

Identificando necessidades e possíveis soluções: com a palavra, pessoas idosas na Atenção Primária à Saúde

Identifying needs and possible solutions: with the word, elderly people in Primary Health Care

Rafael Rodolfo Tomaz de Lima¹, Marcelo Viana da Costa², Rosana Lúcia Alves de Vilar³, Janete Lima de Castro⁴, Kenio Costa de Lima⁵

DOI: 10.1590/0103-1104201811915

¹Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN) - Natal (RN), Brasil.
Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-0647-5093>
limarrt@gmail.com

²Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN) - Natal (RN), Brasil.
Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-3673-2727>
vianacostam@yahoo.com.br

³Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN) - Natal (RN), Brasil.
Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-8393-2561>
rosanaalvesrn@gmail.com

⁴Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN) - Natal (RN), Brasil.
Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-1823-9012>
janetecastro.ufm@gmail.com

⁵Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN) - Natal (RN), Brasil.
Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-5668-4398>
limke@uol.com.br

RESUMO O objetivo deste artigo é compreender a percepção de pessoas idosas sobre a atenção à saúde promovida por profissionais da Estratégia Saúde da Família e do Núcleo de Apoio à Saúde da Família para o enfrentamento de suas necessidades. Trata-se de um estudo descritivo com aproximação metodológica qualitativa, fundamentado na perspectiva de usuários da Atenção Primária à Saúde do município de Natal, Rio Grande do Norte, Brasil. Utilizou-se o grupo focal como recurso metodológico, e os dados foram analisados com base no método da Análise de Conteúdo, na modalidade temática. Os resultados foram classificados em três unidades temáticas: (I) Necessidade de boas condições de vida; (II) Necessidade de acesso aos serviços de saúde; e (III) Possibilidades de atendimento às necessidades elencadas. A realização desta pesquisa evidencia que as necessidades das pessoas idosas, no cenário estudado, demandam ações intersetoriais. Outrossim, aponta elementos para uma reflexão crítica sobre a importância da adoção de estratégias nas três esferas de gestão para melhorar os determinantes sociais e diminuir os agravos à saúde dessas pessoas.

PALAVRAS-CHAVE Atenção Primária à Saúde. Estratégia Saúde da Família. Idoso. Necessidades e demandas de serviços de saúde.

ABSTRACT *The aim of this article is to understand the perception of elderly people about health care promoted by professionals from the Family Health Strategy and the Family Health Support Center in order to meet their needs. This is a descriptive study with a qualitative methodological approach, based on the perspective of users of Primary Health Care in the city of Natal, Rio Grande do Norte, Brazil. The focal group was used as a methodological resource, and the data were analyzed based on the Content Analysis method, in the thematic modality. The results were classified into three thematic units: (I) Need for good living conditions; (II) Need for access to health services; and (III) Possibilities to meet the needs listed. The realization of this research shows that the needs of the elderly, in the scenario studied, demand intersectoral actions. It also points out elements for a critical reflection on the importance of adopting strategies at the three levels of management to improve social determinants and reduce the health problems of these people.*

KEYWORDS Primary Health Care. Family Health Strategy. Aged. Health services needs and demand.



Introdução

No âmbito internacional, a Declaração de Alma-Ata, resultante da Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, realizada no Cazaquistão, entre 6 e 12 de setembro de 1978, foi um marco importante para o desenvolvimento da Atenção Primária à Saúde (APS), pois reiterou a meta ‘Saúde para Todos nos Anos 2000’, definida durante a Assembleia Mundial de Saúde realizada em 1977, e defendeu a APS como modelo de atenção central no processo de desenvolvimento dos países^{1,2}.

Segundo Starfield³, a APS é um nível de cuidado que forma a base de qualquer sistema de saúde, abordando os problemas mais comuns na comunidade, ofertando serviços de prevenção, cura e reabilitação à população. A literatura apresenta evidências de que a APS é capaz de organizar e racionalizar o uso de recursos, tanto básicos como especializados, direcionados para a promoção e a melhoria da saúde³.

No Brasil, a adaptação do conceito de ‘cuidados primários de saúde’ à realidade e às demandas do País incluiu a inserção de atividades de educação, vacinação, nutrição, saneamento, organização sociocomunitária, entre outras, significando uma ampliação do escopo da proposta original⁴. Porém, o fortalecimento da APS só teve início na década de 1990, com o processo de descentralização do Sistema Único de Saúde (SUS). Ainda na década de 1990, mais precisamente, em 1994, o Ministério da Saúde criou o Programa Saúde da Família (PSF), derivado do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (Pacs), fundado em 1991, com o objetivo de reorientar o modelo assistencial a partir da APS^{5,6}.

Tendo como base os princípios da promoção e proteção à saúde, e da prevenção de agravos, seja no âmbito individual ou coletivo, o PSF tornou-se eixo estruturante dos sistemas municipais de saúde, passando a se chamar Estratégia Saúde da Família (ESF), no ano de 2006⁷. De acordo com a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), revisada em 21 de setembro de 2017 através da Portaria nº 2.436,

do Ministério da Saúde, a ESF é o modelo de organização prioritário para expansão, consolidação e qualificação da APS. Além disso, é a principal porta de entrada do SUS e o principal meio de comunicação dos usuários com as redes de atenção à saúde. O cuidado proporcionado pelos profissionais da equipe multiprofissional da ESF, no âmbito domiciliar ou nas Unidades Básicas de Saúde da Família (UBSF), é capaz de valorizar a singularidade e a história de vida dos sujeitos, estimulando a criação de vínculos entre os usuários e os serviços de saúde⁸.

Para potencializar a capacidade de mudanças nas práticas de atenção à saúde, também vem sendo discutida a necessidade de fortalecimento da lógica de redes de atenção coordenadas pelas equipes da APS^{9,10}. Outra estratégia para fortalecer a APS no Brasil e ampliar o escopo de atuação dos profissionais da ESF foi a criação, pelo Ministério da Saúde, do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (Nasf), em 2008, através da Portaria nº 154.

A partir da APS, as equipes multiprofissionais do Nasf, juntamente com as equipes da ESF, assumem a função coordenadora do SUS, e, com a realização do apoio matricial, visam a romper com as práticas de trabalho verticalizadas e hierarquizadas¹¹. Ademais, buscam proporcionar a integralidade do cuidado para os demais níveis de atenção¹².

Essa lógica de organização, orientada pela definição do território, pelo fortalecimento de vínculos, trabalho em rede e em equipe, mostra-se cada vez mais necessária frente às problemáticas que permeiam a vida e a saúde das pessoas. Entre essas questões de grande complexidade, o envelhecimento vem se configurando como fenômeno que merece cada vez mais atenção como forma de melhorar a qualidade de vida e ressignificar sua relevância social numa sociedade que envelhece em grandes proporções.

No contexto atual, onde o envelhecimento tem se tornado um fenômeno mundial¹³, a saúde da pessoa idosa (idade ≥ 60 anos) vem ganhando prioridade no SUS¹⁴. O Pacto pela

Vida e a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI), normativas publicadas em 2006, definiram que a qualidade da atenção à saúde da população idosa deve pautar-se na integralidade do cuidado e no desenvolvimento prioritário de ações no âmbito da APS¹⁵. Tais ações devem partir da identificação das necessidades das pessoas idosas, compreendendo que elas não são somente de ordem biológica, tampouco individuais e homogêneas¹⁶.

Neste artigo, assume-se que as necessidades são representadas por condições que permitem aproveitar a vida, constituindo-se em algo que precisa ser resolvido para que o indivíduo esteja satisfeito e continue a viver. As necessidades sempre irão variar, tornando-se amplas e diversificadas, e dependerão do estilo de vida de cada sujeito, bem como das oportunidades de acesso e de consumo dos serviços dos setores de saúde, educação, trabalho, habitação, alimentação, entre outros. Assumem caráter processual, pois, à medida que são atendidas, refazem-se na dinâmica de vida nos diferentes contextos sociais e históricos¹⁷⁻¹⁹.

Ademais, de acordo com Cecilio¹⁷, as necessidades podem ser entendidas como: 1) necessidade de boas condições de vida; 2) necessidade de garantia de acesso a tecnologias que melhorem e prolonguem a vida; 3) necessidade de vínculo com um profissional ou equipe de saúde; e 4) necessidade de autonomia e autocuidado na escolha do modo de viver.

Apesar dos importantes avanços da APS no Brasil, bem como no cuidado à saúde das pessoas idosas, alguns impasses e problemas ainda persistem e precisam ser discutidos para que soluções sejam encontradas. É preciso envolver a participação das pessoas idosas em todos os espaços organizacionais, políticos, sociais e culturais para a promoção do envelhecimento ativo e saudável, bem como adequar a formação e o processo de

trabalho das equipes da ESF e do Nasf à realidade desse segmento etário.

Nesse sentido, o presente artigo tem o objetivo de compreender a percepção de pessoas idosas sobre a atenção à saúde, promovida por profissionais da ESF e do Nasf, para o enfrentamento de suas necessidades.

Material e métodos

Este artigo é oriundo de um estudo descritivo com aproximação metodológica qualitativa, fundamentado na perspectiva de usuários da APS do município de Natal, Rio Grande do Norte, Brasil. Em 2010, a população total da cidade de Natal era composta por 862.044 habitantes, onde 9,7% dessa população era idosa²⁰. Em conformidade com as regiões administrativas da cidade, a rede pública de saúde está dividida em cinco distritos sanitários (Norte I, Norte II, Leste, Oeste e Sul), mantendo em funcionamento 55 UBSF e com percentual de cobertura igual a 38,8%.

338.100 pessoas são atendidas por 98 equipes da ESF, quando o ideal, de acordo com os parâmetros da PNAB, era que houvesse 215 equipes para cobrir assistencialmente 100% da população do município²¹. Quanto à cobertura do NasF, no município estudado, existem três equipes, todas do tipo I, que dão apoio matricial às equipes da ESF em sete UBSF, localizadas nos distritos sanitários Norte I, Norte II e Oeste.

Utilizou-se o grupo focal como recurso metodológico, pois, através das discussões coletivas, é possível conhecer os comportamentos e sentimentos de grupos sociais sobre determinado assunto ou problema²², sendo esse recurso considerado o mais adequado para os objetivos da pesquisa. Foram realizados três grupos focais (*quadro 1*), conduzidos pelo autor principal do artigo.

Quadro 1. Descrição dos grupos focais. Natal, 2018

Grupo focal	Local de realização	Data da realização	Número de participantes	Número de sessões	Duração média dos áudios
I - Distrito Sanitário Norte I	Centro de Referência de Assistência Social (CRAS)	08/03/2017	12	01	1 hora
II - Distrito Sanitário Norte II	Unidade Básica de Saúde da Família	30/03/2017	07	01	1 hora
III - Distrito Sanitário Oeste	Conselho Comunitário de Saúde	24/07/2017	12	01	1 hora

Fonte: Elaboração própria, com base em dados da pesquisa.

Anteriormente à realização dos grupos focais, uma visita foi feita em três UBSF, selecionadas intencionalmente por estarem localizadas nos três distritos sanitários onde as equipes do Nasf atuam, para apresentar os motivos, as razões, os interesses e os objetivos da pesquisa, bem como para selecionar os sujeitos participantes.

As sessões dos grupos focais aconteceram em datas, horários e locais previamente pactuados pessoalmente com as pessoas idosas com idade ≥ 60 anos, respeitando-se a definição adotada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) para as pessoas consideradas idosas em países subdesenvolvidos²³, com capacidade de realizar as suas atividades cotidianas de forma independente, que tinham cognição e que se dispuseram a participar da pesquisa através da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Além disso, os sujeitos tinham que ser atendidos e participar das atividades desenvolvidas pelos profissionais da ESF e do Nasf de cada UBSF selecionada. Ressalta-se que não houve a desistência de nenhum participante.

Para nortear as sessões dos grupos focais, um roteiro foi elaborado pela equipe de pesquisa e enviado por e-mail para treze profissionais, do serviço ou da universidade, com expertise em pesquisa qualitativa ou em envelhecimento populacional ou em formação em saúde, na perspectiva de aperfeiçoá-lo e validá-lo. Seis pesquisadoras (três doutoras e três mestras) deram devolutiva com contribuições para o roteiro, sendo utilizada uma versão final contendo sete questões.

A operacionalização da coleta dos dados aconteceu a partir do registro de áudio dos grupos focais realizados entre o pesquisador condutor e os participantes, bem como dos registros anotados com as observações de cada encontro.

A análise dos dados foi realizada com base no método da Análise de Conteúdo, na modalidade temática, contemplando as fases de pré-análise, exploração do material e interpretação dos achados²⁴. Em pesquisas qualitativas, a Análise de Conteúdo é utilizada para auxiliar a interpretação subjetiva de textos. Já o tema é um elemento significativo identificado a partir da leitura de um determinado conteúdo textual, denotando os valores de referência e os modelos de comportamento presentes no discurso que contribuirão para a formulação das unidades temáticas²⁴.

Inicialmente, foi realizada a transcrição dos áudios na íntegra, seguida da leitura flutuante dos textos, excluindo o que não era relevante para a pesquisa. Posteriormente, uma nova leitura foi feita para construir uma síntese dos fragmentos das falas, originando as unidades de contexto. Esses elementos foram interpretados, agrupando-se em núcleos de sentido e, consecutivamente, em temas que abrangiam um corpo de significados comuns e essenciais para a investigação do objeto de pesquisa. A partir disso, a análise das diferentes percepções resultou na identificação de três unidades temáticas, estruturadas conforme a árvore de codificação (*quadro 2*).

Quadro 2. Descrição da árvore de codificação. Natal, 2018

Unidades Temáticas	Temas presentes
Unidade temática I: Necessidades de boas condições de vida	Violência Insegurança
Unidade temática II: Necessidades de acesso aos serviços de saúde	Falta de prioridade no atendimento Escassez de oferta de medicamentos Ausência de médicos na APS Oferta insuficiente de consultas e exames especializados
Unidade temática III: Possibilidades de atendimento às necessidades elencadas	Qualificação dos gestores em saúde Boas condições de trabalho para os profissionais da ESF e do Nasf

Fonte: Elaboração própria, com base em dados da pesquisa.

Para preservar a identificação dos sujeitos participantes deste estudo durante a análise e a divulgação dos resultados, atribuiu-se um código para cada um. Ao todo, foram atribuídos 31 codificadores, tais como participante 01, participante 02, participante 03, e assim por diante. Ademais, as UBSF não foram identificadas, pois a análise deu-se com relação ao conjunto dos grupos focais e não especificamente para o grupo focal de cada serviço de saúde. Por fim, o processo de análise dos dados ocorreu concomitantemente ao período de realização dos grupos focais (*quadro 1*).

Em atendimento às Resoluções nº 466/2012 e nº 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde, que estabelecem normas para a realização de estudos com seres humanos, a pesquisa que deu origem ao presente artigo teve aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Onofre Lopes, da Universidade Federal do Rio Grande do Norte, sob o parecer nº 1.462.796.

Resultados e discussão

Entre os 31 sujeitos idosos participantes do estudo, 30 são do gênero feminino, com predominância da faixa etária de 70 a 79 anos. O aumento da expectativa de vida é acompanhado pela mudança do perfil epidemiológico e da existência de desigualdades sociais, econômicas e de gênero entre as pessoas idosas²⁵. Em

todo o mundo, a população idosa é majoritariamente feminina, de modo que a estimativa é que as mulheres vivam, em média, entre cinco e sete anos a mais que os homens²⁶. No Brasil, de acordo com os dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE)²⁰, a população idosa feminina passou de 2,2%, em 1940, para 4,7%, em 2000, e para 6%, em 2010.

Outrossim, historicamente, as mulheres sempre fizeram um maior uso dos serviços de saúde, pois, no contexto social brasileiro, os homens crescem influenciados por uma cultura onde a masculinidade impõe que as emoções e as fragilidades do próprio corpo não devam ser demonstradas. Logo, os homens, em sua maioria, são vistos por si e pelos outros como pessoas fortes e que não adoecem, o que produz reflexos negativos no campo da saúde²⁷.

Em todas as faixas etárias, os homens procuram os serviços de saúde em último caso, principalmente a assistência médica em estabelecimentos da atenção especializada, e, comparando-se com as mulheres, são os que mais sofrem com as doenças crônico-degenerativas²⁸. Diante disso, talvez essa seja a justificativa para a grande participação de mulheres idosas na pesquisa sobre o tema proposto.

Ademais, do total de respondentes, 26 utilizam somente os serviços da rede pública quando buscam atenção à saúde. Durante a realização dos grupos focais, os participantes foram estimulados a refletir sobre as suas necessidades, bem como sobre as possíveis

medidas para solucioná-las. As falas serão apresentadas dialogando com referenciais teóricos que dão aporte aos temas encontrados, contribuindo para a compreensão da análise.

Unidade temática I: Necessidades de boas condições de vida

De acordo com os participantes dos grupos focais, a violência e a ineficiência da segurança pública são condições que afetam o bem-estar, a saúde e a qualidade de vida das pessoas idosas.

Nós precisamos muito, também, é de segurança no bairro. Segurança que a gente não tem [...] Isso afeta demais a nossa saúde! A gente não pode sair, não pode sair de casa fora de hora. De dia, a gente sai com medo, imagine à noite. (Participante 22).

A violência é um fenômeno complexo e de múltipla causalidade que afeta as pessoas independentemente do gênero, da faixa etária ou da classe social, configurando-se em um problema global responsável por gerar impactos sociais, econômicos e psicológicos²⁹. Apesar da sua multicausalidade, a violência pode ser definida como o uso da força física ou do poder contra si ou contra outro(s) indivíduo(s), resultando em lesão, dano psicológico ou morte³⁰.

No Brasil, a violência, juntamente com os acidentes, ocupa as principais posições no *ranking* das causas de morbimortalidade, representando um desafio atual para o SUS, pois evidencia a necessidade de formulação de políticas públicas específicas para enfrentar esse dano, bem como de estruturar e organizar redes de serviços para assistir as pessoas acometidas³¹.

No estado do Rio Grande do Norte, entre 2010 e 2014, por exemplo, ocorreu um aumento significativo de mortes por violência, sobretudo de homicídios. Ao todo, foram cerca de 10.000 óbitos por agressão³², concentrados,

principalmente, na Região Metropolitana de Natal³³. Como já debatido neste artigo, a violência tem múltiplas causas, entretanto, o contingente da força policial é uma medida paliativa importante para garantir a segurança pública e diminuir o coeficiente de mortalidade por violência.

Em 2000 e em 2010, o estado de Santa Catarina ocupou a segunda colocação no *ranking* das Unidades Federativas menos violentas e com menor coeficiente de homicídio por 100 mil habitantes no Brasil. Acredita-se que essa permanência é justificada, principalmente, pelo aumento e pela qualificação da guarda policial no estado catarinense, existindo 1 policial para 475 habitantes³³.

Ainda de acordo com Lima et al.³³, no mesmo *ranking*, o Rio Grande do Norte saiu da 24^a posição em 2000 para a 19^a posição, em 2010, mantendo o contingente de 1 policial para cada 376 habitantes e tornando-se um estado moderadamente violento. Mesmo não sendo o segmento etário mais atingido pela violência urbana, mas por maus-tratos praticados por familiares³⁴ e por lesões autoprovocadas³⁵, as pessoas idosas sofrem com a insegurança que amedronta amigos e familiares mais jovens, conforme trecho a seguir:

Um dia entraram no posto de saúde e levaram o celular de todo mundo, até do meu filho que estava lá para ser atendido. Eu fico doente com essa situação, eu fico preocupada com o meu filho... Eu fico muito nervosa! Eu queria muito um psicólogo, um neurologista bom aqui no posto de saúde, porque eu preciso muito... Essa situação me deixa muito nervosa. (Participante 14).

No cenário de crise política e econômica vivenciada em todo o Rio Grande do Norte, atingindo os setores da saúde, da educação e, especificamente, da segurança pública, policiais civis e militares usam o direito constitucional de greve para reivindicar por melhores condições de trabalho e pelo pagamento dos salários atrasados. Sendo assim, buscam melhorar a segurança pública e, em última análise,

contribuir para a qualidade da saúde física, emocional e mental das pessoas idosas.

Diante do contexto descrito, bem como do conceito de atenção à saúde que incorpora os determinantes sociais, é preciso desenvolver ações de promoção da saúde em prol do envelhecimento ativo e saudável, na perspectiva de ampliar as formas de cuidado e garantir uma qualidade de vida independente e autônoma às pessoas idosas, sem exclusão social³⁶, pois a violação da garantia de direitos a essa parcela da população, atrelada à violência urbana e ao medo, isola as pessoas idosas e as deixa ainda mais fragilizadas.

Considerando os princípios e as diretrizes do SUS, tais ações devem estar articuladas com outros setores para diminuir as vulnerabilidades que afetam o modo de vida da população idosa e reverberam em problemas de saúde. Além disso, é preciso envolver a participação das pessoas idosas nos espaços, incluindo as UBSF, responsáveis pelo planejamento e pelo desenvolvimento de ações de promoção da saúde.

Entretanto, este estudo revela que isso é cada vez mais difícil de ser garantido em virtude da inexistência de espaço físico adequado e da inacessibilidade presente nos serviços da APS, elucidadas nos trechos presentes na próxima unidade temática.

Unidade temática II: Necessidades de acesso aos serviços de saúde

Ao procurar os serviços de saúde, especialmente as UBSF, as pessoas idosas afirmam existir obstáculos que dificultam a garantia do acesso, tais como: falta de prioridade no atendimento, escassez de oferta de medicamentos, ausência de médicos na APS e oferta insuficiente de consultas e exames especializados nos demais estabelecimentos da rede de atenção à saúde.

A pessoa vai pra uma fila e quando... Aquelas gestantes tudinho tem direito também à nossa

fila, né? Bota um bebezinho no braço, tem direito... O menino já andando, mas tem direito também porque tá no braço [...] no colo. Aí a gente olha... Fica esperando. (Participante 18).

Não tem remédio suficiente pra a gente tomar no posto de saúde [...] não tem médico pra atender a gente direito. (Participante 04).

[...] é um atendimento precário, né?! Num dia não tem médico, pra marcar uma consulta ou um exame é um sacrifício, não tem hora e nem tem dia. A saúde tá precária! (Participante 03).

Já faz bem um ano que eu fui marcar um exame do coração no posto de saúde e, até hoje, não fiz esse exame. Estou com mais três exames indicados pra fazer que o médico passou. (Participante 11).

Na sociedade brasileira, pessoas vinculam cada vez mais as suas necessidades aos projetos ou ideais de saúde, compreendendo que tais necessidades são supridas, impreterivelmente, pelo consumo de serviços e tecnologias de saúde¹⁸. Essa distorção fortalece a interpretação de que ser saudável é ter somente acesso aos estabelecimentos de saúde, com concentração na dependência ao conhecimento técnico-científico do profissional médico, reforçando o fenômeno conhecido como medicalização da sociedade¹⁸. Atrelado a esse fenômeno está a dependência da população, sendo retratada aqui a população idosa, às prescrições médicas, aos medicamentos, aos exames laboratoriais e aos conhecimentos especializados, disseminando a ideia do indivíduo doente e subordinado ao médico³⁷.

Mundialmente, a assistência centrada no médico e no conhecimento biológico vem tentando ser rompida desde 1920, com a publicação do 'Relatório Dawson'. O referido relatório analisou os problemas do sistema de saúde da Inglaterra e foi um dos primeiros documentos a destacar o protagonismo da APS para atender às necessidades das populações¹. No Brasil, destaca-se o movimento da Reforma Sanitária Brasileira, a criação do SUS e a expansão da

APS, com foco no trabalho da ESF e do Nasf, para coordenar o cuidado em saúde e atender às necessidades da sociedade¹.

O cuidado integral no âmbito da ESF requer a atuação de um elenco de profissionais para além do médico, tais como o agente comunitário de saúde, o cirurgião-dentista, o enfermeiro, o técnico de enfermagem, o técnico em saúde bucal, bem como os profissionais do Nasf³⁸. Porém, os achados deste estudo nos mostram que a percepção das pessoas idosas sobre o cuidado em saúde vai ao encontro do modelo de saúde hegemônico centrado no conhecimento biomédico.

Apesar disso, é preciso respeitar a percepção das pessoas idosas que contribuíram para o presente estudo, pois as suas falas são heranças de um modelo tradicional de atenção à saúde que apresenta pouca capacidade de resposta às necessidades. Elas, as pessoas idosas, não vivenciam uma APS suficientemente forte a ponto de perceberem a pouca resolutividade do modelo médico-assistencial e, em razão dessa complexidade, sentem, sim, a necessidade de um atendimento individualizado.

As necessidades não são totalmente reconhecidas, havendo barreiras para usufruir do direito à saúde, assegurado constitucionalmente pelo Estado, de forma ampla e integral. Entre essas barreiras, está a falta de prioridade no atendimento. De acordo com o Estatuto do Idoso, instaurado em 1º de outubro de 2003 através da Lei nº 10.741, cabe à família, à sociedade e ao Poder Público assegurar o atendimento prioritário, preferencial, imediato e individualizado das pessoas idosas nos órgãos, públicos e privados, prestadores de serviços à população.

Em 2017, mais precisamente, no dia 12 de julho, o Governo Federal publicou a Lei nº 13.466, que altera o Estatuto do Idoso e dá atendimento preferencial às pessoas idosas longevas (idade ≥ 80 anos) em relação às demais pessoas idosas. No âmbito do SUS, ainda segundo a Lei nº 13.466, entre as pessoas idosas, as pessoas longevas também terão prioridade no atendimento, exceto nos casos de urgência. Tal iniciativa é justificada pela forte dependência das pessoas idosas dos

serviços de saúde, especialmente das pessoas idosas longevas, que, no cenário atual, representam o segmento etário mais crescente no Brasil³⁹.

Outro entrave destacado nas falas das pessoas idosas que participaram dos grupos focais diz respeito à dificuldade de ter acesso aos serviços especializados de saúde. A oferta insuficiente de atenção especializada repercute em longos tempos de espera e demanda reprimida, impossibilitando o cuidado imediato e integral, por mais afinado que esteja o elo entre os serviços de saúde⁴⁰.

Para a integralidade do cuidado, é preciso garantir o acesso e articular os diferentes níveis de atenção para dar resolutividade às necessidades das pessoas idosas. Nesse sentido, a APS tem o poder de interferir diretamente no desempenho da atenção especializada, uma vez que é a partir do nível primário de atenção que é gerada a maior parte da demanda para os demais serviços de saúde⁴¹.

A implementação da ESF e do Nasf se consolidará com a provocação de mudanças nos serviços de saúde para além da APS. A partir disso, acontecerão transformações nos processos de trabalho do sistema de saúde e, consecutivamente, no modelo de atenção à saúde vigente. No âmbito do cuidado para com as pessoas idosas, resultará na compreensão de indivíduos em suas totalidades.

Unidade temática III: Possibilidades de atendimento às necessidades elencadas

Apesar de sempre terem em mente a figura do médico, quando questionadas sobre a atuação da equipe multiprofissional da ESF e do Nasf, as pessoas idosas relatam que os profissionais são bem qualificados e que há uma boa satisfação quanto ao trabalho que eles realizam.

Todas nós achamos que somos bem atendidas porque eles nos atendem muito bem,

principalmente nós idosas somos muito bem cuidadas, né? (Participante 14).

Eles sabem atender, mas não podem fazer nada, coitados. Não recebem nem o dinheiro que trabalham. (Participante 20).

Do mesmo modo, reconhecem que as soluções para as necessidades elencadas não estão ao alcance dos profissionais em questão, pois extrapolam as suas atribuições e responsabilidades.

Está faltando tudo para a saúde, e o povo não pode fazer nada, porque quem deve fazer são os governantes, e eles não fazem. Aí, eles vão fazer o quê, coitados? Trabalhar de graça? Tentam ajudar, mas não podem. Está todo mundo aqui querendo marcar exames, mas cadê as condições para eles trabalharem? Falta o pagamento deles, falta tudo... O material falta, e eles vão fazer o quê? Vão tirar do bolso deles sem poder? Falta os governantes tomarem providência com isso. (Participante 30).

Ainda de acordo com as pessoas idosas, qualificar os gestores das três esferas de governo (federal, estadual e municipal) do setor saúde seria um caminho prioritário para a resolução das necessidades elencadas. A partir da qualificação dos gestores para o planejamento e o desenvolvimento de ações voltadas para as necessidades das pessoas idosas, seria possível criar serviços de saúde contendo atendimento prioritário para essas pessoas, bem como com boas condições de trabalho para os profissionais de saúde, diferentemente da realidade encontrada nas UBSF.

[...] tem que mudar os governantes. Eu acho que não são os profissionais, porque tem profissional aqui que atende de mão cheia, só falta até dar a cura da gente, mas não pode fazer nada, né? Se chegar alguém para fazer um curativo, elas procuram uma gaze e não tem, procura uma seringa para aplicar e não tem... Então vem lá de cima. (Participante 31).

Quem pode resolver tudo isso é, por exemplo, as autoridades federal, estadual, né? [...] o Secretário de Saúde também, que faz parte... que eu acho que é um dos principais pra resolver isso aí. (Participante 14).

Com o incremento do processo de implantação e descentralização do SUS, a gestão em saúde passou a ser definida como um dos critérios importantes para a melhoria da qualidade da atenção à saúde⁸. O bom gestor em saúde é visto como aquele que se compromete com os objetivos finais da instituição em que atua, sendo capaz de desenvolver, de maneira satisfatória, os seus conhecimentos gerenciais, extrapolando o cumprimento de atividades meramente administrativas e preventivas e desenvolvendo ações voltadas para a integralidade, universalidade e equidade do cuidado⁴².

Porém, a gestão em saúde também é um dos desafios atuais para a consolidação do SUS. No setor público brasileiro, o modelo de gestão encontrado nas instituições de saúde é fruto do modelo de administração implantado em meados do século XIX, cujos princípios norteadores foram a impessoalidade, o controle rígido dos processos administrativos, entre outros^{43,44}.

Com isso, as organizações públicas perderam a noção do seu principal objetivo, que é atender às necessidades da sociedade. No campo da saúde pública, isso implica diretamente a qualidade da assistência ofertada à população. Essa forma de organização nas instituições de saúde resulta em ambientes de trabalho complexos, onde os profissionais tornam-se cada vez mais desvalorizados e desmotivados, desenvolvendo com dissabor práticas de trabalho e, consecutivamente, de atenção à saúde⁴⁵.

Para qualificar o trabalho no interior das instituições de saúde, frisam-se aqui as UBSF, é preciso valorizar a força do trabalho por intermédio da qualificação profissional e de boas condições de trabalho. Ademais, é preciso praticar uma gestão em saúde que conte com os profissionais e a população. Destaca-se aqui a população idosa, para o planejamento e a tomada de decisões.

Considerações finais

O estudo realizado compreende que as necessidades das pessoas idosas, sendo a maioria delas mulheres entre 70 e 79 anos, demandam ações intersetoriais para serem resolvidas. Outrossim, aponta elementos para uma reflexão crítica sobre a importância da adoção de estratégias nas três esferas de gestão para melhorar os determinantes sociais e diminuir os agravos à saúde dessas pessoas, levando em consideração diferentes aspectos, tais como: meio ambiente saudável, renda, trabalho, saneamento, alimentação, educação, segurança pública e garantia de ações e serviços de boa qualidade no SUS.

No que concerne ao setor saúde, o princípio da integralidade talvez seja o mais acometido diante das fragilidades apresentadas e o que diretamente necessita de mudanças para que seja efetivado. Contudo, para garantia desse princípio, é necessária uma junção de práticas individuais e coletivas com garantia de acesso e articulação dos níveis de atenção.

Para contribuir para a transformação do modelo de atenção à saúde existente no País para as pessoas idosas, é preciso, primeiramente, conscientizá-las sobre os seus direitos, bem como sobre a organização da APS e

sobre o papel dos profissionais da ESF e do Nasf. Dessa forma, as pessoas idosas poderão exercer a cidadania, a participação cidadã, a autonomia e a independência, compreendendo que o cuidado em saúde e o desenvolvimento do envelhecimento saudável não estão condicionados ao consumo de serviços de saúde e aos saberes especializados.

Por fim, diante do acelerado crescimento da população idosa e do uso desse segmento etário dos serviços do SUS, se as necessidades das pessoas idosas não forem compreendidas e atendidas amplamente, poderão se tornar grandes problemas de diferentes magnitudes para a saúde coletiva.

Colaboradores

Lima RRT contribuiu para a concepção e o planejamento da pesquisa; análise e interpretação dos dados; elaboração do rascunho; e aprovação da versão final do manuscrito. Costa MV e Vilar RLA contribuíram para a revisão crítica do conteúdo. Castro JL e Lima KC contribuíram para a concepção e o planejamento da pesquisa; revisão crítica do conteúdo; e aprovação da versão final do manuscrito. ■

Referências

1. Aquino R, Medina MG, Nunes CA, et al. Estratégia Saúde da Família e reordenamento do sistema de serviços de saúde. In: Paim JS, Almeida-Filho N, organizadores. Saúde coletiva: teoria e prática. Rio de Janeiro: MedBook; 2014. p. 353-32.
2. Arantes LJ, Shimizu HE, Merchán-Hamann E. Contribuições e desafios da Estratégia Saúde da Família na atenção primária à saúde no Brasil: revisão da literatura. *Ciênc. Saúde Colet.* 2016; 21(5):1499-1509.
3. Starfield B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília, DF: Unesco; 2004.
4. Carnut L. Cuidado, integralidade e atenção primária: articulação essencial para refletir sobre o setor saúde no Brasil. *Saúde debate.* 2017; 41(115):1177-1186.
5. Santana JP, Castro JL. Os sanitaristas de Jucás e os agentes de saúde: entrevista com Antonio Carlile Holanda Lavor e Miria Campos Lavor. Natal: Una; 2017.
6. Castro JL, Araújo D, Pessoa MGA, et al. Programa Saúde da Família: flexibilidade e precarização no trabalho. In: Castro JL, organizadora. Gestão do trabalho no SUS: entre o visível e o oculto. Natal: Observatório RH NESC/UFRN; 2007. p. 17-42.
7. Miranda GMD, Mendes ACG, Silva ALA, et al. A ampliação das equipes de saúde da família e o Programa Mais Médicos nos municípios brasileiros. *Trab Educ Saúde.* 2017; 15(1):131-45.
8. Lima RRT, Castro JL. Estudo acerca do perfil: uma contribuição para as políticas de valorização profissional. In: Castro JL, Vilar RLA, Oliveira NHS, organizadoras. As trilhas e os desafios da gestão do trabalho e da educação na saúde. Natal: Una; 2016. p. 129-47.
9. Belas IA, Rocha JHA, Silva FM, et al. Articulated Actions of the Family Health Strategy Teams and Their Centres of Support in the State of Piauí, Brazil. *Int Arch Med.* 2017; 10(5):1-8.
10. Almeida PF, Marin J, Casotti E. Estratégias para consolidação da coordenação do cuidado pela atenção básica. *Trab Educ Saúde.* 2017; 15(2):373-398.
11. Sousa FOS, Albuquerque PC, Nascimento CMB, et al. O papel do Núcleo de Apoio à Saúde da Família na coordenação assistencial da atenção básica: limites e possibilidades. *Saúde debate.* 2017; 41(115):1075-1089.
12. Santos DS, Mishima SM, Merhy EE. Processo de trabalho na Estratégia Saúde da Família: potencialidades da subjetividade do cuidado para reconfiguração do modelo de atenção. *Ciênc. Saúde Colet.* 2018; 23(3):861-870.
13. Melo LA, Ferreira LMBM, Santos MM, et al. Fatores socioeconômicos, demográficos e regionais associados ao envelhecimento populacional. *Rev Bras Geriatr Gerontol.* 2017; 20(4):494-502.
14. Miranda GMD, Mendes ACG, Silva ALA. Desafios das políticas públicas no cenário da transição demográfica e mudanças sociais no Brasil. *Interface.* 2017; 21(61):309-320.
15. Martins AB, D'Avila OP, Hilgert JB, et al. Atenção primária à saúde voltada às necessidades dos idosos: da teoria à prática. *Ciênc. Saúde Colet.* 2014; 19(8):3403-3416.
16. Moraes PA, Bertolozzi MR, Hino P. Percepções sobre necessidades de saúde na atenção básica segundo usuários de um serviço de saúde. *Rev Esc Enferm USP.* 2011; 45(1):19-25.
17. Cecilio LCO. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. 6. ed. Rio de Janeiro: IMS/UERJ; 2006. p. 115-128.
18. Paim JS, Almeida-Filho N. Análise da situação de saúde: o que são necessidades e problemas de saúde? In: Paim JS, Almeida-Filho N, organizadores. Saúde

- coletiva: teoria e prática. Rio de Janeiro: MedBook; 2014. p. 29-40.
19. Mendes-Gonçalves RB. Prática de saúde: processo de trabalho e necessidades. In: Ayres JRMC, Santos L, organizadores. Saúde, sociedade e história. Porto Alegre: Rede Unida; 2017. p. 298-374.
 20. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo Demográfico 2010 [internet]. Rio de Janeiro: IBGE; 2011 [acesso em 2017 nov 20]. Disponível em: http://www.ibge.gov.br/estadosat/temas.php?sigla=rn&tema=censodemog2010_snig.
 21. Brasil. Ministério da Saúde. Sala de Apoio à Gestão Estratégica [internet]. Brasília, DF: SAGE; 2017 [acesso em 2017 nov 20]. Disponível em: <http://sage.saude.gov.br/#>.
 22. Lopes BEM. Grupo focal na pesquisa em ciências sociais e humanas. *Rev Educ Polit Debate*. 2014; 3(2):482-492.
 23. World Health Organization. The Uses of Epidemiology in the Study of the Elderly. Geneva: WHO; 1984.
 24. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 13. ed. São Paulo: Hucitec; 2013.
 25. Louvison MCP, Rosa TEC. Envelhecimento e políticas públicas de saúde da pessoa idosa. In: Berzins MV, Borges MC, organizadoras. Políticas públicas para um país que envelhece. São Paulo: Martinari; 2012. p. 155-179.
 26. Almeida AV, Mafra SCT, Silva EP, et al. A feminização da velhice: em foco as características socioeconômicas, pessoais e familiares das idosas e o risco social. *Textos contextos*. 2015; 14(1):115-131.
 27. Botton A, Cúnico SD, Strey MN. Diferenças de gênero no acesso aos serviços de saúde: problematizações necessárias. *Mudanças*. 2017; 25(1):67-72.
 28. Gonçalves FC, Faria CCC. O acesso aos serviços de saúde: uma análise na perspectiva de gênero. *Perquiere*. 2016; 13(1):135-147.
 29. Minayo MCS. A violência social sob a perspectiva da saúde pública. *Cad. Saúde Pública*. 1994; 10(supl):7-18.
 30. Veloso MMX, Magalhães CMC, Dell'Aglio DD, et al. Notificação da violência como estratégia de vigilância em saúde: perfil de uma metrópole do Brasil. *Ciênc. Saúde Colet*. 2013; 18(5):1263-1272.
 31. Souto RMCV, Barufaldi LA, Nico LS, et al. Perfil epidemiológico do atendimento por violência nos serviços públicos de urgência e emergência em capitais brasileiras, Viva 2014. *Ciênc. Saúde Colet*. 2017; 22(9):2811-2823.
 32. Amador AE, Marques MV, Nunes ADS, et al. Desigualdade espacial na mortalidade por agressão no estado do Rio Grande do Norte, Brasil: 2010 a 2014. *J Health Biol Sci*. 2017; 5(1):24-30.
 33. Lima ALB, Lima KC, Maia LTS, et al. Tendência crescente de violência homicida na região metropolitana de Natal-RN, Brasil. *Rev Ciênc Plural*. 2015; 1(2):19-28.
 34. Malta DC, Minayo MCS, Soares Filho AM, et al. Mortalidade e anos de vida perdidos por violências interpessoais e autoprovocadas no Brasil e Estados: análise das estimativas do Estudo Carga Global de Doença, 1990 e 2015. *Rev Bras Epidemiol*. 2017; 20(supl1):142-156.
 35. Bahia CA, Avanci JQ, Pinto LW, et al. Lesão autoprovocada em todos os ciclos da vida: perfil das vítimas em serviços de urgência e emergência de capitais do Brasil. *Ciênc. Saúde Colet*. 2017; 22(9):2841-2850.
 36. Miranda GMD, Mendes ACG, Silva ALA. O envelhecimento populacional brasileiro: desafios e consequências atuais e futuras. *Rev Bras Geriatr Gerontol*. 2016; 19(3):507-519.
 37. Moraes GVO, Giacomini K, Santos WJ, et al. A percepção dos idosos sobre o saber biomédico no cuidado à velhice e às "coisas da idade". *Physis*. 2016; 26(1):309-329.

38. Peduzzi M. O SUS é interprofissional. *Interface*. 2016; 20(56):199-201.
39. Menezes TMO, Lopes RLM. Significados do vivido pela pessoa idosa longeva no processo de morte/morrer e luto. *Ciênc. Saúde Colet*. 2014; 19(8):3309-3316.
40. Almeida PF, Giovanella L, Nunan BA. Coordenação dos cuidados em saúde pela atenção primária à saúde e suas implicações para a satisfação dos usuários. *Saúde debate*. 2012; 36(94):375-391.
41. Silveira MSD, Cazola LHO, Souza AS, et al. Processo regulatório da Estratégia Saúde da Família para a assistência especializada. *Saúde debate*. 2018; 42(116):63-72.
42. Cunha MLS, Hortale VA. Características dos cursos voltados para a formação em gestão em saúde no Brasil. *Saúde debate*. 2017; 41(113):425-440.
43. Castro JL. Gerência de pessoal nos serviços de saúde. In: Santana JP, Castro JL, organizadores. *Capacitação em desenvolvimento de recursos humanos de saúde – CADRHU*. Natal: EDUFRRN; 1999. p. 313-327.
44. Rodrigues PHA. Desafios políticos para a consolidação do Sistema Único de Saúde: uma abordagem histórica. *Hist Ciênc Saúde-Manguinhos*. 2014; 21(1):37-60.
45. Lima RRT, Castro JL. A produção científica acerca da negociação coletiva do trabalho em saúde no Brasil. In: Castro JL, Lima RRT, organizadores. *Negociação do trabalho no Sistema Único de Saúde*. Natal: Una; 2017. p. 187-210.

Recebido em 30/05/2018

Aprovado em 23/09/2018

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: não houve