde da Família no município de limoeiro-PE. **Revista Mineira de Enfermagem**, v. 18, n. 1, p. 82-87, 2014. doi: <http://www.dx.doi.org/10.5935/1415-2762.20140007>.

SILVA, K. M. S.; SANTOS, S. M. A. A consulta de enfermagem ao idoso na estratégia de saúde da família: desafios e possibilidades. **Ciências, Cuidado e Saúde**, v. 13, n. 1, p. 49-57, 2014. doi: 10.4025/ciencucuidsaude.v13i1.20128.

SILVIA, K. L.; RODRIGUES, A. T. Promoção da saúde no âmbito da saúde suplementar: relações e tensões entre operadoras, beneficiários e agência reguladora estatal. **Saúde e Sociedade**, v. 24, suppl. 1, p. 193-204, 2015. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902015S01017>.

SIMÕES, C. C. S. **Relações entre as alterações históricas na dinâmica demográfica brasileira e os impactos decorrentes do processo de envelhecimento da população**. Rio de Janeiro: IBGE, Coordenação de População e Indicadores Sociais, 2016. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv98579.pdf>. Acesso em: 10 maio 2018.

SORATTO, J.; PIRES, D. E. P.; DORNELLES, S.; LORENZETTI, J. Estratégia saúde da família: uma inovação tecnológica em saúde. **Texto & Contexto – Enfermagem**, v. 24, n. 2, 2015. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072015001572014>.

SOUZA, E. H. A.; OLIVEIRA, P. A. P.; PAEGLE, A. C.; GOES, P. S. A. Raça e o uso dos serviços de saúde bucal por idosos. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n. 8, p. 2063-2070, 2012. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232012000800017>.

STEFANO, I. C. A.; CONTERNO, C. R. S.; FILHO, C. R. S.; MARIN, M. J. S. Uso de medicamentos por idosos: análise da prescrição, dispensação e utilização num município de porte médio do estado de São Paulo. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, v. 20, n. 5, p. 681-686, 2017. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1981-22562017020.170>.

TERRA, N. L. Cuidados paliativos e envelhecimento humano: aspectos clínicos e bioéticos. **Revista da SORBI**, v. 1, n. 1, p. 12-14, 2013. doi: <http://dx.doi.org/10.18308%2F2318-9983.2013v1n1.15>.

TERRA, N. L.; MORIGUCHI, Y.; CRIPPA, A.; NASCIMENTO, N. M. R. (Orgs.). **Capacitando o cuidador de idosos**. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2017.

TINOS, A. M. F. G.; SALES-PERES, S. H. C.; RODRIGUES, L. C. R. Acesso da população idosa aos serviços de saúde bucal: uma revisão. **RFO UPF**, v. 18, n. 3, 2013. Disponível em: [http://revodonto.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1413-40122013000300015&script=sci\\_arttext&tlng=pt](http://revodonto.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1413-40122013000300015&script=sci_arttext&tlng=pt). Acesso em: 8 jul. 2018.

VANZELLA, E.; LIMA NETO, E. A.; SILVA, C. C. Estruturas hospitalares para atenção à saúde do idoso: um olhar sobre a realidade da cidade de João Pessoa/PB. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**, v. 20, n. 3, p. 203-212, 2016. doi: 10.4034/RBCS.2016.20.03.05.

VELLO, L. S.; POPIM, R. C.; CARAZZI, E. M.; PEREIRA, M. A. O. Saúde do idoso: percepções relacionadas ao atendimento. **Escola Anna Nery**, v. 18, n. 2, p. 330-335, 2014. doi: 10.5935/1414-8145.20140048.

VERAS, R. Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações. **Revista de Saúde Pública**, v. 43, n. 3, p. 548-554, 2009. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102009005000025>.

\_\_\_\_\_. Fórum: envelhecimento populacional e as informações de saúde do PNAD: demandas e desafios contemporâneos. Introdução. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 23, n. 10, p. 2463-2466, 2007. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2007001000020>.

VERAS, R. P.; CALDAS, C. P. Promovendo a saúde e a cidadania do idoso: o movimento das universidades da terceira idade. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 9, n. 2, p. 423-432, 2004. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232004000200018>.

VIANA, K. P. *et al.* Access to continued – use medication among older adults, Brazil. **Revista de Saúde Pública**, v. 49, 14, 2015. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-8910.2015049005352>.

VIANA, P.; STÖBAUS, C.; TERRA, N. **Manual de primeiros socorros para cuidadores de idosos**. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2017.



YONEKURA, T.; QUINTANS, J. R.; KATO, M.; FILHO, A. N. A produção científica sobre a atenção à saúde do idoso nos serviços brasileiros de urgência: uma revisão integrativa. **Revista Saúde & Transformação Social**, v. 6, n. 2, p. 97-113, 2016. Disponível em: <http://www.redalyc.org/html/2653/265345668011/>. Acesso em: 20 jun. 2018.

ZENEVICZ, L.; MORIGUCHI, Y.; MADUREIRA, V. S. F. A religiosidade no processo de viver envelhecendo. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 47, n. 2, 2013. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342013000200023>.

**APÊNDICE A – Perfil sociodemográfico**

1. Data da coleta dos dados:

2. INICIAIS:

3. Endereço:

4. Estado civil:

Solteiro

Casado

Viúvo

Divorciado/separado

Outro

5. Idade:

6. Qual a sua cor/raça:

Branca

Preta

Amarela

Parda

Indígena

Não informada

7. Aposentado:

Sim

Não

8. Profissão atual:

9. Profissão anterior:

12. Qual a renda de sua família:

Menos de 1 salário mínimo

- Entre 1 e 2 salários mínimos
- Maior que 2 até 5 salários mínimos
- Maior que 5 até 10 salários mínimos
- Mais de 10 salários mínimos
- Não informada

13. Moradia:

- Própria
- Alugada
- Outro(s)

14. Tem plano de saúde?

- Sim
- Não

15. Se sim, qual o plano de saúde?

16. Número de filhos:

18. Com quem vive:

- Com cônjuge
- Com familiares
- Sozinho
- Outros

19. Convivência com a família semanal:

- Sim
- Não

## APÊNDICE B – Termo de autorização para a pesquisa

A/C

Gestor (a) Municipal de Saúde  
Prefeitura Municipal de Cruz Alta  
Cruz Alta/RS

Prezado Senhor(a) gestor(a) municipal de Saúde:

Ao cumprimentá-lo cordialmente, vimos por meio desta solicitar a autorização para a realização da Pesquisa ANÁLISE DA SATISFAÇÃO DE IDOSOS QUANTO AOS SERVIÇOS ASSISTENCIAIS PRESTADOS PELO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE, que tem como objetivo geral analisar a satisfação dos usuários idosos do Sistema Único de Saúde de um município do interior do Estado do Rio Grande do Sul quanto à assistência multiprofissional nas redes de atenção ofertadas pelos serviços de saúde pública. A presente pesquisa será realizada por meio da aplicação de questionário aos idosos.

O estudo caracteriza-se por ser uma pesquisa do tipo transversal, descritiva e exploratória com abordagem transversal descritiva exploratória, a fim de determinar a qualidade assistencial ofertada aos idosos.

As dimensões de análise contemplam atenção básica, assistência odontológica, serviços de urgência e emergência, com questões que permitem investigar aspectos importantes, como infraestrutura, acolhimento, relação usuário-profissional de saúde, eficácia ou resolutividade e continuidade assistencial ofertada à população brasileira.

Salienta-se que se trata de uma pesquisa de cunho estritamente científico na qual será garantido o anonimato dos pesquisados, conforme o sigilo dos dados coletados na presente instituição.

A presente pesquisa está relacionada à tese de doutorado do curso *stricto sensu* em Gerontologia Biomédica, da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul. Contando com sua colaboração, agradecemos antecipadamente.

---

Prof. orientador ph.D. Newton Luiz Terra  
Instituto de Geriatria e Gerontologia da PUCRS

---

Cristina Thum Kaefer  
Doutoranda em Gerontologia Biomédica pela PUCRS

## APÊNDICE C – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Pesquisa intitulada: *Análise da satisfação de idosos quanto aos serviços assistenciais prestados pelo Sistema Único de Saúde.*

O(a) senhor(a) está sendo convidado(a) a participar de uma pesquisa que tem por objetivo geral analisar a satisfação dos usuários idosos referente ao Sistema Único de Saúde quanto à assistência nas redes de atenção ofertada pelos serviços de saúde pública. A presente pesquisa está relacionada à tese de doutorado do curso *stricto sensu* em Gerontologia Biomédica da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul.

Sua participação no estudo não trará nenhum risco a sua saúde e lhe proporcionará benefícios que servirão para avaliar os serviços de saúde, contribuindo para uma reflexão sobre a satisfação dos idosos em relação ao SUS enquanto serviços. O estudo apresenta risco mínimo de possível desistência ou preenchimento parcial do questionário respondido pelo participante da pesquisa. Cabe salientar que o TCLE terá duas vias ficando uma com participante da pesquisa e outra com pesquisador.

O(a) Sr.(a) poderá desistir de participar deste estudo a qualquer momento da pesquisa, mesmo após já ter iniciado. Todas as informações e os resultados dessas avaliações serão guardados sob sigilo, resguardando seu anonimato, assim como a ética profissional exige, conforme Resolução CNS 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, Ministério da Saúde. Não haverá despesas pessoais para o(a) Sr.(a) em qualquer fase desta pesquisa. Também não haverá compensações financeiras relacionadas à sua participação. Os dados coletados serão utilizados somente para fins científicos. Em casos de possíveis dúvidas e necessidade de maiores esclarecimentos pertinentes à pesquisa, o(a) participante poderá entrar em contato com o pesquisador deste trabalho, Dr. Newton Luiz Terra, pelos telefones: (0xx51) 3353.6031, (055) 9115-0568 ou pelos e-mails crthumenf@ig.com.br ou terranl@pucrs.br, bem como poderá entrar em contato com o Comitê de Ética da PUCRS pelo telefone (0xx51) 3320-3345, com horário de funcionamento das 8h às 11h30 e das 14h às 17h30, Av. Ipiranga, 6681, prédio 50, sala 703, Porto Alegre/RS – Brasil – CEP 90619-900, Telefone: Fone/Fax: (51) 3320.3345, E-mail: cep@pucrs.br.

Declaro ter sido suficientemente informado sobre os objetivos do estudo em questão e aceito participar como sujeito pesquisado.

Participante da pesquisa: \_\_\_\_\_

CPF/RG participante da pesquisa: \_\_\_\_\_

Pesquisador responsável (Newton Luiz Terra): \_\_\_\_\_

**APÊNDICE D – Artigo submetido para publicação na *Revista Interdisciplinar de Estudos da Saúde***

**Perfil de idosos e sua percepção quanto à satisfação nos serviços de assistência do SUS na Atenção Básica**

**Profile of elderly persons and their perception while satisfaction in SUS assistance services in basic attention**

**Idosos e a satisfação dos serviços assistenciais do SUS**

**Elderly people and the satisfaction of the SUS assistance services**

<sup>1</sup>THUM, Cristina;<sup>2</sup>TERRA, Newton L.;<sup>3</sup> HANSEN, Dinara;<sup>4</sup>MATTOS, Carine Magalhães Zanchi.

*Resumo:* A população idosa vem aumentando mundialmente, o que amplia as demandas assistenciais de saúde a esse ciclo vital. *Objetivo:* identificar o perfil de idosos e sua percepção quanto à satisfação nos serviços de assistência do SUS, relacionando à equipe multiprofissional de saúde que atua na atenção básica. *Método:* pesquisa transversal, descritiva e exploratória. A amostra é composta por idosos com idade igual ou superior a 60 anos. Aplicou-se o questionário de avaliação utilizado pelo Ministério da Saúde. A análise estatística dos dados foi realizada no programa *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) versão 22. As variáveis quantitativas foram calculadas com medidas descritivas de posição e de dispersão; apresentadas as tabelas de distribuição de frequências. *Resultado:* maior participação de mulheres, média de idade dos idosos foi de 70-79 anos ( $\pm 7,82$ ), raça branca 82,7 (n=470), 48,1 (n=263) casados, baixa renda 68,7 (n=390). Convivem semanalmente com seus familiares 86,6% (n=492), 65,5 (n=372); 47,5% (n=270)

---

<sup>1</sup> Cristina Thum, doutoranda em Gerontologia Biomédica, PUCRS, Universidade de Cruz Alta, UNICRUZ. Centro de Ciências da Saúde. Cruz Alta (RS), Brasil. E-mail: crkaefer@unicruz.edu.br

<sup>2</sup> Newton Luiz Terra, Phd Gerontologia Biomédica, PUCRS, Instituto de Geriatria e Gerontologia da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (IGG/PUCRS), Porto Alegre (RS), Brasil. E-mail: terranl@puccrs.br

<sup>3</sup> Dinara Hansen, Doutora em Gerontologia Biomédica (PUCRS), Universidade de Cruz Alta, UNICRUZ. Centro de Ciências da Saúde. Cruz Alta (RS), Brasil. E-mail: dhansen@unicruz.edu.br

<sup>4</sup> Carine Magalhães Zanchi de Mattos, Doutora em Gerontologia Biomédica, Instituto de Geriatria e Gerontologia da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (IGG/PUCRS), Porto Alegre (RS), Brasil. E-mail: carinezanchi@gmail.com

dos idosos entrevistados no acompanhamento avaliaram sua atuação profissional como boa. Em relação aos serviços da equipe de enfermagem, 51,8% (n=294) dos idosos afirmam serem bons; quanto à assistência médica, 44,2% (n=251) categorizaram como bom, serviços de odontologia 8,1% (46). *Conclusão:* a presente pesquisa aponta indicadores importantes no que diz respeito à satisfação dos serviços ofertados pelo SUS. A porta de entrada ao SUS tem se mostrado resolutive, com manejos assistenciais multidisciplinares capazes de absorver as demandas de saúde dos idosos na unidade adscrita.

**Palavras-chave:** Sistema Único de Saúde (SUS). Equipe Multiprofissional. Assistência à Saúde do Idoso.

*Abstract:* The elderly population is increasing worldwide, thus there is an expansion of health care demands for the elderly, as well as integral care. *Objective:* to identify the profile of the elderly and their perception as satisfaction in the SUS assistance services related to the multiprofessional health team that work in basic care. *Method:* transversal, descriptive and exploratory research. the sample composed of elderly people aged 60 years or older. An evaluation questionnaire used by the Ministry of Health was applied. The statistical analysis of the data was carried out in the program statistical package for the social sciences (SPSS) version 22. the quantitative variables were calculated with descriptive measures of position and of dispersion, already for the qualitative variables were presented the tables of distribution of frequencies. *Results:* mean age of the elderly was 70, 79 years ( $\pm$  7.82), white race 82.7 (n = 470), 48.1 (n = 263) married, low income 68.7 (n = 390). They lived with their relatives on a weekly basis, 86.6% (n = 492), 65.5 (n = 372). 47.5% (n = 270) of the elderly interviewed in the follow-up evaluated their professional performance as good. Services of the nursing team, 51.8% (n = 294) of the elderly state that they are good; Regarding health care, 44.2% (n = 251) categorized as good, dental services 8.1% (46). *Conclusion:* the present study points out important indicators as satisfaction of the services offered by the SUS, the door of entry to the SUS has shown to be resolutive, with multidisciplinary care management capable of absorbing the health demands of the elderly in the attached unit.

**Keywords:** Unified Health System (SUS). Multiprofessional team. Health Care of the Elderly.

## INTRODUÇÃO

A população brasileira apresenta uma tendência de envelhecer, com aumento de 4,8 milhões de idosos desde 2012, sendo que no ano de 2017 sinaliza 30,2 milhões. O Rio de Janeiro e o Rio Grande do Sul representam juntos 18,6% da população idosa do Brasil, sendo os estados com maior número de idosos. Já o Amapá apresenta o menor percentual de idosos, com apenas 7,2% da população<sup>1</sup>.

O acelerado crescimento da população idosa é uma realidade mundial e configura-se um desafio para a saúde pública contemporânea<sup>2</sup>. No Brasil, essa mudança demográfica é entendida como uma das mais importantes transformações dos últimos cem anos<sup>3</sup>. Tal evidência molda-se em ritmo acelerado, com implicações na reestruturação social, na assistência à saúde e nas condições do processo de viver.

Inúmeras políticas públicas de saúde voltadas ao idoso encontram-se delineadas, mas cabe aos gestores dos serviços governamentais, em geral, e à equipe de saúde refletir prioridades e fomentar uma política em rede. Os idosos brasileiros vivem majoritariamente na comunidade e na Atenção Primária à Saúde (APS), o que pode ser considerada uma estratégia importante para a não fragmentação do cuidado e para aumentar as redes assistenciais ao idoso por meio da saúde da família<sup>4</sup>. A Atenção Básica de Saúde (ABS) é entendida, no Brasil, como porta de entrada do sistema, e esta necessita estar fortalecida, vigilante na saúde da população idosa, proporcionando garantia de equidade e integralidade na assistência<sup>5</sup>.

A principal forma de acesso à ABS ocorre por meio da Estratégia Saúde da Família (ESF), vista como uma inovação tecnológica em saúde devido aos seus princípios, que foram embasados pelos pressupostos do Sistema Único de Saúde (SUS) alicerçados pela Constituição Federal (CF) de 1988. É importante mencionar que a magnitude da ESF se deve à sua metodologia de assistência, que é norteada em contextualizações de políticas de saúde que desenham um caminho vantajoso para superar os limites da concepção tradicional de pensar e produzir saúde<sup>6</sup>.



Informações em saúde são obtidas pelos Sistemas Nacionais de Informação em Saúde, gerenciados pelo SUS. Os inquéritos regionais, municipais ou nacionais realizados no Brasil tiveram seu início em meados da década de 1990, tendo, dentre estes, a avaliação do grau de satisfação dos usuários do sistema de saúde como um importante indicador a ser considerado no planejamento das ações<sup>7</sup>. Destaca-se que as informações oriundas das fontes de dados secundários dos sistemas de informação em saúde existentes são fundamentais, mas insuficientes para responder às necessidades atuais da gestão do SUS no que concerne à identificação dos problemas e das necessidades de saúde da população brasileira.

Para tanto, objetiva-se identificar o perfil de idosos e sua percepção quanto à satisfação nos serviços de assistência do SUS, relacionando à equipe multiprofissional de saúde que atua na atenção básica.

## MÉTODO

Esta pesquisa caracteriza-se como transversal, descritiva e exploratória. A população foi composta por idosos com idade igual ou superior a 60 anos moradores da cidade de Cruz Alta (RS). A amostra foi selecionada de forma aleatória simples, envolvendo no mínimo 10% da população e sendo composta por idosos do sexo masculino e feminino. Segundo dados de 2013, a população de idosos cadastrada nas ESF é de 4.500, nesta pesquisa participaram 568 idosos. Os critérios de inclusão foram: ter 60 anos ou mais, saber ler e escrever e estar cadastrado nas ESF contempladas no estudo. Como critérios de exclusão tem-se: ter doença mental que não permita a participação das respostas do instrumento de pesquisa, não ser residente no município de Cruz Alta (RS). Como instrumento de coleta de dados utilizou-se o questionário disponibilizado pelo Ministério da Saúde<sup>7-8</sup>, que tem a finalidade de avaliar o grau de satisfação do usuário do SUS quanto ao acesso e à qualidade percebida da atenção básica e dos serviços de urgência e emergência.

A análise estatística dos dados foi realizada no *Statistical Package for the Social Sciences* (IBM/SPSS) – versão 22. Quanto à análise univariada, para a variável quantitativa idade, foram calculadas as medidas descritivas (média e desvio padrão), e para as variáveis qualitativas (aspectos sociodemográficos e instrumento de satisfação do usuário do SUS) foram apresentadas as tabelas de distribuição de frequências. Observaram-se aspectos éticos conforme recomendações da

Resolução n. 466 do Conselho Nacional de Saúde<sup>9</sup>. A pesquisa apresenta registro no CAEE n. 63402816.3.0000.5336, sob parecer n. 1.899.205.

## RESULTADOS

Em relação ao perfil dos idosos, são descritas na Tabela 1 as variáveis como gênero, cor, estado civil, renda, moradia, aposentadoria, com quem vivem e plano de saúde.

Tabela 1 – Perfil sociodemográfico

Variáveis	n	%
Gênero		
Masculino	187	31,9
Feminino	381	67,1
<b>Total</b>	<b>568</b>	<b>100</b>
Raça		
Amarela	1	,2
Branca	470	82,7
Indígena	2	,4
Parda	30	5,3
Preta	64	11,3
Não informada	1	,2
<b>Total</b>	<b>568</b>	<b>100,0</b>
Estado civil		
Casado	263	46,3
Divorciado/separado	41	7,2
Solteiro	72	12,7
Viúvo	178	31,3
Outro	14	2,5
<b>Total</b>	<b>568</b>	<b>100,0</b>
Aposentado		
Sim	432	76,1
Não	136	23,9
<b>Total</b>	<b>568</b>	<b>100,0</b>
Renda		
Menos que um salário mínimo	60	10,6

<b>Variáveis</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Entre um e dois salários mínimos	390	68,7
Maior que dois até cinco salários mínimos	102	18,0
Maior que cinco até 10 salários mínimos	11	1,9
Mais que dez salários mínimos	1	,2
Não informada	4	,7
<b>Total</b>	<b>568</b>	<b>100</b>
Moradia		
Alugada	36	6,3
Própria	499	87,9
Outros	33	5,8
<b>Total</b>	<b>568</b>	<b>100</b>
Com quem vive		
Com cônjuge	273	48,1
Familiares	183	32,2
Sozinho	103	18,1
Outros	9	1,6
<b>Total</b>	<b>568</b>	<b>100,0</b>
Convivência com a família semanalmente		
Sim	492	86,6
Não	76	13,4
<b>Total</b>	<b>568</b>	<b>100,0</b>
Plano de saúde		
Sim	196	34,5
Não	372	65,5
<b>Total</b>	<b>568</b>	<b>100,0</b>

Fonte: A autora (2018).

Em relação ao perfil sociodemográfico dos idosos, obteve-se menor participação do gênero masculino, com 31,9% (n=187); a raça predominante foi a branca, representada por 82,7% (n=470); e 46,3% deles são casados.

No que tange à moradia, cerca de 87,9% (n=499) possuem casa própria. Um dado que chama a atenção refere-se à aposentadoria, uma vez que 23,9% (n=136) não possuem ainda o benefício, embora tenham completado 60 anos de idade. A renda mensal pode ser considerada baixa, visto que 68,7% (n=390) recebem entre um e dois salários mínimos.

Quanto à contextualização de convívio do idoso, observou-se que 18,1% (n=103) moram sozinhos e 86,6% (n=492) convivem semanalmente com seus familiares. Em relação à utilização de plano de saúde, 65,5% (n=372) apresentam somente o SUS como mecanismo de acesso ao cuidado e assistência à saúde.

A percepção dos idosos em relação à equipe multiprofissional de saúde é apresentada na Tabela 2, a seguir .

Tabela 2 – Percepção dos idosos em relação à equipe multiprofissional de saúde

Variáveis	n	%
Você recebeu em sua casa a visita de um Agente Comunitário de Saúde ou algum membro da Equipe de Saúde da Família nos últimos 6 meses?		
Sim	505	88,9
Não	46	8,1
Não responderam	17	3,0
<b>Total</b>	<b>568</b>	<b>100</b>
Como você avalia a atuação do Agente Comunitário de Saúde no acompanhamento e na promoção da saúde de sua família?		
Muito boa	234	41,2
Boa	270	47,5
Regular	6	1,1
Ruim	4	0,7
Muito ruim	8	1,4
Não utilizou serviços do ACS	46	8,1
<b>Total</b>	<b>568</b>	<b>100</b>
Como você avalia o atendimento da equipe de enfermagem?		
Muito bom	93	16,4
Bom	294	51,8
Regular	11	1,9
Ruim	3	0,5
Não utilizou atendimento da equipe enfermagem	167	29,4
<b>Total</b>	<b>568</b>	<b>100,0</b>
Como você avalia o atendimento do médico?		
Muito bom	126	22,2
Bom	251	44,2
Regular	11	1,9
Ruim	3	0,5
Não utilizou atendimento médico	177	31,2

<b>Variáveis</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Total</b>	<b>568</b>	<b>100,0</b>
Como você avalia o atendimento pelo dentista do SUS?		
Muito bom	34	6,0
Bom	46	8,1
Regular	1	0,2
Não utilizou atendimento do dentista	487	85,7
<b>Total</b>	<b>568</b>	<b>100,0</b>

Fonte: A autora (2018).

Assim, 88,9% (n=505) dos idosos afirmam que receberam em sua casa a visita de um ACS ou de outros membros da ESF nos últimos 6 meses. Quanto ao atendimento odontológico realizado pelo dentista, 8,1%(n=46) referem ser bom – destaca-se que 87,5% (n=487) dos idosos não usufruíram desse serviço no último ano.

Em relação à atuação do ACS, 47,5% (n=270) dos idosos entrevistados no acompanhamento e na promoção da saúde de sua família avaliaram sua atuação profissional como boa. No que diz respeito aos serviços da equipe de enfermagem, 51,8% (n=294) dos idosos afirmam serem bons; quanto à assistência médica, 44,2% (n=251) categorizaram como bom.

## **DISCUSSÃO**

A média de idade da população investigada é de 70,7 anos ( $\pm 7,82$ ), sendo composta expressivamente por mulheres 67,1% (n=231). A participação majoritária de mulheres traduz aspectos multifacetados que perpassam a preocupação com seu estado de saúde, pois estas possuem adesão ao tratamento para a saúde e, sequencialmente, investigam seu estado de saúde como forma preventiva e adotam medidas promocionais de saúde. Elas inserem-se mais nos grupos de educação em saúde ofertados pelo SUS nos mais diversos segmentos que disponibiliza.

Em estudo realizado com 335 idosos relacionado ao perfil do envelhecimento saudável de idosos brasileiros octogenários, os indicadores apontam para dados semelhantes, considerando a maior participação de mulheres (62,1%) e uma média de idade de 80 e 84 anos<sup>10</sup>.

Pesquisas mencionam maior participação do sexo feminino em investigações científicas, o que se deve ao fato de as mulheres estarem mais dispostas a participar da coleta de dados<sup>11</sup>. A existência maior quantitativamente de mulheres em relação aos homens é tendência mundial, confirmada em outros estudos. Além disso, mais da metade da população idosa é constituída de pessoas do sexo feminino, conforme menciona um estudo sobre o envelhecimento<sup>12</sup>.

Os idosos deste estudo, em sua maioria, são casados, possuem um companheiro para cotidianamente conviverem e auxiliarem-se nas demandas que o processo do envelhecimento traduz quanto à promoção e reabilitação de saúde e prevenção de doenças. Conviver e estar com cônjuge são fatores de proteção familiar. Esse fenômeno observa-se nas pessoas que vivem mais, com aumento progressivo na expectativa de vida da população e pela característica, geralmente, de relações conjugais longas e duradouras nessa faixa etária<sup>13</sup>.

Dados da pesquisa demonstram predomínio da raça branca na busca pelos serviços de saúde do SUS quando comparada às demais. Nesse sentido, em relação à cor/raça, resultados de outra pesquisa mostraram que homens e mulheres brancos buscam em menor proporção assistência preventiva, demandam o serviço, muitas vezes, quando apresentam alguma convalescência<sup>14</sup>.

Em relação à renda dos idosos, em sua maioria é considerada baixa, visto que 10% (n=60) dos idosos recebem menos que um salário mínimo e 68,7% (n=390) deles recebem entre um e dois salários mínimos. Verifica-se uma vulnerabilidade social dos idosos participantes da pesquisa, pois não possuem muitos recursos financeiros para a manutenção, sobrevivência e os cuidados com a sua saúde.

Estudos apontam que o acesso aos serviços do SUS se dá pela população que apresenta condições desfavoráveis, enquanto pobreza, educação, desinformação, que impactam vulnerabilidades no processo de doença<sup>15</sup>. Alguns idosos da amostra mantêm atividades laborais que auxiliam em seus rendimentos, as quais são descritas por: agricultores (0,2%), serviço público (0,6%), serviços autônomos (8,1%) e do lar (40.1%).

A pesquisa demonstrou que 48% (n=273) vivem com seus cônjuges, seguido por morar com familiares, 32% (n=183), e sozinhos, 18,1% (n=103). Na presente amostra, os idosos, em sua grande maioria, possuem pessoas em sua casa cotidianamente. Nesse sentido, possuem auxílio e acompanhamento diário em seu viver. Já os que vivem sozinhos podem apresentar risco maior à solidão, ao

isolamento social, fatores estes que, muitas vezes, levam a desenvolver sentimentos de ansiedade e depressão.

Dos 568 entrevistados, 34,5% (n=196) apresentam acesso a outros planos de saúde além do SUS, por isso alguns idosos não procuraram os serviços do SUS. Os idosos deste estudo, em sua grande maioria, convivem com seus familiares, 86,6% (n=492) da amostra, porém 13,4% (n=76) não possuem vínculo com familiares.

O direito à saúde é garantido à população brasileira e independe da situação financeira de cada cidadão. Dessa forma, ocorre o fortalecimento do SUS, sendo concorrente às operadoras privadas de plano de saúde, pois estas não conseguem prestar integralidade na assistência<sup>16</sup>.

Entende-se que o direito é universal ao acesso de cuidados integrais à saúde, mas muitos idosos não possuem planos privados pelo seu alto custo de manutenção mensal. Por outro olhar, o SUS atinge alta complexidade em sua integralidade, por isso pacientes graves, em situações críticas de vida, acabam aderindo ao plano de saúde universal. Alguns serviços como oncologia, traumatologia, cardiologia e neurologia são extremamente onerosos no setor privado, além de que planos de saúde não cobrem em sua totalidade, fato este que leva muitos idosos a aderir ao SUS quando necessitam desses serviços, mesmo tendo outro plano de saúde disponível.

Assim, os idosos deste estudo caracterizam-se por ter predominância do sexo feminino, raça branca, casados, aposentados, com renda entre um e dois salários mínimos, possuindo em sua maioria casa própria e muitos desenvolvem atividades laborais como forma de sustento por não obterem o benefício da aposentadoria (estando em processo de encaminhamento). No que se refere à vida cotidiana, a maioria mora com seus cônjuges seguido de familiares. Enquanto formas de acesso ao cuidado com sua saúde, somente 34,5% apresentam outro plano de saúde além do SUS.

Embora que em proporção menor, destaca-se que 8,1% (n=46) dos idosos cadastrados nas ESF não receberam visitas dos ACS e da equipe de saúde em seu domicílio num período de 12 meses. Acresce-se ainda que alguns idosos não sabiam mencionar se alguém da unidade de saúde foi visitá-los, 3% (n=17). Assim, dos 568 idosos entrevistados, 11,9% (n=63) encontram-se em situação de maior vulnerabilidade em relação ao acompanhamento de seu processo de envelhecimento humano no contexto saúde e doença.

Contudo, 88,7% (n=504) da população idosa assistida percebe o atendimento como positivo ao cuidado com sua saúde. Pode-se dizer que a grande maioria considera presente o trabalho do ACS e da equipe de saúde de seu bairro em sua vida e na comunidade a qual se insere. Dados demonstram um número significativo de acompanhamento da população idosa inserida em seu processo de trabalho da equipe que atua nas ESF. Essa prática é imprescindível para que se promova envelhecimento ativo e saudável com ações promocionais de saúde, a fim de minimizar agravos da população.

Entende-se que esse acompanhamento pode ser realizado devido aos princípios norteadores metodológicos assistenciais que preveem a preconização da territorialização da população assistida que pertence a uma área delimitada. Além disso, os usuários encontram-se todos cadastrados, pois o ACS fica próximo a suas áreas, acompanha e viabiliza os cuidados a serem ofertados.

Em relação à avaliação dos serviços desenvolvidos do ACS no acompanhamento e na promoção da saúde de sua família, os pesquisados consideraram, em grande maioria, como boa, 47% (n=270), e muito boa, 41,2% (n=234). Uma minoria refere que foi muito ruim, 1,4% (n=8), ruim, 0,7% (n=4), e regular, 1,1% (n=6).

Realizar a avaliação dos usuários referente à atuação desse profissional que cotidianamente fica em contato com direto com eles é importante, pois visa melhorar qualitativamente o processo de gestão do trabalho e trazer melhoria na qualidade de vida da população assistida. Entende-se que esses profissionais são importantes na APS, pois cotidianamente estão em contato com a população e conhecem com propriedade a realidade vivenciada no cuidado à saúde dos usuários do SUS.

O ACS é capaz de realizar vínculos entre a população e os serviços de saúde no qual está inserido, considerado importante articulador na APS. No entanto, ocorre uma baixa prevalência de satisfação do ACS, o que mostra a necessidade de organização do processo de gestão de trabalho, objetivando a valorização das ações realizadas e melhorando qualitativamente as ações em saúde por eles proporcionadas<sup>17</sup>.

Nesse sentido, ocorre a necessidade de reorganizar o trabalho nas ESF, com valorização de tecnologias leves dos ACS e espaços dialógicos entre a equipes. A integração dos profissionais de saúde que compõem as ESF fortaleceria positivamente as atividades laborais dos ACS<sup>18</sup>.



Referente à avaliação dos serviços da equipe de enfermagem ofertadas aos idosos, 51,8% (n=294) definiram como bom e 16,4% (n=93) colocaram que era muito bom. Chama a atenção que 29,4% (n=167) dos idosos não responderam ao questionamento. Quanto à avaliação negativa dos serviços ofertados por esses profissionais, a resposta regular obteve 1,9% (n=11), e a ruim, 0,5% (n=3).

Entende-se que pouco mais da metade dos entrevistados referencia de forma positiva a atuação dessa equipe, que é composta pelos enfermeiros e técnicos de enfermagem. Embora em proporção menor, alguns idosos não se mostraram satisfeitos com a equipe. Nesse sentido, como processo de gestão do cuidado, se faz necessário refletir sobre esse dado e buscar minimizar os indicadores de insatisfação, que podem ser atribuídos aos agendamentos de avaliações em saúde e encaminhamentos aos especialistas que o SUS disponibiliza. Por questões de regulamentação do sistema, o atendimento acaba sendo moroso, causando descontentamentos.

A enfermagem deverá desenvolver ações eficazes em relação à saúde do idoso a fim de solucionar, melhorar ou retardar problemas possíveis que são apresentados nessa faixa etária. É necessário que a equipe desenvolva ações integrais ao idoso e sua família na ESF, com processo de trabalho na atenção básica, de forma criativa, crítica, humanizada e com senso crítico. Deve ter como base uma assistência voltada à promoção, prevenção e reabilitação dos usuários inseridos em seu processo de cuidar<sup>19</sup>. Para tanto, é necessário que o enfermeiro obtenha conhecimento das contextualizações físicas, psíquicas, sociais e políticas que envolvem o envelhecimento humano. O entendimento e o conhecimento científico do campo da gerontologia e geriatria se fazem necessários para intervir qualitativamente no processo saúde e doença do idoso. O estudo aponta que é preciso estar aberto ao diálogo com o idoso, estimulando seu pensamento crítico, visando à interação humana e aos cuidados com a sua saúde<sup>20</sup>.

Em relação ao atendimento médico, idosos referiram a assistência de forma positiva, pois 44% (n=251) consideram assistência como boa; 22,2% (n=126) entendem que o serviço ofertado por esse profissional é muito bom. Embora que representado por uma minoria, indicadores demonstram que 1,9% (n=11) afirma que a assistência médica é regular, e 0,5% (n=3) diz ser ruim o atendimento.

Percebe-se que os idosos, ao se referirem à assistência médica, buscam de forma regular esse profissional, encontrando-se satisfeitos com o cuidado a eles

oportunizado. Pode-se correlacionar a adesão da assistência médica das ESF, visto que, durante o estudo, identificou-se que uma minoria de idosos busca a assistência desse profissional nos serviços de urgência e emergência (UPA). Tal dado remete a pensar que o serviço é resolutivo como acompanhamento de sua territorialização.

O médico, ao assistir efetivamente as demandas da APS, agiliza o atendimento nos serviços, sendo um dos fatores que mensuram a satisfação do usuário com a APS quanto à resolutividade dos seus problemas<sup>21</sup>. Contudo, obtém-se, em termos gerais, assistência multiprofissional aceitável da equipe básica que compõe a ESF, formada por ACS, equipe de enfermagem, médico e odontologista, este que busca fortalecer práticas de saúde bucal a todos usuários do SUS.

A categoria que obtém maior aceitabilidade na conceituação assistencial muito boa e boa, que traduz a satisfação dos idosos para com o cuidado e o acolhimento, prioritariamente, foi a dos ACS, com 86,9% (n=504), seguida pela equipe de enfermagem, com 68,7% (n=387), sequenciada pelo médico, com 66,4% (n=377), e por fim o profissional odontologista, que conferiu 14,1% (n=80).

Refletir o contexto da assistência na formação como estrutura curricular desses profissionais é urgente e importante, pois interfere nos mecanismos metodológicos assistenciais do SUS. Se faz necessário ser detentor dos princípios desse sistema, com políticas públicas de saúde e participação no planejamento da assistência de forma multidisciplinar. Há a necessidade de interagir com demais membros da equipe, a fim de assistir de forma integral e globalizada.

Saberes relacionados a percepções e dificuldades profissionais na assistência ao idoso mostraram que os profissionais possuem dificuldades em assistir os idosos, pois apresentam déficit de saber quanto aos cuidados e às necessidades dos idosos. Tal carência decorre da formação curricular. Nesse sentido, urge inserir a realidade vivida pelos idosos com vistas a não comprometer o atendimento prestado a esse grupo social<sup>22</sup>.

Na presente pesquisa, pode-se dizer que o grau de satisfação do acompanhamento do processo de senescência e senilidade do idoso atribui-se ao vínculo expressado por cada um dos profissionais, delineado pelas competências de cada um inseridas nesse contexto. O convívio diário do ACS com a população idosa adscrita nas ESF faz com que sejam percebidos de forma presente, próximos e valorizados nas práticas, pois, indiscutivelmente, levam demandas dos idosos aos demais componentes da equipe multidisciplinar.

A enfermagem, pela proximidade e formação da ciência do cuidado, se torna próxima devido à assistência de acolhimento, avaliação inicial da condição clínica apresentada, procedimentos demandados pelo seu estado de saúde, orientações, imunizações, curativos e atividades promocionais de saúde, como grupos de Hipertensão e terceira idade.

O médico obteve a provação da conceituação bom e muito bom em 66,4% (n=377), pois os auxilia no seu processo de saúde e doença, na efetivação de diagnósticos da doença, orientações e encaminhamentos necessários para contribuir com sua qualidade de vida.

Em relação à atuação do odontologista, 14,1% (n=80) avaliaram como bom e muito bom. A pesquisa mostrou que essa prática não é recorrente entre os idosos, pois dos 568 idosos que participaram da pesquisa, apenas 12% (n=68) usufruem desse serviço. Há que se realizar planejamento estratégico de forma multidisciplinar, enfatizando a importância dos cuidados com os dentes no processo do envelhecimento, conscientizando-os para a adesão dessa prática, que deve ser inserida no cuidado de sua saúde. Para isso, os profissionais da saúde podem utilizar espaços promocionais de saúde, como sala de espera, abordagens em grupos de educação em saúde, terceira idade e orientações específicas realizadas a domicílio por meio do ACS, ou em ações de atenção domiciliar que a equipe multiprofissional realiza no rol de ações desenvolvidas em sua área territorializada.

Em relação aos serviços de odontologia, percebeu-se que os idosos não apresentaram adesão significativa, apenas 14% (n= 82) procuraram assistência. Nesse sentido, há que se realizar um trabalho de conscientização da oferta desses serviços, mostrando que preventivamente podem acessar essa especialidade, tão importante para a promoção de sua saúde e prevenção de agravos relacionados à saúde bucal. Os dados apontam que, dos idosos assistidos, a maioria foi inicialmente na unidade de saúde que está adscrito.

Assim, abordagens intersetoriais e multiprofissionais no cuidado destinado ao idoso são salutares, devendo ter um sequenciamento em sua linha de cuidado de forma integral. Destaca-se a necessidade de capacitar os profissionais da atenção primária à saúde para atender aos riscos à saúde de maior magnitude no idoso no SUS.

Contudo, os idosos desta pesquisa, em sua grande maioria, 65,5% (n=372), possuem o SUS como exclusivo plano de saúde para cuidado em saúde e percebem

como bom os serviços da equipe multiprofissional. De certa forma, pode-se dizer que estão satisfeitos, em linhas gerais, com o cuidado a eles ofertados. Há necessidade de aprofundamento dos resultados obtidos, buscando melhorar ainda mais a percepção assistencial em prol da qualidade do cuidado e de vida dos idosos.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

A presente pesquisa aponta indicadores importantes em relação ao perfil de idosos e à percepção da assistência multiprofissional ofertada pelo SUS. A porta de entrada ao SUS tem se mostrado, na maioria das vezes, resolutiva, com manejos assistenciais multidisciplinares capazes de absorver as demandas de saúde dos idosos na unidade adscrita. No entanto, vislumbrou-se baixa procura dos serviços de odontologia. Assim, a equipe multidisciplinar necessita criar estratégias promocionais para a saúde bucal, a fim de conscientizar os idosos quanto a esse cuidado de saúde

Esta pesquisa contribui para a gestão do serviço local investigado, pois desenha as situações de serviços ofertados pelo SUS ao idoso, realidade que traz limitações inerentes ao desenho transversal. Além disso, introduz a discussão de informações relevantes quanto à satisfação de idosos perante os serviços assistenciais prestados pelo SUS. Foi possível realizar associações, mas não foi permitido analisar uma relação de causa e efeito entre as variáveis estudadas.

## **REFERÊNCIAS**

- 1 Brasil. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Número de idosos cresce 18% em 5 anos e ultrapassa 30 milhões em 2017. Agência IBGE Notícias, 26 abr. 2018. [citado 6 maio 2018]. Disponível em: <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-noticias/2012-agencia-de-noticias/noticias/20980-numero-de-idosos-cresce-18-em-5-anos-e-ultrapassa-30-milhoes-em-2017.html>.
- 3 Minayo MCS. O envelhecimento da população brasileira e os desafios para o setor saúde. *Cadernos de Saúde Pública*. 2012;28(2):208-209. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2012000200001>.
- 4 Fernandes MTO, Soares SM. O desenvolvimento de políticas públicas de atenção ao idoso no Brasil. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*. 2012;46(6). doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342012000600029>.

- 5 Santos MA, Mattos IE. Condições de vida e saúde da população idosa do Município de Guaramiranga-CE. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*. 2011;20(2). doi: <http://dx.doi.org/10.5123/S1679-49742011000200008>.
- 6 Soratto J, Pires DEP, Dornelles S, Lorenzetti J. Estratégia saúde da família: uma inovação tecnológica em saúde. *Texto & Contexto – Enfermagem*. 2015;24(2). doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072015001572014>.
- 7 Moimaz SAS, Marques JAM, Saliba O, Garbin CAS, Zina LG, Saliba NA. Satisfação e percepção do usuário do SUS sobre o serviço público de saúde. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*. 2010;20(4):1419-1440. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312010000400019>.
- 8 Bolzan LC, et al. Ouvidoria ativa: a inovação das pesquisas de satisfação na ouvidoria-geral do SUS. 5 Congresso Consad de Gestão Pública; 2012. Brasília. Anais. 2012 [citado 13 maio 2018]. Disponível em: <http://www.sgc.goias.gov.br/upload/arquivos/2013-03/ouvidoria-ativa-a-inovacao-das-pesquisas-de-satisfacao-na-ouvidoria-geral-do-sus.pdf>.
- 9 Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução n. 466, de 12 de dezembro de 2012 [citado 6 maio 2018]. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466\\_12\\_12\\_2012.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html).
- 10 Campos ACV, Ferreira EF, Vargas AMD, Gonçalves LHT. Perfil do envelhecimento saudável de idosos brasileiros octogenários. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. 2016;24:e-2724. doi: 10.1590/1518-8345.0694.2724.
- 11 Muniz ECS, Goulart FC, Lazarini CA, Marin MJS. Análise do uso de medicamentos por idosos usuários de plano de saúde suplementar. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*. 2017;20(3). doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1981-22562017020.160111>.
- 12 Freitas EV, Py L, Neri AL, Cañado FAXC, Gorzoni ML, Doll J. Tratado de geriatria e gerontologia. 2a ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2006.
- 13 Campos ACV, Rezende GP, Ferreira EF, Vargas AMD, Gonçalves LHT. Funcionalidade familiar de idosos brasileiros residentes em comunidade. *Acta Paulista de Enfermagem*. 2017;30(4). doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1982-0194201700053>.
- 14 Almeida AN. O acesso aos serviços de saúde pelos idosos no Brasil com base na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) entre 1998 e 2008. *Jornal Brasileiro de Economia da Saúde*. 2015 [citado em 10 maio 2018];7(1):43-52. Disponível em: <http://files.bvs.br/upload/S/2175-2095/2015/v7n1/a4755.pdf>.
- 15 Oliveira RFR, Souza JGS, Haikal DS, Ferreira EF, Martins AMEBL. Equidade no uso de serviços odontológicos provenientes do SUS entre idosos: estudo de base populacional. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2016;21(11):3509-3523. doi: <https://doi.org/10.1590/1413-812320152111.22532015>.
- 16 Silvia KL, Rodrigues AT. Promoção da saúde no âmbito da saúde suplementar: relações e tensões entre operadoras, beneficiários e agência reguladora estatal.

Saúde e Sociedade. 2015;24(suppl. 1):193-204. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902015S01017>.

17 Castro TA, et al. Agentes comunitários de saúde: perfil sociodemográfico, emprego e satisfação com o trabalho em um município do semiárido baiano. *Cadernos Saúde Coletiva*, v. 25, n. 3, p. 294-301, 2017. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1414-462x201700030190>.

18 Alonso CMC, Beguin PD, Duarte FJCM. Trabalho dos agentes comunitários de saúde na Estratégia Saúde da Família: metassíntese. *Revista de Saúde Pública*. 2018;52(14). doi: <http://dx.doi.org/10.11606/s1518-8787.2018052000395>.

19 Silva GÉM, Pereira SM, Guimarães FJ, Pirrelli JGA, Santos ZC. Depressão: conhecimento de idosos atendidos em unidades de saúde da Família no município de limoeiro-PE. *Revista Mineira de Enfermagem*. 2014;18(1):82-87. doi: <http://www.dx.doi.org/10.5935/1415-2762.20140007>.

2 Nogueira MF. Avaliação multidimensional da qualidade devida em idosos: um estudo no Curimataú ocidental paraibano [Tese]. Natal: Universidade Federal do Rio Grande do Norte, 2016 [citado 23 jan. 2018]. Disponível em: [http://repositorio.ufrn.br:8080/jspui/bitstream/123456789/21160/1/MatheuFigueiredoNogueira\\_TESE.pdf](http://repositorio.ufrn.br:8080/jspui/bitstream/123456789/21160/1/MatheuFigueiredoNogueira_TESE.pdf).

20 Olympio PCAP, Alvim NAT. Jogo de tabuleiro: uma gerontotecnologia na clínica do cuidado de enfermagem. *Revista Brasileira de Enfermagem*. 2018;71(Supl. 2):818-826. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0365>.

21 Gomide MFS, et al. A satisfação do usuário com a atenção primária à saúde: uma análise do acesso e acolhimento. *Interface*. 2018;22(65):387-398. doi: [Http://dx.doi.org/10.1590/1807-57622016.0633](http://dx.doi.org/10.1590/1807-57622016.0633).

22 Fonseca LMSF, Bittar CML. Dificuldades no atendimento ao idoso: percepções de profissionais de enfermagem de unidades de saúde da família. *RBCEH*. 2014;11(2):178-192. doi: <http://dx.doi.org/10.5335/rbceh.2012.4080>.

23 Santos CTB, Andrade LOM, Silva MJ, Sousa MF. Percurso do idoso em redes de atenção à saúde: um elo a ser construído. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*. 2015;26(1):45-62. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312016000100005>.

## APÊNDICE E – Artigo publicado na revista *Kairós Gerontologia*

v. 19, n. 3 (2016)



CAPA SOBRE ACESSO CADASTRO PESQUISA ATUAL  
 ANTERIORES NOTÍCIAS PROGRAMA DE ESTUDOS PÓS-GRADUADOS  
 EM GERONTOLOGIA NORMAS PARA SUBMISSÃO DE ARTIGOS PORTAL  
 DO ENVELHECIMENTO

Open Journal Solutions  
 Soluções para o seu periódico online

Capa > Edições anteriores > **v. 19, n. 3 (2016)**

OPEN JOURNAL  
 SYSTEMS

Aiuda do sistema

### v. 19, n. 3 (2016)

Histat.com	
Vis. today	66
Visits	30 477
Online	4

### Sumário

#### Artigos

<a href="#">A simbologia da música erudita aplicada a utentes institucionalizados</a>	PDF 09-28
Maria Helena Fernandes	
<a href="#">Envelhecimento – Desafios do Séc. XXI</a>	PDF 29-49
Maria de Lourdes Baptista Quaresma, Carla Ribeirinho	
<a href="#">Emoções e sentimentos revelados por idosos institucionalizados: Revisão integrativa</a>	PDF 51-65
Tércia Vieira da Silva Lima, Wallison Pereira dos Santos, Fernanda Beatriz Dantas de Freitas, Bernadete de Lourdes André Gouveia, Isolda Maria Barros Torquato, Glenda Agra	
<a href="#">Prevalência de incontinência urinária e seu impacto sobre a qualidade de vida de idosos: estudo comparativo entre meio urbano e meio rural</a>	PDF 67-77
Aureo Júnior Weschenfelder, Cyntia Scher Strelow, Guilherme Tavares de Arruda, Michele Adriane Froelich, Hedioneia Maria Foletto Pivetta, Melissa Medeiros Braz	
<a href="#">Aqueísmo: um estudo com grupos de Terceira Idade</a>	PDF 79-89
Adriano da Silva Rozendo	
<a href="#">Estereótipos dos idosos retratados nos Desenhos Animados da filmografia ocidental</a>	PDF 91-112
Yasmine Oliveira Vieira, Natália Pierdoná, Josiane Aparecida Duarte, Armando J. C. Bezerra, Lucy Gomes	
<a href="#">Avaliação da farmacoterapia empregada em residentes de uma Instituição de Longa Permanência para Idosos</a>	PDF PDF (ESPAÑOL (ESPAÑA)) 113-133
Jackeline de Souza Alecrim, Josiane Marcia de Castro, Ruggero Zalla Neto, Gilmar Machado Miranda, Rodrigo Nascimento Alves, Gulnara Patricia Borja-Cabrera, Ana Flavia Sousa Chagas, Aline Guimarães Vaz, Giselle Cristina Andrade Pereira, Heluana Ruas	
<a href="#">Viver em Instituição de Longa Permanência: o olhar do idoso institucionalizado</a>	PDF 135-150
Mirela Castro Santos Camargos, Maria Cristiane Vieira dos Santos, Wanderson Costa Bomfim, Karla Rona da Silva	
<a href="#">Percepção de cuidadores de pessoas com Doença de Alzheimer sobre suas perspectivas de futuro</a>	PDF 151-168
Edite Lago da Silva Sena, Mirella Newma Ribeiro Souza, Luana Machado Andrade	
<a href="#">Uso de preditores de risco em idosos no Brasil: uma revisão integrativa.</a>	PDF 169-185

#### USUÁRIO

Login   
 Senha   
 Lembrar usuário

#### IDIOMA

Selecione o idioma

#### CONTEÚDO DA REVISTA

Pesquisa   
 Escopo da Busca

#### Procurar

- [Por Edição](#)
- [Por Autor](#)
- [Por título](#)
- [Outras revistas](#)

#### TAMANHO DE FONTE



#### INFORMAÇÕES

- [Para leitores](#)
- [Para Autores](#)
- [Para Bibliotecários](#)

v. 19, n. 3 (2016)

Melissa Agostini Lampert, Cristian Dias Barbosa, Fernanda Lange Coelho, Isabele dos Santos

- [A Viuvez e a Saúde dos Idosos: uma Revisão Integrativa](#) [PDF](#)  
Bruna Luíse Fernandes, Maria Helena Borgato 187-204
- [O envelhecimento das pessoas idosas que vivem em situação de rua na cidade de Porto Alegre, RS, Brasil](#) [PDF](#)  
Carine Magalhães Zanchi de Mattos, Patrícia Krieger Grossi, Cristina Thum Kaefer, Newton Luiz Terra 205-224
- [Razões para retorno ao trabalho na aposentadoria: estudo com servidores de uma Universidade Brasileira](#) [PDF](#)  
Samantha de Toledo Martins Boehs, Aline Bogoni Costa, Jeovani Schmitt 225-244
- [Perfil da Mortalidade por Depressão em Idosos no Estado da Bahia](#) [PDF](#)  
Patrícia Honório Silva Santos, Érica Assunção Carmo, Bárbara Santos Ribeiro, Carine de Jesus Soares, Maria Lydia Aroz D'Almeida Santana, Eliane dos Santos Bomfim 245-256
- [Família como vínculo apoiador ao idoso após acidentes por quedas: uma abordagem bioecológica à Enfermagem](#) [PDF](#)  
Patrícia Mirapalheta Pereira de Llano, Celmira Lange, Eda Schwartz, Sonia Maria Könzgen Meincke, Rosani Manfrin Muniz, Denise Somavila Przylynski Castro 257-273
- [Idosos queimados assistidos em centro de referência para queimados, no Distrito Federal, Brasil, no período de 2002 a 2012](#) [PDF](#)  
Rodrigo Vieira Silva, Carmelia Matos Santiago Reis, Alice Garbi Novaes, Maria Rita Carvalho Garbi Novaes 275-291

**Kairós está indexada em:****Bases de dados e Repositórios de periódicos com texto completo:****Catálogo de Bibliotecas:****Bibliotecas:**



v. 19, n. 3 (2016)



Universität Regensburg

Diretório de Políticas Editoriais:



Associada:



ISSN 2176-901X



A [Revista Kairos](http://revistas.pucsp.br/kairos) e os textos aqui publicados estão licenciados com uma [Licença Creative Commons Attribution-NonCommercial-NoDerivs 4.0 International](http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/). Baseado no trabalho disponível em <http://revistas.pucsp.br/kairos>. Podem estar disponíveis autorizações adicionais às concedidas no âmbito desta licença em <http://revistas.pucsp.br/kairos>.

**O envelhecimento das pessoas idosas  
que vivem em situação de rua na  
cidade de Porto Alegre, RS, Brasil**

*Ageing of elderly living in street situation in Porto  
Alegre City, RS, Brasil*

*El envejecimiento de las personas mayores que viven  
en situación de calle en la ciudad de Porto Alegre,  
RS, Brasil*

Carine Magalhães Zanchi de Mattos  
Patrícia Krieger Grossi  
Cristina Thum Kaefler  
Newton Luiz Terra

**RESUMO:** O aumento da população idosa em situação de rua é um fenômeno atual, que exige reestruturação de programas públicos. Este estudo utiliza método qualitativo de pesquisa, e tem o objetivo de compreender como ocorre o envelhecimento nas ruas. Os resultados mostram as vulnerabilidades de envelhecer diante da exposição ao frio, à fome, à violência e à invisibilidade social.

**Palavras-chave:** Pessoas em situação de rua; Envelhecimento; Serviços de saúde para idosos.

**ABSTRACT:** *The increase in the elderly population in street situation is a current phenomenon that requires restructuring of public programs. This study uses qualitative research method and aims to understand how aging occurs in the streets. The results show the vulnerability of age exposed to cold, hunger, violence and social invisibility. It is a challenge to offer specific services to population with actions that can leverage off the streets.*

**Keywords:** *Homeless Person; Aging; Health Services for the aged.*

**RESUMEN:** *El aumento de la población de personas mayores en situación de calle es un fenómeno actual que requiere la reestructuración de programas públicos. Este estudio utiliza el método de investigación cualitativa y tiene como objetivo comprender cómo el envejecimiento se produce en las calles. Los resultados muestran la vulnerabilidad de la edad expuesta al frío, el hambre, la violencia y la invisibilidad social. Es un desafío ofrecer servicios específicos para esa población, con acciones que puedan apalancar la salida de la situación de calle.*

**Palabras clave:** *Personas em situação de calle; Envejecimiento; Servicios de Salud para Mayores.*

### Introdução

A velhice não é um processo natural, mas, sim, socialmente construído, que comporta variadas experiências. É heterogênea (Debert, 1999), diferente de outras teorias científicas e práticas sociais (Trench, & Rosa, 2011), diante da qual especialmente as mulheres se deparam com um acumulado de discriminação e desigualdade estrutural marcada pela obediência e conformismo (Fernandes, 2009).

A população idosa está aumentando em todo o mundo. É necessário o preparo e a organização do mundo para atender a essa mudança demográfica populacional. O fenômeno aparece evidenciado nas pesquisas e censos, fortalecendo a necessidade da abordagem do tema.

No Brasil, entre 2004 e 2014, a proporção de adultos de 30 a 59 anos de idade teve aumento, passando de 35,9% para 40,6%, assim como o número de idosos de 60 anos ou mais de idade, de 9,7% para 13,7%. Informações da Projeção da População por Sexo e Idade, realizada pelo IBGE, divulgada em 2013, mostram a forte tendência de aumento da proporção de idosos na população: em 2030, essa proporção seria de 18,6% e, em 2060, de 33,7%. Os estados com as maiores proporções de idosos foram Rio de Janeiro e Rio Grande do Sul, onde cerca de uma em cada seis pessoas tinha 60 anos ou mais de idade, em 2014 (Brasil, 2015).

Interpretando os dados da Fundação Instituto de Pesquisas Econômicas (2003) entre os anos de 2000 e 2003, constata-se significativo crescimento de 19,3% da população de rua (Ghirardi, Lopes, Barros, & Galvani, 2005). Isso demonstra o aumento explosivo dessa população, sendo uma realidade dos grandes centros urbanos brasileiros que desafia as políticas e as práticas de atenção social e de saúde (Silva, & Gutierrez, 2013). Segundo pesquisa realizada em 2007 pela Fundação da Assistência Social e Cidadania (FASC), no município de Porto Alegre, RS, havia 39 pessoas idosas em situação de rua na capital gaúcha, enquanto em 2011 essa população mais do que dobrou, passando para 101 sujeitos (Prefeitura Municipal de Porto Alegre, 2012).

Indo ao encontro dessas pesquisas, este estudo utiliza método qualitativo de pesquisa, observacional, transversal, descritivo e analítico. Foi realizado com 19 pessoas idosas em situação de rua, às quais foi aplicado um formulário, com gravação simultânea das respostas, que posteriormente foram transcritas e analisadas à luz do referencial teórico, e discutidas pela análise de conteúdo de Bardin (2011).

A pesquisa buscou discutir o processo de envelhecimento da pessoa idosa em situação de rua, e teve como objetivos específicos descrever como é a vida das pessoas em situação de rua, como elas vivenciam alterações na saúde, como se dá o envelhecimento nas ruas e quais são os seus planos para o futuro.

O crescente fenômeno do envelhecimento nas ruas desafia a política e a ciência. A necessária ampliação dos estudos desse tema poderá proporcionar meios de conhecimento das necessidades das pessoas idosas nessa situação e subsídios para as políticas públicas voltadas para essa população, visando a uma maior resolutividade de suas demandas. Além disso, o (re)conhecimento da população em geral sobre a existência da pessoa idosa em situação de rua poderá estimular a mudança do olhar estigmatizado e preconceituoso da sociedade, permitindo um tratamento digno e respeitoso, com a conseqüente inserção dos indivíduos nas estratégias governamentais e políticas públicas.

### **Metodologia**

O artigo tem como objetivo compreender como ocorre o envelhecimento nas ruas para as pessoas idosas em situação de rua. Para tanto, foi utilizada a metodologia qualitativa, observacional, transversal, descritiva e analítica.

A amostra deste estudo foram 19 pessoas idosas em situação de rua, participantes do projeto de pesquisa de tese “Qualidade de vida das pessoas idosas em situação de rua de Porto Alegre”, selecionadas por amostragem aleatória simples; o fechamento amostral deu-se por saturação teórica.

O método qualitativo é o mais adequado para esta pesquisa porque se preocupa com aspectos da realidade que não podem ser quantificados, como é o caso dos modos de envelhecimento das pessoas em situação de rua. Para Minayo (2001), a pesquisa qualitativa trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis (Minayo, 2001).

O estudo entendeu como pessoa em situação de rua as pessoas que referiram fazer da rua sua habitação (temporária, intermitente ou definitiva) e que foram encontradas nas ruas de Porto Alegre, nos abrigos, albergues de acolhimento noturno, convivência diária e demais serviços FASC oferecidos à população de rua, durante o período de coleta de dados da pesquisa, de outubro de 2015 a abril de 2016.

Foram incluídas no estudo pessoas com sessenta anos ou mais, em situação de rua, dos sexos feminino e masculino e em atendimento na FASC, e foram excluídas do estudo pessoas sem condições de responder ao instrumento, ou impossibilitadas de estabelecer comunicação efetiva no momento da pesquisa, devido a estarem dormindo, agressivas ou desorientadas.

Após a autorização do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) pelos pesquisados, ocorreu a coleta de dados. A coleta de dados se deu através das respostas dos participantes ao formulário e da gravação simultânea dos diálogos. Os dados foram as transcrições das falas desses participantes durante a aplicação do formulário.

A análise dos dados se deu à luz do referencial teórico, e a discussão, pela análise de conteúdo. Para Bardin (2001), a análise de conteúdo se constitui de várias técnicas pelas quais se busca descrever o conteúdo emitido no processo de comunicação, seja ele por meio de falas ou de textos. Dessa forma, a técnica é composta por procedimentos sistemáticos que proporcionam o levantamento de indicadores (quantitativos ou não), permitindo a inferência de conhecimentos.

Na primeira etapa, foi realizada uma pré-análise com uma leitura geral do material transcrito; em seguida, o material foi codificado com recortes estabelecendo categorias que se diferenciavam. A seguir, as categorias foram agrupadas às unidades de registro de categorias comuns: vulnerabilidade social, familiar e econômica; dor, incapacidade funcional e diminuição da força de trabalho; drogadicção, diminuição da visão e audição, incapacidade de trabalho e saúde prejudicada, aposentadoria e falta de respeito com o idoso; e, no último agrupamento, incapacidade de conseguir uma residência, de reatar vínculos e de se sustentar.

Em seguida, foi realizado o agrupamento progressivo das categorias, quando foram identificadas as palavras-chave que deram origem às categorias intermediárias e finais. As categorias intermediárias foram violência e vivência nas ruas; doenças e inacessibilidade de atendimento em saúde; incapacidade física e econômica; e sonhos e desesperança, resultando nas categorias finais vida, saúde, envelhecimento e planos para o futuro. A terceira fase compreendeu o tratamento de resultados, inferência e interpretação do material (Silva, & Fossá, 2013).

Este estudo seguiu a resolução 466/12 (Ministério da Saúde, 2012), que estabelece diretrizes e normas regulamentadoras para pesquisas que envolvem seres humanos.

### **O que é estar em situação de rua?**

Pretende-se neste item descrever como é estar em situação de rua, partindo da ótica das pessoas idosas nessa condição. Estar nas ruas tem inúmeras implicações na vida dos sujeitos, tanto pelas vulnerabilidades quanto pelas exposições que vivenciam. Dessa forma, tais questões serão abordadas e contextualizadas teoricamente.

De acordo com a Secretaria Municipal de Assistência e Desenvolvimento Social (SMADS), a Política Nacional de Assistência Social (PNAS/2004) não define o conceito de vulnerabilidade social. Contudo, destaca que algumas situações de vulnerabilidade podem ser resultantes de “pobreza, privação, ausência de renda, precário ou nulo acesso aos serviços públicos, intempérie ou calamidade, fragilização de vínculos afetivos e de pertencimento social decorrentes de

discriminações etárias, étnicas, de gênero, relacionadas à sexualidade, deficiência, entre outros”, dificultando seu acesso a direitos, e exigindo proteção social do Estado (Almeida, Lopes, Tibyricá, Siqueira, & Graeff, 2016, p. 88).

Existem diferenças entre ficar na rua, estar na rua e ser da rua. Ghirardi *et al.* (2005) dizem que essa variação semântica parece traduzir um movimento de adaptação que vai do transitório ao permanente, num espaço público. Vieira (1992) classifica a população de rua em três categorias, de acordo com o tempo de permanência, como *ficar na rua* (circunstancialmente), *estar na rua* (recentemente), e *ser da rua* (permanentemente).

*Ficar na rua* diz respeito a situações recentes que levam o indivíduo a não ter onde morar (como desemprego, migração, entre outros). Devido ao curto período em que estão nessa situação, os indivíduos tendem a se amedrontar em ficar de fato nas ruas e procuram lugares (como Albergues, pensões e Centros de Acolhida) onde possam permanecer. Procuram manter os vínculos familiares e projetos de vida, possuindo esperança e vontade de sair da situação de rua. Já a expressão *estar na rua* diz respeito a indivíduos que já permanecem por mais tempo nessa situação. São pessoas que se consideram trabalhadores desempregados, mas ainda assim mantêm seus projetos de vida. O contato com a família ainda existe, apesar de ser menos frequente. Por fim, a expressão *ser da rua* diz respeito a indivíduos que se encontram permanentemente nessa situação, tendo a rua como local de referência (Almeida *et al.*, 2016, p.94).

Ficar na rua é ainda preservar e manter uma rede de relações de suporte. Estar na rua é estruturar progressivamente um novo cotidiano que tem como referencial o espaço público, com seus moradores e usuários. Ser da rua é tornar esse espaço seu cotidiano real, tendo a rua como moradia e local de trabalho, e ir se desvinculando gradativamente das suas redes sociais de suporte e aderindo aos códigos que imperam nas ruas (Andrade, Costa, & Marcheti, 2014).

Dentre as vulnerabilidades a que está sujeita a população de rua, cabe destacar os eventos de violência, como os apresentados no artigo intitulado “*Reflexões bioéticas sobre o processo de envelhecimento e o idoso morador de rua*”, que também destaca as sensações de insegurança e incertezas que essa população vivencia diariamente (Gusmão, *et al.*, 2012).

Na fala de D, fica evidenciado o aumento da violência nas ruas:

*“A rua, agora realmente, ela tá muito agressiva, a rua não tá como era antigamente, a rua antigamente tu saía dormia e não acontecia tanta coisa, mas agora tu pode morrer. [...] por exemplo, se uma pessoa chega de longe, chega aqui, né, vou chegar lá, chega de repente no outro lugar vai dormir na rua, ele pode amanhecer morta.”* (Sujeito D, mulher de 61 anos, entrevista do dia 08 outubro, 2015)

Criminalidade e incertezas são elementos que, na maioria das vezes, compõem o cotidiano de muitos homens e mulheres que vivem os seus dias no ambiente de rua. Nesse sentido, uma pesquisa demonstrou o estado de alerta contínuo do sujeito na rua, mesmo quando pretende dormir, e também sua insegurança na presença de outros, o que merece uma reflexão sobre como a violência vem se perpetuando nas ruas (Gutierrez, Silva, Rodrigues, & Andrade, 2009). Quanto à violência, esta é:

*“um ato de brutalidade, sevícia e abuso físico e/ou psíquico contra alguém e caracteriza relações intersubjetivas e sociais definidas pela opressão, intimidação, pelo medo e pelo terror. A violência se opõe à ética porque trata seres racionais e sensíveis, dotados de linguagem e de liberdade como se fossem coisas, isto é, irracionais, insensíveis, mudos, inertes ou passivos.”* (Chauí, 1999, p. 5).

Vivenciar essas fragilidades é muito difícil para a maioria das pessoas idosas em situação de rua, como pode ser observado na fala de Q:



*“Estar na rua é terrível, terrível, é morte. Muito triste, igual a um bicho. Experiência positiva não tive nenhuma. Tudo é negativo. As pessoas me veem como uma coisa qualquer. Eu me sinto muito ruim, quase que um bicho.”* (Sujeito Q, mulher de 80 anos, entrevista do dia 07 janeiro, 2016)

O Estado deveria garantir à pessoa idosa a proteção à vida e à saúde, assegurando-lhe um envelhecimento saudável e digno. Entretanto, a realidade apresentada na fala de Q contrapõe-se a essa premissa. O Estatuto do Idoso considera a vida como direito individual e social, assim como o envelhecimento, porém é comum a existência de idosos em situação de miserabilidade, desprovidos de proteção capaz de lhes assegurar a manutenção das necessidades básicas de vida (Fernandes, Raizer, & Brêtas, 2007).

Por outro lado, o município oferece alguns serviços de atendimento a pessoas idosas e a pessoas em situação de rua, mas nenhum especializado exclusivamente no atendimento específico à população idosa em situação de rua. Os programas da FASC em Porto Alegre dividem-se em proteção social básica e proteção social especial. A proteção social básica conta com o CAD único<sup>1</sup> e com 22 CRAS<sup>2</sup>.

A proteção social especial divide-se em ações de média e de alta complexidade. A média complexidade é um serviço voltado para famílias e pessoas que estão em situação de risco social ou tiveram seus direitos violados. Oferece apoio, orientação e acompanhamento para a superação dessas situações por meio da promoção de direitos, da preservação e do fortalecimento das relações familiares e sociais (Brasil, 2009). Conta com nove CREAS e serviços de atendimento à pessoa com deficiência, Centro-Dia de Idoso e Centro POP. A alta complexidade são aqueles serviços que garantem a proteção integral (moradia, alimentação, higienização e trabalho protegido) para famílias e indivíduos que se encontram em situação de violação de direitos (Brasil, 2009). Conta com os núcleos de acolhimentos, dentre eles quatro instituições de longa permanência (ILPIs), dois albergues, e duas casas-lares que atendem idosos vulneráveis e também em situação de rua.

<sup>1</sup> Centro POP: serviço oferecido pela FASC. É um espaço de referência para o convívio grupal, social e o desenvolvimento de relações de solidariedade, afetividade e respeito. Serviço Especializado para Pessoas em Situação de Rua que visa a proporcionar vivências para o alcance da autonomia e estimular a organização, a mobilização e a participação social (MDS, 2011).

<sup>2</sup> CRAS: Centro de Referência de Assistência Social.

Mattos, C. M. Z. de, Grossi, P. K., Kaefler, C. T., & Terra, N. L. (2016). O envelhecimento das pessoas idosas que vivem em situação de rua na cidade de Porto Alegre, RS, Brasil. *Revista Kairós Gerontologia*, 19(3), pp. 205-224. ISSN 2176-901X. São Paulo (SP), Brasil: FACHS/NEPE/PEPGG/PUC-SP

Dessa forma, embora o município apresente serviços, ações e políticas voltadas à população em situação de rua, e a idosos, ainda há muito a se fazer. O trabalho inter- e transdisciplinar é fundamental para atender à demanda de maneira qualificada e resolutive, fortalecendo a autonomia do sujeito e promovendo condições para sua saída das ruas, bem como para a redução das vulnerabilidades a que estão expostos, como os processos de violência vivenciados. Também há a necessidade de um serviço específico e exclusivo para as pessoas idosas em situação de rua.

### **Alterações na saúde**

Neste item, deseja-se discutir sobre as alterações na saúde percebidas pelas pessoas idosas em situação de rua. O envelhecimento humano inicia-se desde a concepção; por outro lado, as alterações patológicas na saúde aparecem com mais evidências com o passar dos anos, com mais incidência na velhice.

O processo de envelhecimento, contínuo e fisiológico, pode tornar-se patológico em situações de sobrecarga do organismo, ou seja, pela exposição acentuada a condições de vida não saudáveis, como alimentação inadequada, sedentarismo e estresse, suscitando algumas doenças comuns na terceira idade: a diabetes, a hipertensão e a osteoporose, dentre outras (Veras, 2012).

Envelhecer e perceber o processo através do comprometimento das capacidades funcionais é uma realidade apontada pelas pessoas idosas em situação de rua. Essa característica pode ser observada nas seguintes falas:

*“[...] está doendo o braço direito, eu sou diabético e tenho pressão alta. Esse braço, o direito fica tudo adormecido, formigueiro. Isso me atrapalha, estou todo arrebitado. Tenho dois parafusos na perna direita e duas cirurgias na coluna.” (Sujeito P, homem de 62 anos, entrevista do dia 07 janeiro, 2016).*

*“Eu tenho asma, eu tenho pressão alta e agora estou sentindo dor no corpo.” (Sujeito Q, mulher de 80 anos, entrevista do dia 07 janeiro, 2016).*

*“Eu preciso tratamento médico diariamente. Eu tenho problema de coração e não posso forcejar. Não posso trabalhar. Eu tenho problema de coração. Não posso.” (Sujeito C, homem de 61 anos, entrevista do dia 09 setembro, 2015).*

*“[...] e agora eu tô sem bombinha, né? Vou consultar agora, quinta-feira. Fica pior ainda quando eu subo uma lomba, eu quase morro. Meu coração parece que vai disparar... é horrível, e aí, né?, eu não podia mais trabalhar, como é que eu vou... Ai, eu fico ruim. Às vezes eu não durmo a noite inteira tossindo, tossindo, tossindo, agora por até que eu tô legal.” (Sujeito B, mulher de 61 anos, entrevista do dia 09 setembro, 2015).*

*“A minha vida, a minha é boa. Mas o meu companheiro, ele tá com Alzheimer, então ele me complica por isso. Porque ele tá doente também. Então eu... é, eu tenho, na verdade, eu tenho problema no coração, né? Eu faço tratamento.” (Sujeito D, mulher de 65 anos, entrevista do dia 08 outubro, 2015).*

As condições de saúde afetadas por patologias que acometem a terceira idade são evidentes na pesquisa. Como pode ser visto nas falas, alguns sujeitos relatam ser diabéticos, hipertensos ou cardiopatas, além de outros acometimentos, fato que aumenta a vulnerabilidade e os impede de trabalhar e conseguir recursos financeiros para a subsistência, dificultando ainda mais sair das ruas, e também viver nas ruas.

Outro ponto importante a ser destacado é a implementação da política de saúde para as pessoas em situação de rua. As campanhas do Ministério da Saúde orientam para o atendimento na atenção básica voltado às pessoas em situação de rua, mas o estigma, o contexto social e as condições em que esses sujeitos vivem dificultam o acompanhamento da saúde e o tratamento contínuo das patologias que apresentam.

Dessa forma, as alterações de saúde vivenciadas por pessoas idosas em situação de rua necessitam de maior ênfase nacional em busca de resolutividades. O apoio governamental e a transdisciplinaridade, para atender caso a caso, são fundamentais para, de acordo com os preceitos do SUS, garantir uma assistência qualificada e contínua, em especial com ênfase na manutenção da saúde e na vida saudável, mesmo que realizadas neste difícil contexto de rua.

### Envelhecendo nas ruas

Neste item, iremos debater o processo de envelhecimento nas ruas. Traremos situações vivenciadas nas ruas relacionadas ao processo de envelhecimento e às dificuldades que este traz consigo, como a discriminação.

Conhecer o processo de envelhecimento das pessoas idosas em situação de rua é um desafio para a superação do estigma, do preconceito e da discriminação na construção de um novo olhar e de políticas públicas que garantam intervenções que não reproduzam a perversidade. Resistir à discriminação por serem idosos e pobres é um desafio para eles. Ao mesmo tempo, é um compromisso da comunidade ética promover a equidade e a justiça social, assegurando acesso universal aos bens e serviços relativos a programas e políticas sociais, incentivo à diversidade e participação social, comunitária e nacional de grupos discriminados, além de considerar as potencialidades do sujeito e o processo de realização com olhar interdisciplinar e intersetorial, garantindo os direitos humanos básicos e a inserção/ inclusão dessa população na sociedade (Machado, 2012).

Estar em situação de rua após os 60 anos exige ainda mais habilidades do que antes de ser idoso. O aumento da vulnerabilidade da pessoa idosa em situação de rua fica evidente diante das condições de saúde alteradas pelo envelhecimento, já mencionadas, como a diminuição da capacidade funcional para buscar o sustento e a exposição social das suas fragilidades perante outros grupos.

Na “velhice”, o desejo de sair das ruas e de ter um cuidador aparece evidenciado nos relatos abaixo. A ausência das condições básicas de vida e do cuidador mexem com o pensamento da pessoa idosa que está envelhecendo nas ruas e fica deprimida ao pensar em seu futuro.

*“Eu tenho depressão. Depressão bastante. Eu sou infeliz. Meus sentidos de visão e audição são muito ruins. Tenho tontura, tontura, assim que me coordena, né? Me domina. Eu tenho que pedir uns espaços que eu caio no meio da rua. Já tentei tratamento. Às vezes eu caio e dou com a cabeça, esses dias eu caí e dei com a cabeça no chão, é cruel, sabe? Eu não procuro mais médico, entreguei tudo na mão de Deus, sabe? Eu sei onde é que tá porque eu sou desviado da igreja. Fiquei doze anos dentro da igreja. Dentro do evangelho. Ah*

*Deus o livre!, já passei fome, passei muito frio na rua, sabe? Mas sempre trabalhei, agora eu tô perdendo a potência no trabalho, é a idade, né? Tá chegando.”* (Sujeito E, homem de 61 anos, entrevista do dia 22 de out., 2015).

*“Eu vendo isqueiro na rua e sou aposentado por invalidez. O meu dinheiro é menos que um salário mínimo. Estar nessa situação para mim é terrível, dói minha alma, está louco. Cruel, está louco. É horrível.”* (Sujeito P, homem de 62 anos, entrevista do dia 7 de jan., 2016).

*“Saúde em primeiro lugar, e até se eu pudesse fazer um trabalhinho eu gostaria de fazer um trabalhinho, tenho vontade. A pior coisa na vida é a gente não fazer nada, se sentir inútil. Porque eu estou vivendo uma vida de cachorro, aliás, aqueles cachorrinhos vira-latas, que tem cachorro que tem a vida muito boa. No albergue é muito bom e na rua eu procuro ficar sempre junto, onde tem bastante movimento para não ser maltratada.”* (Sujeito Q, mulher de 80 anos, entrevista do dia 7 de jan., 2016).

*“Muitas pessoas aqui faltam respeito com velho. Uso maconha de vez em quando, que ajuda a amenizar um pouco a dor que eu sinto. A maconha acalma, ela não prejudica, ela acalma o cara. Não para se chapar, ficar drogado, não, a maconha ajuda, não sendo demais ela não prejudica. Qualidade de vida, se eu tivesse um familiar que me cuidasse estaria. Assim não dá.”* (Sujeito R, homem de 62 anos, entrevista do dia 7 de jan., 2016).

Conforme o relato do sujeito E, pode-se observar a piora das condições de vida com o envelhecimento. Devido a sua saúde abalada por patologias não tratadas diante da inacessibilidade de um tratamento eficaz dentro do seu contexto de vida, ele relata piora nas suas condições de sobrevivência, afastando ainda mais a possibilidade de obter renda com um trabalho e sair da situação de rua.

Também o fator psicológico e social do trabalho dá sentido à vida, sentido de utilidade para o indivíduo. A falta do trabalho torna-o ser descartável e inútil, ocasionando baixa estima e colaborando para os quadros depressivos com consequentes danos à saúde mental.

Outra questão que aparece nas falas é a vulnerabilidade de gênero. Quando a participante Q menciona a necessidade de ficar em locais movimentados na rua como meio de proteção para não ser violentada, e também que o albergue é bom, retrata sua fragilidade enquanto mulher, e as alternativas que encontra para se proteger.

O número de mulheres em situação de rua é menor do que o número de homens nessa situação. Conforme o 1º Censo e Pesquisa Nacional sobre as pessoas em situação de rua realizado no Brasil, 18% eram mulheres e 82% homens (Sagi, 2010). Os dados de um estudo no Canadá revelaram que mulheres em situação de rua, entre 18 e 44 anos de idade, têm entre oito e trinta vezes mais chances de morrer do que as mulheres da mesma faixa etária da população geral. Esse índice cai para, em média, 1,5 vezes mais chance de morrer para mulheres com mais de 44 anos (Cheung, & Hwang, 2004). Isso remete à reflexão sobre o motivo pelo qual as mulheres estão em menor número nas ruas, sobre o elevado risco de morte e sobre a violência de gênero a que estão expostas, bem como sobre as condições de vida a que se submetem para não estarem em situação de rua.

Vivenciar o processo de envelhecimento nas ruas é uma condição cruel, característica descrita pelas próprias pessoas nessa situação. Embora o governo implemente propostas e políticas voltadas à pessoa idosa e à população em situação de rua, ainda são incipientes as ações efetivas de empoderamento desses sujeitos e de saída dessa condição de rua; além do mais, falta uma política voltada especificamente para o segmento “idoso em situação de rua”.

### **Planos para o futuro**

Para a maior parte dos participantes, pessoas idosas em situação de rua, os planos para o futuro resumem-se a conquistar um lar para morar. Como pode ser visto nos relatos abaixo, é um desejo comum entre os participantes conseguir pagar um aluguel ou uma pensão para “viverem felizes”.

*“ah...pensando, eu ter a minha casinha de novo, com tudo direitinho dentro, eu gostaria de começar a trabalhar, assim...fazer alguma coisa assim, pra ganhar um dinheirinho. Casa, artesanato. A gente tinha uma professora, a gente aprendeu muita coisa. Mas às vezes, quando eu tô calma e tudo... Quando eu ir pra minha casinha, eu vou começar a fazer umas coisinhas pra ver se dá certo. Pra mim vender... pra ganhar um dinheirinho.”* (Sujeito B, mulher de 61 anos, entrevista do dia 9 de set., 2015).

*“Vou fazer um tratamento. Fazer meus documentos e vou me aposentar. Eu quero alugar uma peça, se eu não morrer até lá, se eu morrer também, tenho nada a perder, né? (riso) Dá nada, né? Mas é isso aí, guria.”* (Sujeito E, homem de 60 anos, entrevista do dia 22 de out., 2015).

*“Uma casinha onde eu pudesse viver normalmente. Seria maravilhosa, maravilhosa. Porque eu bordo, eu faço crochê, eu faço tricô e a vida seria boa, alugaria uma peça e ficaria muito bem. Ai sim eu seria feliz.”* (Sujeito Q, mulher de 80 anos, entrevista do dia 7 de jan., 2016).

A grande maioria dos participantes deseja obter uma renda por meio de um trabalho ou de uma aposentadoria para adquirir um lar. Também possuem a expectativa de resgatar os vínculos familiares quando puderem garantir seu próprio sustento.

Por outro lado, há uma parcela desses sujeitos desesperançada. Após serem beneficiados por programas sociais que garantem uma renda mensal, deram-se conta de que essa renda é insuficiente para garantir sua própria subsistência e sua saída das ruas.

Para Oliveira (2001, p. 133), a “pessoa de rua” sofre a falta de perspectivas de futuro “quando não mais encontra significados fortes que a faça sonhar e fazer projetos de vida, vive somente no presente”. Alguns usuários de Centros de Acolhida chegaram a declarar que estão ali apenas “esperando a morte chegar” e que percebiam o local que estavam como um “depósito de humanos” (Gusmão, *et al.*, 2012).

O passado, o presente, e o futuro do idoso em situação de rua estão associados com adversidades e constrangimentos. O passado marcado por um círculo de pobreza reflete a dificuldade de atribuir valores positivos ao presente, e a possibilidade de um futuro melhor esvazia-se (Mattos, & Ferreira, 2005).

Por outro lado, destoando da maioria dos participantes da pesquisa, teve um único sujeito que se declarou feliz pela liberdade que possui estando nas ruas. Seus planos para o futuro são o de ser feliz, continuar livre e de bem com ele mesmo, como pode ser visto na sua declaração:

*“Para mim não interessa dinheiro, interessa ser feliz, eu quero é curtir a vida, sabe? O que eu ganho é o suficiente para eu sobreviver e tudo vem na mão, o que eu quero? ... que eu não entro em uma loja para comprar uma roupa, quando eu penso em um tênis vem um tênis, quando eu penso em uma calça vem a calça, quando eu penso em uma camisa vem uma camisa, sabe? Claro que quem tem uma família, tem filhos tem que pensar nisso aí, né? Mas para mim não, para mim o ideal é o que eu me sinto bem, feliz dessa maneira.... Porque se eu não fosse realizado eu não estava feliz comigo mesmo, eu estou feliz comigo mesmo.” (Sujeito S, homem de 60 anos, entrevista do dia 07 janeiro 2016).*

Isso demonstra a heterogeneidade e singularidade dos sujeitos idosos em situação de rua. Cada caso deve ser visto e planejado junto à assistência social e às políticas públicas, pois, diferentemente do que a maioria da população pensa, as pessoas idosas em situação de rua não são iguais, homogêneas e com os mesmos planos para o futuro. Esses sujeitos devem ser respeitados, pois se diferenciam entre si como qualquer outro grupo de pessoas.

Também merece destaque a necessidade de implementar ações que garantam o empoderamento desses sujeitos e sua saída das ruas. Devolver-lhes a dignidade e preservar seus planos para o futuro é alforriar vidas e dar-lhes sentido.



## Conclusão

O aumento da população idosa em situação de rua é um fenômeno que merece ser estudado. Ele surgiu em decorrência do aumento da expectativa de vida geral e também alterou o cenário das pessoas em situação de rua, aumentando o número de idosos neste segmento (Schuch, 2012). É uma nova realidade vista nos grandes centros urbanos, necessitando de pesquisas para que sejam propostas estratégias de enfrentamento a essa situação que afeta inúmeras pessoas idosas.

Envelhecer nas ruas é um processo que pode ser triplamente excludente e também “cruel”, como exposto pelos entrevistados. A exclusão se dá pela própria situação de rua, pelo fato de ser idoso e também, em alguns casos, por ser mulher remetendo à vulnerabilidade de gênero, além das demais fragilidades e rompimentos de vínculos familiares, sociais e de emprego, dentre outros. Os relatos dos entrevistados trazem reclamações sobre sua condição física e de saúde, consequência do envelhecimento, que os incapacita para realizar atividades ou trabalhos que pudessem remunerá-los.

Estar em situação de rua para a maioria dos sujeitos caracteriza-se por sofrimento e dor. Eles descrevem as vulnerabilidades a que ficam expostos, principalmente em relação ao frio, à fome, à violência e à invisibilidade de sua existência perante a sociedade.

Vivenciar o processo de envelhecimento nas ruas e a alteração das condições de saúde é muito difícil para eles. A maioria relata que o corpo vai se modificando e a “idade começa a pesar”, ou seja, já não possuem a agilidade e a força necessária para realizar atividades básicas de sobrevivência (como caminhadas extensas e força para trabalhos extras); eles(as) também relatam as inúmeras patologias (cardiopatia, diabetes, hipertensão) que surgiram, aumentando as suas fragilidades.

Relacionando-se a todas as questões já mencionadas, verificou-se que o processo de envelhecer nas ruas pode ocasionar danos à saúde mental dos sujeitos. Conforme alguns relatos, os(as) participantes exprimem sentimentos de tristeza e de depressão ao se perceberem idosos(as); histórias de rompimentos e vulnerabilidades frequentes e sucessivas que vivenciaram ao longo de suas vidas agravam a sua saúde mental.

O resultado de toda essa análise aparece nos relatos sobre os planos futuros que possuem. Por um lado, uma parcela das pessoas idosas em situação de rua tem esperança de conseguir benefício que lhes provenha o sustento, garantindo a volta para um lar e a reconciliação familiar. Por outro lado, a outra parcela desses sujeitos, que já possui o benefício, encontra-se sem esperanças em razão de não ter conseguido sair das ruas ou prover seu próprio sustento, quiçá reconciliar-se com seus laços afetivos familiares.

O envelhecimento das pessoas idosas em situação de rua é um tema que não se esgota aqui. Pelo contrário, devem ser ampliadas as discussões para que possamos implementar estratégias e ações específicas para as pessoas idosas em situação de rua. É necessário diminuir as vulnerabilidades a que estão expostas, bem como garantir-lhes uma vida digna com expectativas futuras por meio de programas e políticas públicas intersetoriais na área da saúde, assistência social, habitação, trabalho e educação, a fim de combater os processos de exclusão e atender às reais necessidades dessa população.

## Referências

- Almeida, S., Lopes, A., Tibyriçá, R. F., Siqueira, R. de C. L., & Graeff, B. (2016). Idosos em situação de rua e demandas judiciais: estudo exploratório e pistas para investigação gerontológica. *Revista Kairós Gerontologia*, 19(22, número especial “Envelhecimento e Velhice”), 85-108. ISSN 2176-901X. São Paulo (SP), Brasil: FACHS/NEPE/PEPGG/PUC-SP. Recuperado em 01 fevereiro, 2016, de: <https://revistas.pucsp.br/index.php/kairos/article/viewFile/31631/22026>.
- Andrade, L. P., Costa, S. L., & Marcheti. (2014). A rua tem um ímã, acho que é a liberdade: potência, sofrimento e estratégias de vida entre moradores de rua na cidade de Santos, no litoral do Estado de São Paulo. São Paulo, SP: *Saúde Soc*, 23(4), 1248-1261. Recuperado em 01 fevereiro, 2016, de: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v23n4/0104-1290-sausoc-23-4-1248.pdf>.
- Bardin, Laurence. (2011). *Análise de conteúdo*. São Paulo, SP: Edições 70 (229 p.).
- Brasil. (2015). Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), Coordenação de População e Indicadores Sociais. *Síntese de indicadores sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira*. Rio de Janeiro, RJ. Recuperado em 01 fevereiro, 2016, de: <http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv95011.pdf>.
- Brasil. (2009). Política Nacional de Assistência Social PNAS/2004. *Norma Operacional Básica NOB/SUAS*. (Edição reimpressa) Brasília, DF, novembro de 2005. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Secretaria Nacional de Assistência Social.

Chauí, M. (1999). Uma Ideologia Perversa. São Paulo, SP: *Folha de São Paulo, Caderno Mais!*, p. 3 (14 março, 1999). Recuperado em 01 fevereiro, 2016, de: [http://www1.folha.uol.com.br/fol/brasil500/dc\\_1\\_4.htm](http://www1.folha.uol.com.br/fol/brasil500/dc_1_4.htm).

Cheung, A. M., & Hwang, S. W. (2004). Risk of death among homeless woman: a cohort study and review of the literature. *CMAJ*, 170(4), 1243-1247. Recuperado em 17 abril, 2016, de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15078846>.

Debert, G. (1999). *A reinvenção da velhice*. São Paulo, SP: Edusp.

Fernandes, M. G. (2009). Problematizando o corpo e a sexualidade de mulheres idosas: o olhar de gênero e geração. Rio de Janeiro UERJ: *Revista de Enfermagem*, 17(3), 418-422. Recuperado em 01 fevereiro, 2016, de: <http://www.facenf.uerj.br/v17n3/v17n3a21.pdf>.

Fernandes, F. S. L., Raizer, M. V., & Brêtas, A. C. P. (2007). Pobre, idoso e na rua: uma trajetória de exclusão. *Rev Latino-Am Enfermagem*, 15(número especial). Recuperado em 03 maio, 2016, de: <http://www.eerp.usp.br/rlae>.

Fundação Instituto de Pesquisas Econômica. (2003). *Censo dos Moradores de Rua*. São Paulo, SP. Recuperado em 03 maio, 2016, de: [https://www.google.com.br/?gws\\_rd=ssl#q=Funda%C3%A7%C3%A3o+Instituto+de+Pesquisas+Econ%C3%B4mica.+2003.+Censo+dos+Moradores+de+Rua.+S%C3%A3o+Paulo,+SP](https://www.google.com.br/?gws_rd=ssl#q=Funda%C3%A7%C3%A3o+Instituto+de+Pesquisas+Econ%C3%B4mica.+2003.+Censo+dos+Moradores+de+Rua.+S%C3%A3o+Paulo,+SP).

Ghirardi, M. I. G., Lopes, S. R., Barros, D.D., & Galvani, D. (2005). Vida na rua e cooperativismo: transitando pela produção de valores. Botucatu, SP: *Interface: Comunicação, Saúde, Educação*, 9(18), 601-610. Recuperado em 01 fevereiro, 2016, de: <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-32832005000300014>.

Gusmão, B. da S., Leite, K. L. Y., Monteiro, L., Umeno, M. B., Pessutti, M. S., Santos, Q. S., Batista, S. C., & Falcão, D. V. da S. (2012). Idoso em Situação de Rua e Vivência em Centros de Acolhida: Uma Revisão de Literatura. *Revista Temática Kairós Gerontologia*, 15(6), "Vulnerabilidade/Envelhecimento e Velhice: Aspectos Biopsicossociais", 313-331. São Paulo (SP), Brasil: FACHS/NEPE/PEPGG/PUC-SP. Recuperado em 03 maio, 2016, de: <https://revistas.pucsp.br/index.php/kairos/article/viewFile/17309/12855>.

Gutierrez, B. A. O., Silva, H. S. S., Rodrigues, P. H., & Andrade, T. B. (2009). Reflexões Bioéticas sobre o processo de envelhecimento e o idoso morador de rua. Porto Alegre, RS.: *Estudos Interdisciplinares do Envelhecimento*, 14(2), 187-205. Recuperado em 03 maio, 2016, de: <http://www.seer.ufrgs.br/RevEnvelhecer/article/view/7537>.

Machado, S. A. (2012) *O processo de rualização e o sistema único de assistência social/SUAS: uma interlocução necessária entre proteção social básica e proteção social especial*. Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Serviço Social, da Faculdade de Serviço Social da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul-PUCRS. Porto Alegre, RS, Brasil. Recuperado em 03 maio, 2016, de: <http://text-br.123dok.com/document/nzwnvjz-o-processo-de-rualizacao-e-o-sistema-unico-de-assistencia-social-suas-uma-interlocucao-necessaria-entre-protacao-social-basica-e-protacao-social-especial.html>.

Mattos, R. M., & Ferreira, R. F. (2005). O idoso em situação de rua: Sísifo revisitado. Campinas, SP: *Estudos de Psicologia*, 1(22), 23-32. Recuperado em 03 maio, 2016, de: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-166X2005000100004>.

Minayo, M. C. S. (Org.). (2001). *Pesquisa social: teoria, método e criatividade*. Petrópolis, RJ: Vozes.

Mattos, C. M. Z. de, Grossi, P. K., Kaefler, C. T., & Terra, N. L. (2016). O envelhecimento das pessoas idosas que vivem em situação de rua na cidade de Porto Alegre, RS, Brasil. *Revista Kairós Gerontologia*, 19(3), pp. 205-224. ISSN 2176-901X. São Paulo (SP), Brasil: FACHS/NEPE/PEPGG/PUC-SP

Oliveira, J. L. (2001) *A vida cotidiana do idoso morador de rua: as estratégias de sobrevivência da infância a velhice - um círculo de pobreza a ser rompido*. Dissertação de mestrado em Serviço Social, Faculdade de Serviço Social, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil.

Prefeitura Municipal de Porto Alegre e Fundação de Assistência Social e Cidadania. (2012). *Cadastro da população adulta em situação de rua na cidade de Porto Alegre*. Relatório final. Recuperado em 10 setembro, 2014, de: [http://proweb.procempa.com.br/pmpa/prefpoa/observatorio/usu\\_doc/relatorio\\_final\\_fasc19mar\[1\].pdf](http://proweb.procempa.com.br/pmpa/prefpoa/observatorio/usu_doc/relatorio_final_fasc19mar[1].pdf).

Ministério da Saúde. (2012). Conselho Nacional de Saúde. *Resolução 466/12*. Recuperado em 20 fevereiro, 2014, de: <http://conselho.saude.gov.br/.../reso466.pdf>.

SAGI. (2010). Secretaria de avaliação e gestão da informação. *1º Censo e Pesquisa Nacional sobre a População em Situação de Rua*. Júnia Quiroga, Diretora do Departamento de Avaliação (DA/SAGI/MDS). Seminário Nacional sobre Direitos e Garantias da População em Situação de Rua. Mesa: Perfil da População em Situação de Rua. Brasília, DF. Recuperado em 10 setembro, 2014, de: <http://www.rcdh.es.gov.br/sites/default/files/2008%20I%20Censo%20e%20Pesquisa%20Nacional%20sobre%20a%20Popula%C3%A7%C3%A3o%20em%20Situa%C3%A7%C3%A3o%20de%20Rua.pdf>.

Schuch, P. (2012). *A Rua em Movimento: debates acerca da população adulta em situação de rua na cidade de Porto Alegre*. Monografia de Graduação em Serviço Social da PUCRS. FASC- Fundação de Assistência Social e Cidadania da Prefeitura Municipal de Porto Alegre, Porto Alegre, RS, Brasil.

Silva, A. H., & Fossá, M. I. T. (2013). *Análise de Conteúdo: Exemplo de aplicação da técnica para análise de dados qualitativos*. Apresentada em IV Encontro de ensino e pesquisa em administração e contabilidade. Brasília, DF.

Silva, H. S., & Gutierrez, B. A. O. (2013). Dimensões da Qualidade de Vida de Idosos Moradores de Rua do Município de São Paulo. *Saúde Soc.* 22(1), 148-159. Recuperado em 20 agosto, 2014, de: <http://www.readcube.com/articles/10.1590/S0104-12902013000100014>.

Trench, B., & Rosa, T. E. da C. (2011). *Nós e o outro: envelhecimento, reflexões, práticas e pesquisa*. São Paulo, SP: Instituto de Saúde. (290p.).

Veras, R. P. (2012). Gerenciamento de doença crônica: equívoco para o grupo etário dos idosos. São Paulo, SP: *Rev. Saúde Pública*, 46(6), 929-934. Recuperado em 20 agosto 2014, de: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v46n6/01.pdf>

Vieira, M. A. C. (1992). A rua como alternativa de moradia e sobrevivência. *Travessia*, 14, pp. 10-13.

Recebido em 28/08/2016

Aceito em 30/09/2016

224 Carine Magalhães Zanchi de Mattos, Patrícia Krieger Grossi, Cristina Thum Kaefler, & Newton Luiz Terra

**Carine Magalhães Zanchi de Mattos** - Docente na Graduação em Enfermagem. Doutoranda em Gerontologia Biomédica, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, PUCRS.

E-mail: carinezanchi@gmail.com

**Patrícia Krieger Grossi** - Doutora em Serviço Social, Universidade de Toronto, Canadá. Docente do Programa de Graduação e de Pós-Graduação em Serviço Social, PUCRS. Docente do Programa de Pós-Graduação em Gerontologia Biomédica, PUCRS. Coordenadora do Núcleo de Estudos e Pesquisa em Violência, Ética e Direitos Humanos, NEPEVEDH. Coordenadora do Grupo de Estudos e Pesquisa em Violência, NEPEVI. Pesquisadora Produtividade do CNPq.

E-mail: pkgrossi@pucrs.br

**Cristina Thum Kaefler** - Docente na Graduação em Enfermagem. Doutoranda em Gerontologia Biomédica, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, PUCRS.

E-mail: crthumenf@ig.com.br

**Newton Luiz Terra** - Doutor em Gerontologia Biomédica, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul. Coordenador dos Cursos de Especialização em Geriatria Clínica e Preventiva e diretor do IGG-PUCRS.

E-mail: terranl@pucrs.br

## Como citar este documento

O envelhecimento das pessoas idosas que vivem em situação de rua na cidade de Porto Alegre, RS, Brasil

Formato de citação

MATTOS, Carine Magalhães Zanchi de et al. O envelhecimento das pessoas idosas que vivem em situação de rua na cidade de Porto Alegre, RS, Brasil. **Kairós. Revista da Faculdade de Ciências Humanas e Saúde. ISSN 2176-901X**, [S.l.], v. 19, n. 3, p. 205-224, set. 2016. ISSN 2176-901X. Disponível em: <<https://revistas.pucsp.br/index.php/kairos/article/view/33014/22758>>. Acesso em: 07 jul. 2017.

**Fechar**

## ANEXO A – Comprovante de submissão do artigo

Submissões Ativas

# Revista Interdisciplinar de Estudos em Saúde

CAPA SOBRE PÁGINA DO USUÁRIO PESQUISA ATUAL  
 ANTERIORES NOTÍCIAS PORTAL DE PERIÓDICOS DA UNIARP  
 PORTAL UNIARP DIRETRIZES PARA AUTORES

[OPEN JOURNAL  
SYSTEMS](#)

IDIOMA

Capa > Usuário > Autor > **Submissões Ativas**

## Submissões Ativas

**ATIVO** ARQUIVO

ID	MM-DD ENVIADO	SECÃO	AUTORES	TÍTULO	SITUAÇÃO
1598	12-07	ART	Thum, Terra, Costa, Ely, FIGUEIRO	<a href="#">PERFIL DE IDOSOS E SUA PERCEPÇÃO ENQUANTO SATISFAÇÃO NOS...</a>	<a href="#">EM EDIÇÃO</a>

1 a 1 de 1 itens

### Iniciar nova submissão

[CLIQUE AQUI](#) para iniciar os cinco passos do processo de submissão.

ISSN: 2238-832X

Universidade Alto Vale do Rio do Peixe (UNIARP)  
 Rua Victor Baptista Adami, 800 - Centro  
 CEP: 89500-000 - Cx. Postal 232 - Fone: (49) 3561-6200  
 E-mail: uniarp@uniarp.edu.br

Copyright © 2010 UNIARP. Todos os direitos reservados.

[Ajuda do sistema](#)

USUÁRIO

Logado como:  
**crkaefer**

- [Meus periódicos](#)
- [Perfil](#)
- [Sair do sistema](#)

NOTIFICAÇÕES

- [Visualizar](#) (9 nova(s))
- [Gerenciar](#)

AUTOR

Submissões

- [Ativo](#) (1)
- [Arquivo](#) (0)
- [Nova submissão](#)

CONTEÚDO DA REVISTA

Pesquisa

Escopo da Busca

Todos ▼

Procurar

- [Por Edição](#)
- [Por Autor](#)
- [Por título](#)
- [Outras revistas](#)

TAMANHO DE FONTE

INFORMAÇÕES

- [Para leitores](#)
- [Para Autores](#)
- [Para Bibliotecários](#)

# Revista Interdisciplinar de Estudos em Saúde

CAPA SOBRE PÁGINA DO USUÁRIO PESQUISA ATUAL  
 ANTERIORES NOTÍCIAS PORTAL DE PERIÓDICOS DA UNIARP  
 PORTAL UNIARP DIRETRIZES PARA AUTORES

[OPEN JOURNAL SYSTEMS](#)

IDIOMA

Capa > **v.8, n.2 (18) 2019**

## Revista Interdisciplinar de Estudos em Saúde

*RIES* – Revista Interdisciplinar de Estudos em Saúde é um periódico semestral do Grupo Interdisciplinar de Estudos em Saúde (GIES) da Universidade Alto Vale do Rio do Peixe (UNIARP) publicado em formato eletrônico (ISSN: 2238-832X). A revista publica textos inéditos na área da saúde e textos interdisciplinares em diálogo com pelo menos uma das três linhas de pesquisa definidas pelo grupo: Investigação de compostos com atividade biológica; Reabilitação e Terapêuticas tradicionais e complementares; Saúde Pública e humanização. Ela atua como canal de socialização de conhecimento e de pesquisas relacionadas à área da saúde.

**Missão:** Divulgar conhecimento e apresentar resultados de pesquisas inovadoras na área da saúde e de áreas afins que abordem temas relevantes para o contexto brasileiro. Ser um registro público e histórico do conhecimento contemporâneo na área da saúde. Propagar o conhecimento produzido pelos membros do Grupo Interdisciplinar de Estudos em Saúde da Universidade Alto Vale do Rio do Peixe e de academias e pesquisadores(as) que com ele cultivem redes de conhecimento.

### Qualis CAPES

**B1 (Interdisciplinar); B2 (Ensino); B4 (Saúde Coletiva); B4 (Psicologia); B4 (Enfermagem); B4 (Planejamento urbano e regional / Demografia).**

[Ajuda do sistema](#)

USUÁRIO

Logado como:

**crkaefer**

- [Meus periódicos](#)
- [Perfil](#)
- [Sair do sistema](#)

NOTIFICAÇÕES

- [Visualizar](#) (9 nova(s))
- [Gerenciar](#)

CONTEÚDO DA REVISTA

Pesquisa

Escopo da Busca

Todos ▼

Procurar

- [Por Edição](#)
- [Por Autor](#)
- [Por título](#)
- [Outras revistas](#)

TAMANHO DE FONTE

INFORMAÇÕES

- [Para leitores](#)
- [Para Autores](#)
- [Para Bibliotecários](#)



#1598 Sinopse

# Revista Interdisciplinar de Estudos em Saúde

CAPA SOBRE PÁGINA DO USUÁRIO PESQUISA ATUAL  
 ANTERIORES NOTÍCIAS PORTAL DE PERIÓDICOS DA UNIARP  
 PORTAL UNIARP DIRETRIZES PARA AUTORES

[OPEN JOURNAL  
SYSTEMS](#)

IDIOMA

Capa > Usuário > Autor > Submissões > #1598 > **Resumo**

## #1598 Sinopse

**RESUMO** [AVALIAÇÃO](#) [EDIÇÃO](#)


### Submissão

**Autores** Cristina Thum, Newton Luiz Terra, Dinara Hansen Costa, Gabriela Zenatti Ely, MICHELE FERRAZ FIGUEIRO

**Título** Perfil de idosos e sua percepção enquanto satisfação nos serviços de assistência do SUS na Atenção Básica.


**Documento original** [1598-6892-1-SM.DOCX](#) 12-07-2019

**Docs. sup.** Nenhum(a) [INCLUIR DOCUMENTO SUPLEMENTAR](#)

**Submetido por** Cristina Thum 

**Data de submissão** 12 de julho de 2019 - 17:23

**Seção** Estudos Interdisciplinares em Saúde

**Editor** Ricelli Rocha 

**Comentários do Autor** artigo referente a tese de doutoramento em gerontologia Biomédica PUCRS

### Situação

**Situação** Em Edição


**Iniciado** 04-10-2019

**Última alteração** 06-10-2019

### Metadados da submissão

[EDITAR METADADOS](#)

#### Autores


**Nome** Cristina Thum 

**Instituição/Afiliação** Universidade de Cruz Alta -UNICRUZ

**País** —

**Resumo da Biografia** Doutoranda em Gerontologia Biomédica -PUCRS,  
Mestre em enfermagem e Saúde -FURG  
Docente Universidade de Cruz Alta UNICRUZ  
Area: Saúde


Contato principal para correspondência.

**Nome** Newton Luiz Terra 

**Instituição/Afiliação** PUCRS

**País** Brasil

**Resumo da Biografia** —

**Nome** Dinara Hansen Costa 

[Ajuda do sistema](#)

USUÁRIO

Logado como:  
**crkaefer**

- [Meus periódicos](#)
- [Perfil](#)
- [Sair do sistema](#)

NOTIFICAÇÕES

- [Visualizar](#) (9 nova(s))
- [Gerenciar](#)

AUTOR

Submissões

- [Ativo](#) (1)
- [Arquivo](#) (0)
- [Nova submissão](#)

CONTEÚDO DA REVISTA

Pesquisa

Escopo da Busca

Todos ▼

Procurar



- [Por Edição](#)
- [Por Autor](#)
- [Por título](#)
- [Outras revistas](#)

TAMANHO DE FONTE

INFORMAÇÕES

- [Para leitores](#)
- [Para Autores](#)
- [Para Bibliotecários](#)

#1598 Sinopse

Instituição/Afiliação	UNICRUZ- Universidade de Cruz Alta.
País	—
Resumo da Biografia	—
Nome	Gabriela Zenatti Ely 
Instituição/Afiliação	—
País	—
Resumo da Biografia	—
Nome	MICHELE FERRAZ FIGUEIRÓ 
Instituição/Afiliação	—
País	—
Resumo da Biografia	—

### Título e Resumo

Título	Perfil de idosos e sua percepção enquanto satisfação nos serviços de assistência do SUS na Atenção Básica.
Resumo	a população idosa vem aumentando mundialmente, assim ocorre ampliação de demandas assistenciais de saúde a este ciclo vital. <b>objetivo:</b> identificar o perfil de idosos e sua percepção enquanto satisfação nos serviços de assistência do SUS relacionado à equipe multiprofissional de saúde que atuam na atenção básica. <b>Método:</b> pesquisa transversal, descritiva e exploratória. A amostra composta por idosos com idade igual ou superior a 60 anos. Aplicou-se questionário de avaliação utilizado pelo ministério da saúde. A análise estatística dos dados foi realizada no programa <i>Statistical Package for the Social Sciences</i> (spss) versão 22. as variáveis quantitativas foram calculadas com medidas descritivas de posição e de dispersão, já para as variáveis qualitativas foram apresentadas as tabelas de distribuição de frequências. <b>Resultado:</b> maior participação de mulheres, média de idade dos idosos foi de 70,79 anos ( $\pm 7,82$ ), raça branca 82,7(n=470), 48,1(n=263) casados, baixa renda 68,7(n=390). Convivem semanalmente com seus familiares 86,6% (n=492), 65,5(n=372). 47,5% (n=270) dos idosos entrevistados no acompanhamento avaliaram sua atuação profissional como boa. Serviços da equipe de enfermagem, 51,8% (n=294) dos idosos afirmam serem bons; quanto à assistência médica, 44,2% (n=251) categorizaram como bom, serviços de odontologia 8,1%(46). <b>Conclusão:</b> a presente pesquisa aponta indicadores importantes enquanto satisfação dos serviços ofertados pelo SUS, a porta de entrada ao SUS tem se mostrado resolutive, com manejos assistenciais multidisciplinares capazes de absorver as demandas de saúde dos idosos na unidade adscrita.

### Indexação

Área e sub-área do Conhecimento	ciencias da saúde; Idoso; Interdisciplinaridade
Palavras-chave	Sistema Único de Saúde (SUS). Equipe Multiprofissional. Assistência à Saúde do Idoso.
Tipo, método ou ponto de vista	estudo quantitativo
Idioma	pt

### Agências de fomento

Agências	—
----------	---

### Referências

- Referências 1. BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Nú ultrapassa 30 milhões em 2017. Agência IBGE Notícias, 26 abr. 2017. <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-noticias/2012-agencia-idosos-cresce-18-em-5-anos-e-ultrapassa-30-milhoes-em-2017.htm>
2. NOGUEIRA, M. F. Avaliação multidimensional da qualidade devida ocidental paraibano. 2016. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – L Norte, Natal, 2016. Disponível em: <http://repositorio.ufrn.br:8080/jspui/bitstream/123456789/211> Acesso em: 23 jan. 2018.

## #1598 Sinopse

3. MINAYO, M. C. S. O envelhecimento da população brasileira e os desafios para a Saúde Pública, v. 28, n. 2, p. 208-209, 2012. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73311201000200008>.
4. FERNANDES, M. T. O.; SOARES, S. M. O desenvolvimento de políticas de saúde: a Revista da Escola de Enfermagem da USP, v. 46, n. 6, 2012. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S000600029>.
5. SANTOS, M. A.; MATTOS, I. E. Condições de vida e saúde da população de Guaramiranga-CE. Epidemiologia e Serviços de Saúde, v. 20, n. 2, p. 1419-1440, 2010. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73311000200008>.
6. SORATTO, J.; PIRES, D. E. P.; DORNELLES, S.; LORENZETTI, J. Especificidades da tecnologia em saúde. Texto & Contexto - Enfermagem, v. 24, n. 2, p. 1419-1440, 2010. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73311000200008>.
7. MOIMAZ, S. A. S.; MARQUES, J. A. M.; SALIBA, O.; GARBIN, C. A. Percepção do usuário do SUS sobre o serviço público de saúde. Pl. 4, p. 1419-1440, 2010. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73311000200008>.
8. BOLZAN, L. C. et al. Ouvidoria ativa: a inovação das pesquisas de satisfação. CONGRESSO CONSAD DE GESTÃO PÚBLICA, 5, Brasília, 2012. Anais disponíveis em: <http://www.sgcgoias.gov.br/upload/arquivos/2013-03/ouvidoria-ati-satisfacao-na-ouvidoria-geral-do-sus.pdf>. Acesso em: 13 maio 2018.
9. BRASIL, Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 213, 30 abr. 2018.
10. CAMPOS, A. C. V.; FERREIRA, E. F.; VARGAS, A. M. D.; GONÇALVES, L. S. Saudável de idosos brasileiros octogenários. Revista Latino-Americana de Enfermagem, v. 24, n. 1, p. 1518-8345.0694.2724. doi: <https://doi.org/10.1590/1518-8345.0694.2724>.
11. MUNIZ, E. C. S.; GOULART, F. C.; LAZARINI, C. A.; MARIN, M. J. Idosos usuários de plano de saúde suplementar. Revista Brasileira de Gerontologia, v. 21, n. 1, p. 11, 2017. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1981-22562017020.160111>.
12. FREITAS, E. V.; PY, L.; NERI, A. L.; CANÇADO, F. A. X. C.; GORZONI, M. H. Gerontologia. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006.
13. CAMPOS, A. C. V.; REZENDE, G. P.; FERREIRA, E. F.; VARGAS, A. M. D. Funcionalidade familiar de idosos brasileiros residentes em comunidade. Cad. Saúde Pública, v. 33, n. 4, 2017. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8787.2017050053>.
14. ALMEIDA, A. N. O acesso aos serviços de saúde pelos idosos no Brasil: a Amostra de Domicílios (PNAD) entre 1998 e 2008. Jornal Brasileiro de Gerontologia, v. 28, n. 2, p. 2018. Disponível em: <http://files.bvs.br/upload/S/2175-2095/2018>.
15. OLIVEIRA, R. F. R.; SOUZA, J. G. S.; HAIKAL, D. S.; FERREIRA, E. F. O uso de serviços odontológicos provenientes do SUS entre idosos: uma análise de perfil. Saúde Coletiva, v. 21, n. 11, p. 3509-3523, 2016. doi: <https://doi.org/10.1590/1413812320152111.22532015>.
16. SILVIA, K. L.; RODRIGUES, A. T. Promoção da saúde no âmbito comunitário: o papel das operadoras, beneficiários e agência reguladora estatal. Saúde Coletiva, v. 21, n. 11, p. 3509-3523, 2016. doi: <https://doi.org/10.1590/1413812320152111.22532015>.
17. CASTRO, T. A. et al. Agentes Comunitários de Saúde: perfil sociodemográfico e profissional em um município do semiárido baiano. Cad. Saúde Pública, v. 33, n. 7, July 2017. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1414-462x20170003019>.
18. ALONSO, C. M. C.; BEGUIN, P. D.; DUARTE, F. J. C. M. Trabalho de enfermagem em unidades de saúde da família: metassíntese. Rev. Saúde Pública, São Paulo, v. 48, n. 1, p. 11606/s1518-8787.2018052000395. doi: <http://dx.doi.org/10.11606/s1518-8787.2018052000395>.
19. SILVA, G. É. M.; PEREIRA, S. M.; GUIMARÃES, F. J.; PIRRELLI, J. C. O conhecimento de idosos atendidos em unidades de saúde da família: uma análise de perfil. Mineira de Enfermagem, jan/mar; 18(1): 82-87, 2014. DOI: <https://doi.org/10.5902/1518-8787.20140100005>.
20. OLYMPIO, P. C. A. P.; ALVIM, N. A. T. Jogo de tabuleiro: uma estratégia de intervenção em enfermagem. Rev. Bras. Enferm., Brasília, v. 71, supl. 2, p. 818-827, 2017-0365.
21. GOMIDE, Mariana figueiredo souza et al. A satisfação do usuário com o acesso e acolhimento. Interface (botucatu), Botucatu, v. 21, n. 57, p. 1807-57622016.0633. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1807-57622016.0633>.
22. FONSECA, L. M. S. F.; BITTAR, C. M. L. Dificuldades no atendimento de enfermagem de unidades de saúde da família. RBCEH, Passo Fundo, v. 20, n. 4, p. 4080. doi: <http://dx.doi.org/10.5335/rbceh.2012.4080>.
23. SANTOS, C. T. B.; ANDRADE, L. O. M.; SILVA, M. J.; SOUSA, M. A. O conhecimento de idosos atendidos em unidades de saúde da família: uma análise de perfil. Physis: Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 24, n. 1, p. 1518-8787.20140100005. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312016000100005>.

ISSN: 2238-832X

Universidade Alto Vale do Rio do Peixe (UNIARP)  
 Rua Victor Baptista Adami, 800 - Centro  
 CEP: 89500-000 - Cx. Postal 232 - Fone: (49) 3561-6200  
 E-mail: [uniarp@uniarp.edu.br](mailto:uniarp@uniarp.edu.br)

Copyright © 2010 UNIARP. Todos os direitos reservados.

**ANEXO B – Pesquisa: satisfação do usuário idoso do Sistema Único de Saúde (SUS)<sup>5</sup>****Pergunta introdutória**

0 – Você levou, nos últimos 12 meses, um familiar para atendimento no SUS, tais como vacinação consultas, exames, atendimento de urgência, internação ou para pegar medicamentos?

R. (1) Sim

(2) Não

0 – Você utilizou o Sistema Único de Saúde – SUS, ou seja, um sistema público de Saúde municipal, estadual ou federal, nos últimos 12 meses, para vacinação, consultas, exames, atendimento de urgência, internação ou para pegar medicamentos?

R. (1) Sim

(2) Não

1 – Para qual(is) atendimento(s) você procurou o SUS (pode marcar mais de uma opção):

(1) Vacinação, curativos, orientações

(2) Consultas médicas

(3) Consulta odontológica

(4) Exames de laboratório ou imagem

(5) atendimentos de Urgência/SAMU

(6) Internações

(7) Para pegar medicamentos

**Atenção Básica (exceto Saúde Bucal)**

2 – Você é atendido por uma Equipe de Saúde da Família na Unidade Básica de Saúde/Posto de Saúde/Centro de Saúde que atende a região onde você mora?

(1) Sim

(2) Não

(3) Não Sei

3 – Você recebeu em sua casa a visita de um Agente Comunitário de Saúde ou algum membro da Equipe de Saúde da Família nos últimos 6 meses?

(1) Sim

(2) Não

(3) Não Sei

(Se não ou não sei, ir para a questão 5)

4 – Como você avalia a atuação do Agente Comunitário de Saúde no acompanhamento e promoção da saúde de sua família?

(1) Muito Ruim

(2) Ruim

(3) Regular

(4) Boa

(5) Muito Boa

---

<sup>5</sup> Fonte: Bolzan *et al.* (2012) e Moimaz *et al.* (2010).

5 – Você procurou atendimento pelo SUS numa Unidade Básica de Saúde/Posto de Saúde/Centro de Saúde, nos últimos 12 meses:

(1) Sim

(2) Não

(Se não, ir para a questão 15)

6 – Quanto tempo você gastou para chegar à Unidade Básica de Saúde/Posto de Saúde/Centro de Saúde?

(1) Até 30 minutos

(2) Até 1 hora

(3) Até 2 horas

(4) Até 4 horas

(5) Até 12 horas

(6) Mais de 12 horas

(7) Mais de 1 dia

7 – Quanto tempo você esperou para ser atendido na Unidade Básica de Saúde/ Posto de Saúde/ Centro de Saúde? (Tempo entre o momento da chegada à unidade de saúde e o momento do atendimento.)

(1) Até 30 minutos

(2) Até 1 hora

(3) Até 2 horas

(4) Até 4 horas

(5) Mais de 4 horas

(6) Não foi atendido

(7) Não sei

8 – Você precisou agendar a consulta com o médico na Unidade Básica de Saúde/Posto de Saúde/Centro de Saúde

(1) Não, fui atendido no dia

(2) Sim, fui atendido no dia seguinte

(3) Sim, fui atendido em até 1 semana

(4) Sim, fui atendido em até 2 semanas

(5) Sim, fui atendido em até 1 mês

(6) Sim, fui atendido em mais de 1 mês

(7) Não sei

9 – Como você avalia o atendimento da equipe de enfermagem?

(1) Muito Ruim

(2) Ruim

(3) Regular

(4) Bom

(5) Muito Bom

10 – Como você avalia o atendimento do médico?

(1) Muito Ruim

(2) Ruim

(3) Regular

(4) Bom

(5) Muito Bom

11– Ao fim do atendimento no Centro de Saúde você acha que sua demanda:

- (1) Foi Resolvida
- (2) Foi Resolvida Parcialmente
- (3) Não foi resolvida

12 – Você recomendaria o Centro de Saúde para um amigo ou familiar?

- (1) Sim
- (2) Não

13 – Você recebeu encaminhamento para a realização de algum outro procedimento pelo SUS?

- (1) Sim
- (2) Não
- (Se não, ir para questão 15)

14 – O encaminhamento foi para qual procedimento? Conseguiu realizar?

- (1) Exames
  - ( ) Realizou integralmente ( ) Realizou parcialmente ( ) Não realizou
- (2) Consulta com Especialista
  - ( ) Realizou integralmente ( ) Realizou parcialmente ( ) Não realizou
- (3) Encaminhamento para Urgência
  - ( ) Foi atendido ( ) Não foi atendido
- (4) Internação Hospitalar
  - ( ) Foi internado ( ) Não foi internado
- (5) Medicação
  - ( ) Foi entregue na UPA ( ) Buscou na UBS ( ) Buscou no Aqui tem Farmácia Popular
  - ( ) Buscou na Farmácia popular ( ) Buscou no Hospital/Instituto
- (21) Não recebeu medicação
  - ( ) Comprou na Rede Privada ( ) Outros

### **Atenção odontológica**

15 – Você buscou atendimento com dentistas, pelo SUS, nos últimos 12 meses?

- (1) Sim
- (2) Não
- (Se não, ir para questão 23)

16 – Onde foi este atendimento:

- (1) Unidade Básica de Saúde - UBS
- (2) Centro de Especialidades Odontológicas – CEO
- (3) UBS e depois foi encaminhado para o CEO

17 – Quanto tempo você gastou para chegar à Unidade onde foi atendido?

- (1) Até 30 minutos
- (2) Até 1 hora
- (3) Até 2 horas
- (4) Até 4 horas
- (5) Até 12 horas
- (6) Mais de 12 horas
- (7) Mais de 1 dia
- (8) Não sei

18 – Quanto tempo você esperou para ser atendido pelo dentista? (Tempo entre o momento de chegada ao consultório do dentista e o momento em que foi atendido.)

- (1) Até 30 minutos
- (2) Até 1 hora
- (3) Até 2 horas
- (4) Até 4 horas
- (5) Mais de 4 horas
- (6) Não foi atendido
- (7) Não sei

19 – Como você avalia o atendimento pelo dentista do SUS?

- (1) Muito Ruim
- (2) Ruim
- (3) Regular
- (4) Bom
- (5) Muito Bom

20 – Você completou o seu tratamento dentário?

- (1) Sim
- (2) Ainda estou fazendo
- (3) Não

21 – Você avalia que sua demanda foi resolvida:

- (1) Sim
- (2) Parcialmente
- (3) Não foi resolvida

22 – Você recomendaria o Centro de Saúde ou o CEO para um amigo ou familiar?

- (1) Sim
- (3) Não

### **Urgência e emergência**

23 – Você procurou atendimento de urgência em uma UPA, Unidade 24 horas ou Pronto-Socorro do SUS, nos últimos 12 meses?

- (1) Sim
- (2) Não
- (Se não, ir para questão 32)

24 – Onde foi este atendimento:

- (1) UPA
- (2) Unidade 24 horas
- (3) Pronto-Socorro do SUS
- (4) Não sei

25 – Quanto tempo você gastou para chegar a UPA, Unidade 24 horas ou Pronto-Socorro do SUS?

- (1) Até 30 minutos
- (2) Até 1 hora
- (3) Até 2 horas
- (4) Até 4 horas
- (5) Até 12 horas
- (6) Mais de 12 horas
- (7) Mais de 1 dia
- (8) Não sei

26 – Quanto tempo você esperou para ser atendido na UPA, Unidade 24 horas ou Pronto-Socorro do SUS? (Tempo entre o momento de chegada ao local de atendimento e o momento em que foi atendido.)

- (1) Até 30 minutos
- (2) Até 1 hora
- (3) Até 2 horas
- (4) Até 4 horas
- (5) Mais de 4 horas
- (6) Não foi atendido
- (7) Não sei

27 – Como você avalia o atendimento nesta UPA – Unidade de Pronto Atendimento, Unidade 24 horas ou Pronto-Socorro do SUS?

- (1) Muito Ruim
- (2) Ruim
- (3) Regular
- (4) Bom
- (5) Muito Bom

28 – Você recebeu encaminhamento para a realização de algum outro procedimento?

- (1) Sim
  - (2) Não
- (Se não, ir para questão 30)

29 – O encaminhamento foi para qual procedimento? Conseguiu realizar?

- (1) Exames
  - Realizou integralmente  Realizou parcialmente  Não realizou
- (2) Consulta com Especialista
  - Realizou integralmente  Realizou parcialmente  Não realizou
- (3) Encaminhamento para UBS
  - Foi atendido  Não foi atendido
- (4) Internação Hospitalar
  - Foi internado  Não foi internado
- (5) Medicação



( ) Foi entregue na UPA ( ) Buscou na UBS ( ) Buscou no Aqui tem Farmácia Popular  
( ) Buscou na Farmácia popular ( ) Buscou no Hospital/Instituto ( ) Não recebeu medicação ( )  
Comprou na Rede Privada ( ) Outros

30 – Ao fim do atendimento na Unidade você acha que sua demanda:

- (1) Foi Resolvida
- (2) Foi Resolvida Parcialmente
- (3) Não foi resolvida

31 – Você recomendaria a UPA para um amigo ou familiar?

- (1) Sim
- (2) Não

32 – No geral, como você avalia o SUS – Sistema Único de Saúde?

- (6) Muito Ruim
- (7) Ruim
- (8) Regular
- (9) Bom
- (10) Muito Bom

## ANEXO C – Aprovação da pesquisa pelo Comitê de Ética

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE  
CATÓLICA DO RIO GRANDE  
DO SUL - PUC/RS



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** PERCEPÇÃO DOS IDOSOS FRENTE AOS SERVIÇOS ASSISTENCIAIS/EQUIPE MULTIDISCIPLINAR DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

**Pesquisador:** Newton Luiz Terra

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 63402816.3.0000.5336

**Instituição Proponente:** UNIAO BRASILEIRA DE EDUCACAO E ASSISTENCIA

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 1.899.205

#### **Apresentação do Projeto:**

O pesquisador principal do estudo encaminhou ao CEP-PUCRS resposta as pendências emitidas por esse CEP em 17/01/2017.

#### **Objetivo da Pesquisa:**

O pesquisador principal do estudo encaminhou ao CEP-PUCRS resposta as pendências emitidas por esse CEP em 17/01/2017.

#### **Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

O pesquisador principal do estudo encaminhou ao CEP-PUCRS resposta as pendências emitidas por esse CEP em 17/01/2017.

#### **Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

O pesquisador principal do estudo encaminhou ao CEP-PUCRS resposta as pendências emitidas por esse CEP em 17/01/2017.

#### **Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Todos os termos foram apresentados.

#### **Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Todas as pendências foram atendidas adequadamente.

**Endereço:** Av. Ipiranga, 6681, prédio 50, sala 703  
**Bairro:** Partenon **CEP:** 90.619-900  
**UF:** RS **Município:** PORTO ALEGRE  
**Telefone:** (51)3320-3345 **Fax:** (51)3320-3345 **E-mail:** cep@pucls.br

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE  
CATÓLICA DO RIO GRANDE  
DO SUL - PUC/RS



Continuação do Parecer: 1.899.205

**Considerações Finais a critério do CEP:**

O CEP-PUCRS, de acordo com suas atribuições definidas na Resolução CNS n° 466 de 2012 e da Norma Operacional n° 001 de 2013 do CNS, manifesta-se pela aprovação do projeto de pesquisa proposto.

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_831728.pdf	24/01/2017 12:14:05		Aceito
Outros	20170124084657759.pdf	24/01/2017 12:13:24	Anelise Crippa Silva	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETOALTERADOCEPJAN.pdf	24/01/2017 12:12:49	Anelise Crippa Silva	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMAALTERADOJAN.pdf	24/01/2017 12:12:19	Anelise Crippa Silva	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEALTERADOJAN.pdf	24/01/2017 12:12:10	Anelise Crippa Silva	Aceito
Orçamento	orcamentoASSINADO.pdf	29/12/2016 09:24:11	Newton Luiz Terra	Aceito
Outros	CRISTINALINKLATTES.pdf	02/12/2016 09:23:17	Newton Luiz Terra	Aceito
Outros	CRISTINACarta_de_Aprovacao_da_Co_missao_Cientifica_1478668318915.pdf	02/12/2016 09:20:13	Newton Luiz Terra	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	CRISTINADocumento_Unificado_do_Projeto_de_Pesquisa_1478668318915.pdf	02/12/2016 09:19:44	Newton Luiz Terra	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	CARTAINSTITUCIONALAUTORIZACAO_PESQUISA.pdf	30/11/2016 13:37:55	Newton Luiz Terra	Aceito
Outros	INSTRUMENTODEPESQUISAPROJETO.pdf	30/11/2016 12:24:29	Newton Luiz Terra	Aceito
Folha de Rosto	FOLHADEROSTO.pdf	30/11/2016 12:01:06	Newton Luiz Terra	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

**Endereço:** Av. Ipiranga, 6681, prédio 50, sala 703  
**Bairro:** Partenon **CEP:** 90.619-900  
**UF:** RS **Município:** PORTO ALEGRE  
**Telefone:** (51)3320-3345 **Fax:** (51)3320-3345 **E-mail:** cep@pucls.br

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE  
CATÓLICA DO RIO GRANDE  
DO SUL - PUC/RS



Continuação do Parecer: 1.899.205

Não

PORTO ALEGRE, 26 de Janeiro de 2017

---

**Assinado por:**  
**Denise Cantarelli Machado**  
**(Coordenador)**

**Endereço:** Av. Ipiranga, 6681, prédio 50, sala 703  
**Bairro:** Partenon **CEP:** 90.619-900  
**UF:** RS **Município:** PORTO ALEGRE  
**Telefone:** (51)3320-3345 **Fax:** (51)3320-3345 **E-mail:** cep@pucrs.br



Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul  
Pró-Reitoria de Graduação  
Av. Ipiranga, 6681 - Prédio 1 - 3º. andar  
Porto Alegre - RS - Brasil  
Fone: (51) 3320-3500 - Fax: (51) 3339-1564  
E-mail: [prograd@pucrs.br](mailto:prograd@pucrs.br)  
Site: [www.pucrs.br](http://www.pucrs.br)