



UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
UNIDADE ACADÊMICA DE CIÊNCIAS MÉDICAS

LETÍCIA LIÉGE FIALHO DE PAULA
SUELANY PEREIRA DINIZ

PERCEPÇÃO DA PESSOA IDOSA QUANTO ACESSIBILIDADE NOS SERVIÇOS
DE SAÚDE

CAMPINA GRANDE
2017

LETÍCIA LIÉGE FIALHO DE PAULA
SUELANY PEREIRA DINIZ

PERCEPÇÃO DA PESSOA IDOSA QUANTO A ACESSIBILIDADE NOS SERVIÇOS
DE SAÚDE

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado como requisito à
obtenção do título de médicos pela
Universidade Federal de Campina
Grande, sob orientação da Prof^ª.
Rejane Maria de Sousa Cartaxo e
Prof^ª. Gisetti Corina Gomes Brandão.

CAMPINA GRANDE

2017

Ficha Catalográfica elaborada pela Biblioteca Setorial do HUAC - UFCG

F438p

Fialho de Paula, Letícia Liége.

Percepção da pessoa idosa quanto à acessibilidade nos Serviços de Saúde / Letícia Liége Fialho de Paula, Suelany Pereira Diniz. – Campina Grande, 2017.

47f.; il.

Monografia (Graduação em Medicina) - Universidade Federal de Campina Grande, Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, Unidade Acadêmica de Medicina, Curso de Medicina, Campina Grande, 2017.

BSHUAC/CCBS/UFCG

CDU 613.98(043.3)



UNIVERSIDADE FEDERAL DE
CAMPINA GRANDE

ANEXO VI

Ata da Defesa do Trabalho de Conclusão de Curso (TCC)

Às 10:00 horas do dia 30/12/17, nas dependências do Hospital Universitário Alcides Carneiro, da Universidade Federal de Campina Grande, Paraíba, realizou-se a defesa do TCC intitulado:

Percepção dos idosos quanto a acessibilidade nos serviços de saúde

de autoria do(s) aluno(s):

Letícia Liege Fialho de Paulo

Suelany Pereira Piniz

sendo orientados por:

Rejane Mafra de Sousa Cartaxo

E Co orientador:

Giselle Corina Gomes Brandão

Estiveram presentes, os seguintes componentes da Banca Examinadora:

Rejane Mafra de Sousa Cartaxo

Giselle Corina Gomes Brandão

Adriana Maria de Mota Rocha Farias

Iniciados os trabalhos, o Presidente da Banca Examinadora, Professor(a) Orientador(a) sorteou o aluno:

Letícia Liege Fialho e Suelany Pereira Piniz

passando a palavra ao mesmo para iniciar a apresentação, que teve 30 minutos para fazê-lo. A apresentação durou 30 minutos, após a qual foi iniciada a discussão e arguição pela Banca Examinadora. A seguir, os discentes retiraram-se da sala para que fosse atribuída a nota. Como resultado, a Banca resolveu analisar o trabalho, conferindo a nota final de 8,0. Não havendo mais nada a tratar, deu-se por encerrada a sessão e lavrada a presente ata que vai assinada por quem de direito.

Campina Grande, 18 de dezembro de 2017.

Orientador

Rejane Mafra de Sousa Cartaxo

Titular 1

Giselle Corina Gomes Brandão

Titular 2

Adriana Maria de Mota Rocha Farias

Suplente

RESUMO

O envelhecimento é um processo dinâmico e progressivo, que envolve grandes modificações no âmbito funcional, bioquímico e psicológico, ocasionando maior vulnerabilidade aos indivíduos. O crescimento acelerado da população idosa é um fenômeno que ocorre em todo o mundo e, no Brasil, se encontra em nível avançado. Essa pesquisa teve como objetivo conhecer a percepção do idoso referente ao acesso aos serviços especializados de saúde no município de Campina Grande-PB, bem como traçar o perfil sóciodemográfico desses usuários. Tratou-se de um estudo exploratório, descritivo com abordagem qualitativa em que as informações foram coletadas através de uma entrevista semiestruturada. Para avaliação dos discursos utilizou-se o método de análise de conteúdo. Foram entrevistados quinze idosos cadastrados nas Unidades Básicas de Saúde da Família (UBSF). De acordo com os resultados obtidos constatou-se que oito usuários afirmaram utilizar o serviço especializado de saúde do SUS, desses a maioria avaliou de forma positiva a acessibilidade ao serviço e apenas dois usuários se manifestaram insatisfeitos. Dos sete usuários que afirmaram não utilizar o serviço especializado de saúde do SUS, quatro preferem a rede privada, devido ao menor tempo de espera para marcação de consulta e procedimento especializados, quando comparado ao serviço público; e três afirmaram não ter utilizado nenhum serviço especializado de saúde. Percebeu-se, ainda, o desconhecimento dos idosos sobre o funcionamento da Rede de Atenção à Saúde do SUS, o que dificulta o atendimento e gera insatisfação em relação ao acesso. Além disso, observou-se que a maioria dos idosos usuários das UBSF utilizam esse serviço, principalmente, para receber medicação de uso contínuo. As informações obtidas sobre a percepção dos idosos entrevistados mostram-se relevantes ao identificar a importância da adequação dos serviços de saúde às expectativas e necessidades específicas dos idosos, demonstrando assim a necessidade de uma melhor reorganização do acesso aos serviços de saúde, para que o idoso possa ser atendido de forma integral na rede de atenção à saúde.

Palavras-chaves: acesso aos serviços de saúde, saúde do idoso, integralidade em saúde.

ABSTRACT

The ageing, considered as a large demographic transition process, rises as a strong and current theme for discussion in its aspects. The fast growth of the elderly population is a phenomenon that it is happening in the whole world and, in Brazil, in a very advanced pace. This research has as main goal to understand the perception of the elderly towards their access to the specialized health services in the city of Campina Grande – PB. This was an exploratory study, descriptive with qualitative approach in which the data was collected through a semi-structured interview in which the individual directs their speech according to their will inside the proposed theme. Fifteen elderly registered in the Family's Health Strategy in six Sanitary Districts were interviewed where data about gender, age, education, occupation, income were collected; and about their perception towards to the access to the specialized health service. According to the results, it was noticed that regarding to the use of the specialized center most of them (eight users) have affirmed, in a positive way, to be satisfied with the service in the specialized center. Among the seven users that did not use the specialized services in SUS, four of them have preferred using the private services, due to the larger wait list to get the appointment in the public services, three have affirmed to use the USBF only to get medication and never have used the SUS' specialized services. The gathered information about the accessibility to the specialized health service turn up to be relevant when identifying the importance of suitability of the health services to the specific needs of the elderly. Showing the need of a better reorganization of the access to the health services, so the elder can be fully assisted in the health attention system, what happens to fulfill the SUS' doctrinal basis.

Key words: health services access, elderly health, completeness in health.

LISTA DE ABREVIACOES

AB: Atenção Básica

ABEP: Associação Nacional de Estudos Populacionais

CEP: Comitê de tica em Pesquisa

ESF: Estratégia de Saúde da Família

IBGE: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

MS: Ministério da Saúde

NASF: Núcleo de Apoio da Saúde da Família

OPAS: Organização Pan-Americana de Saúde

PB: Paraíba

PNI: Política Nacional do Idoso

RAS: Rede de Atenção  Saúde

SUAS: Sistema nico de Assistência Social

SUS: Sistema nico de Saúde

UBSF: Unidade Básica de Saúde da Família

LISTA DE FIGURAS

| | |
|---|----|
| Figura 1. Mapa dos distritos sanitários de Campina Grande-PB..... | 12 |
| Figura 2. Componentes do Modelo de Atenção á Saúde Integral da Pessoa Idosa no SUS..... | 21 |

SUMÁRIO

| | |
|---|----|
| 1. INTRODUÇÃO | 10 |
| 2. OBJETIVOS | 13 |
| 2.1 OBJETIVO GERAL | 13 |
| 2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS | 13 |
| 3. METODOLOGIA | 14 |
| 3.1 Tipo de pesquisa | 14 |
| 3.2 Local do estudo | 14 |
| 3.3 Critérios de elegibilidade | 15 |
| 3.4 População e Amostra | 15 |
| 3.5 Instrumentos de coleta de dados | 15 |
| 3.6 Etapas da pesquisa | 16 |
| 3.7 Análise dos dados | 16 |
| 3.8 Aspectos éticos | 17 |
| 4. REFERENCIAL TEÓRICO | 18 |
| 4.1 Envelhecimento | 18 |
| 4.2 Rede de Atenção à Saúde | 21 |
| 4.3 Acessibilidade | 26 |
| 5. RESULTADOS E DISCUSSÃO | 31 |
| 6. CONSIDERAÇÕES FINAIS | 38 |
| REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS | 40 |
| APÊNDICE | 46 |

1 INTRODUÇÃO

O processo de envelhecimento deve ser encarado como uma das maiores conquistas culturais da civilização, pois resulta das melhorias nas condições de vida da sociedade. Estatisticamente, de acordo com as projeções da Organização Mundial de Saúde (2017), até 2050, o número de pessoas com 60 anos ou mais chegará a dois bilhões, mais que o dobro dos 900 milhões de indivíduos nessa faixa etária registrados em 2015. Os idosos representarão um quinto da população do planeta.

Uma nova transição demográfica surge nas últimas décadas no Brasil: o aumento do segmento populacional que atingem a faixa etária de sessenta anos de idade. A tendência de envelhecimento se consolidou com o Censo realizado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística-IBGE (2010), no qual evidenciou que: “os idosos - pessoas com mais de 60 anos - somam 23,5 milhões dos brasileiros, mais que o dobro do registrado em 1991, quando a faixa etária contabilizava 10,7 milhões de pessoas.”

Ainda segundo o IBGE (2010), estima-se que em 2030, o número de idosos (40,5 milhões) ultrapasse o de crianças e adolescentes (36,8 milhões), onde representarão 18,7% contra 17% de crianças e adolescentes no total da população.

O processo de envelhecimento é dinâmico, progressivo e precisa ser encarado de forma individual. As grandes modificações desta fase ocorrem no âmbito funcional, bioquímico e psicológico ocasionando maior vulnerabilidade aos indivíduos. Desta forma, além da positividade da mudança demográfica é importante discutir sobre o novo perfil de morbimortalidade devido ao aumento de doenças crônicas e degenerativas e outros agravos que até então não eram o foco do serviço de saúde do país e, por consequência, as novas vias de atenção para esses usuários (BRASIL, 2013).

Nesse sentido, as políticas públicas de saúde precisam oferecer condições dignas e adequadas de acesso à saúde integral com a finalidade de proporcionar uma melhor qualidade de vida para os usuários em idosos (ALCÂNTARA; CAMARANO, 2016).

Acessibilidade em saúde remete a capacidade de obtenção de cuidados de saúde quando necessário, de modo fácil e apropriado. O Sistema Único de Saúde (SUS) orienta-se pelo princípio de acesso universal e igualitário. Isso envolve

as propriedades da oferta de serviços relativos à capacidade de produzir serviços e responder a demanda de saúde de uma população (ALBUQUERQUE *et al*, 2014).

A acessibilidade extrapola a dimensão geográfica, abrangendo o aspecto econômico, a existência de um corpo técnico devidamente qualificado e a necessidade do usuário em buscar o serviço de saúde. Para que ela se efetive, deve ser discutida por todos os atores envolvidos nos serviços de saúde, já que todos devem ter condições necessárias para agir em prol da efetivação dessa acessibilidade (SILVA *et al*, 2011).

A organização da atenção e da assistência à saúde e a ampliação do acesso dos cidadãos aos serviços constituem os principais desafios para os gestores nas três esferas de governo. Esses desafios expressam a inclusão assistencial de um grande contingente populacional, antes desassistido ou assistido restritamente, a fusão das redes assistenciais e as ações de gestão necessárias para a consolidação do SUS (GAWRYSZEWSKI, OLIVEIRA, GOMES, 2012).

As dificuldades na acessibilidade atingem especialmente a população idosa, que apresenta necessidades inerentes a sua condição; para defender as especificidades dessa população existiu a Política Nacional do Idoso (PNI) e o Estatuto do idoso, que assegura direitos sociais à pessoa idosa, criando condições para promover sua autonomia, integração e participação efetiva na sociedade e reafirmando o direito à saúde nos diversos níveis de atendimento do SUS (SILVA; RABINOVICH, 2013).

Portanto, as intensas modificações do perfil sócio demográfico e epidemiológico ocorridos nos últimos anos do Brasil é de grande impacto na organização do sistema de saúde e suscita profunda reestruturação do modelo atual. Tendo em vista a necessidade de diminuir a segmentação do atendimento, de intervenção multiprofissional e do extravasamento das fronteiras dos serviços de saúde para incluir serviços sociais, apoio comunitário, assistência domiciliar, centros de cuidados prolongados e de cuidados paliativo (ASSIS; JESUS, 2012).

Partindo da relevância que permeia o tema, se fez necessário uma investigação sobre a percepção do idoso quanto a acessibilidade ao serviço especializado de saúde do SUS, na cidade de Campina Grande. A motivação para investigar esse tema partiu da observação, por parte das pesquisadoras, durante os estágios em um serviço de referência em atendimento especializado do SUS deste município; em que foram constatadas as dificuldades dos idosos para conseguir

atendimento especializado. Assim, buscou-se entender quais os principais motivos que dificultam a acessibilidade. Através da representação dos idosos espera-se a identificação desses fatores e, a partir de então, propor medidas para sanar ou diminuir essas dificuldades.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Conhecer a percepção dos idosos quanto a acessibilidade ao serviço de saúde especializado.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Caracterizar o perfil sócio demográfico dos idosos usuários do SUS;
- Descrever a percepção dos idosos quanto ao acesso aos serviços especializados da rede de atenção à saúde.

3 METODOLOGIA

3.1 TIPO DE PESQUISA

Trata se de um estudo exploratório e descritivo com abordagem qualitativa. Foi utilizado como método de investigação uma entrevista semidiretiva com fala espontânea, na qual o sujeito direciona seu discurso à sua vontade dentro do tema proposto. Nesse método a subjetividade está muito presente, e esse discurso é pautado do sistema de pensamento do sujeito, dos seus processos cognitivos, dos seus valores, de suas representações e emoções (BARDIN, 2011).

3.2 LOCAL DO ESTUDO

O estudo foi realizado no município de Campina Grande – PB que tem uma população estimada em 410.332 habitantes, sendo que a população acima de 60 anos, de acordo com IBGE (2010), totaliza 42.740 pessoas. Contém oito distritos sanitários incluindo a região metropolitana, desses, seis distritos são localizados na própria cidade.

A pesquisa contemplou os seis distritos localizados em Campina Grande e foi selecionada aleatoriamente uma Unidade Básica de Saúde da Família (UBSF) de cada distrito: distrito I - UBSF Antônio Mesquita de Almeida; distrito II - UBSF João Rique; distrito III - UBSF Palmeira, distrito IV - UBSF Nossa Senhora Aparecida; distrito V - Unidade Argemiro de Figueredo; e distrito VI - UBSF Ana Amélia Vilar Cantalice.

serviços de saúde para as pessoas idosas (Apêndice 1). Além disso, utilizou-se de um gravador de áudio para auxiliar a captação das respostas e para subsidiar caso fosse necessário fazer outros questionamentos relevantes à pesquisa.

Na investigação qualitativa, trabalha-se geralmente com questionários ou entrevistas estruturadas, tendo maior precisão nos dados e apresentando mais especificidade nos indicadores da pesquisa. Isto ocorre porque existe uma relação muito próxima entre o pesquisador e o informante, possibilitando ter um enriquecimento muito grande de detalhes (BASSORA; CAMPOS, 2010).

As entrevistas apresentaram uma série de vantagens para a realização do trabalho de pesquisa, entre elas, a possibilidade de atingir um grande número de pessoas através da representatividade dos discursos e de analisar as informações não manifestas, mas com grande relevância para o tema (CAVALCANTE; CALIXTO; PINHEIRO, 2014).

3.6 ETAPAS DA PESQUISA

Inicialmente, ocorreu a seleção aleatória das UBSF de um determinado distrito, depois foi estabelecido o primeiro contato com os profissionais da unidade, com apresentação da pesquisa.

Em seguida, exposição do projeto para os sujeitos da pesquisa, explicando os objetivos, a forma como se daria a participação dos entrevistados, a garantia do sigilo pessoal, bem como a possibilidade de posterior desistência de sua participação. Prosseguia-se com a apresentação e assinatura do Termo de Consentimento Livre Esclarecido.

Continuou-se com a aplicação das entrevistas semiestruturadas aos participantes. As entrevistas ocorreram individualmente nas dependências das UBSF, em ambiente reservado, favorecendo uma melhor comunicação entre o entrevistado e o pesquisador, no período de 18 de setembro de 2017 a 13 de outubro de 2017.

Cada entrevista foi transcrita para um banco de dados digital separados em tópicos. Por último, consolidou-se com a elaboração dos resultados e discussão.

3.7 ANÁLISE DOS DADOS

A análise dos dados buscou melhor compreensão da mensagem empregada nas respostas, possibilitando assim a visão geral e a obtenção de dados

referentes aos mais diversos aspectos da vida social e dos problemas enfrentados pelos idosos (CAVALCANTE; CALIXTO; PINHEIRO, 2014).

Com a finalidade de resguardar o sigilo e o anonimato dos sujeitos da pesquisa, estes foram identificados com letras do alfabeto, por exemplo: usuário A, usuário B e assim sucessivamente.

A apuração dos dados foi realizada segundo a técnica da análise de conteúdo. Os textos não sofreram correções linguísticas, preservando-se o caráter espontâneo das falas. A análise de conteúdo se configura como um conjunto de técnicas de análise das comunicações, que utiliza procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens. Desta forma, atualmente, a técnica de análise de conteúdo refere-se ao estudo tanto dos conteúdos nas figuras de linguagem, reticências, entrelinhas, quanto aos conteúdos manifestos (BARDIN, 2011).

3.8 ASPECTOS ÉTICOS

Este estudo foi desenvolvido levando em consideração os aspectos éticos de pesquisas envolvendo seres humanos, preconizado na Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde e submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Estadual da Paraíba e sua aprovação sobre o número CAAE – 17616813.4.0000.5182.

4 REFERENCIAL TEÓRICO

4.1 ENVELHECIMENTO

Segundo a Organização Pan-Americana de Saúde-OPAS (2010) envelhecimento é definido como “um processo sequencial, individual, acumulativo, irreversível, universal, não patológico, de deterioração de um organismo maduro, próprio a todos os membros de uma espécie, de maneira que o tempo o torne menos capaz de fazer frente ao estresse do meio-ambiente e, portanto, aumente sua possibilidade de morte”.

O aumento da proporção de idosos é um fenômeno global e, à exceção de alguns países africanos, todo o mundo encontra-se em algum estágio deste processo. Este aumento também não é um fenômeno repentino ou inesperado, resulta das transformações demográficas ocorridas nas décadas pregressas, motivo pelo qual, na maioria dos países, será um processo inexorável. Também não se trata de um fenômeno isolado, está associado a modificações do perfil epidemiológico e das características sociais e econômicas das populações (CHAIMOWICZ, 2013).

Nesse contexto é importante distinguir os conceitos de senescência e senilidade. A senescência compreende o processo fisiológico do envelhecimento, em que o idoso convive harmonicamente com suas limitações e apresenta-se ativo até idades avançadas; de outro lado, a senilidade é decorrente da junção do processo de envelhecimento a patologias, fazendo com que o idoso se torne menos ativo e sofra consequências negativas das patologias associadas. Dois termos muito semelhantes que confundem e trazem significados diferentes para o processo de envelhecimento. (ESTÉLIO HENRIQUE MARTIM DANTAS, 2017)

No Brasil, o grupo de idosos é um contingente populacional expressivo em termos absolutos e de crescente importância relativa no conjunto da sociedade brasileira, daí decorrendo uma série de novas exigências e demandas em termos de políticas públicas de saúde e inserção ativa dos idosos na vida social. Este processo, denominado de envelhecimento populacional, vem sendo informado à sociedade, com base em pesquisas e estudos populacionais do IBGE, por meio de indicadores sociais e demográficos, ferramentas necessárias para entender a dinâmica da sociedade em um determinado período de tempo (CLOSS; SCHWANKE, 2012).

Embora o envelhecimento da população brasileira já pudesse ser prenunciado no início do século XX, pela queda da mortalidade, só por volta de 1950 é que esse fenômeno se estabeleceu realmente com o declínio brutal da fecundidade que passou de 6,2 filhos por mulher em 1940 para apenas 2,3 em 2000 e 2,1 em 2003 (LEBRÃO, 2007).

Com relação ao município de Campina Grande-PB, o Censo 2010 realizado pelo IBGE revelou elevação da população com mais de 69 anos, cuja escala estava ascendente. Em 1991, o percentual de pessoas com mais de 69 anos era de 3,7% da população; em 2000, essa margem subiu para 4,53%; em 2010, os idosos com essa faixa etária representavam 5,39% dos campinenses. (IBGE, 2010).

Simultâneo às modificações observadas na pirâmide etária, houve mudanças no perfil epidemiológico do país. Essas mudanças nos padrões saúde-doença e suas interações, com influência de outros fatores demográficos, econômicos e sociais é o que se conceitua transição epidemiológica. Uma das principais características da transição epidemiológica é o aumento na prevalência de doenças crônicas não transmissíveis (TEIXEIRA, 2014)

Assim, esse acelerado crescimento da população idosa brasileira exige a construção de estratégias e políticas que visam à promoção do envelhecimento saudável e à garantia dos direitos humanos. Considerando a efetivação das Políticas de Saúde necessárias, desde 1994, o Brasil vem desenvolvendo legislações direcionadas à população idosa, enfatizando as especificidades da atenção à saúde e inclusão social na Política Nacional do Idoso e no Estatuto do Idoso (VELLO; POPIM; CARAZZAI, 2014).

O processo de envelhecimento é uma conquista social, afinal este seria o resultado da melhora dos índices de saúde, economia, educação, entre outros aspectos sociais. Nesse sentido, surgiram os grandes desafios para a saúde pública reconhecidos pela OMS como manter a autonomia e a vida ativa com o envelhecimento, fortalecer políticas de prevenção e promoção da saúde voltadas para os idosos e manter e melhorar a qualidade de vida com o envelhecimento (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2008).

É importante encontrar meios para incorporar os idosos em nossa sociedade, mudar conceitos dominantes e utilizar novas tecnologias, com inovação e sabedoria, a fim de alcançar a equidade na distribuição dos serviços e facilidades para o grupo populacional que mais cresce em nosso país. O Caderno de Saúde

Pública, voltado para o Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa publicado em 2006 pelo MS, foi elaborado com o intuito de auxiliar a conduta para tal segmento populacional, contemplando uma leitura sobre medicação, cuidados familiares, avaliação global da pessoa idosa, entre outros tópicos (BRASIL, 2006).

É importante entender a complexidade do processo de envelhecimento para cada indivíduo, pois pode abranger desde o aspecto biológico até o psicológico. Sabendo disso, uma abordagem individualizada e humanizada se faz necessária.

“O envelhecimento humano faz parte de um conjunto de alterações morfofuncionais que levam a uma desestruturação orgânica, contínua e irreversível no organismo. Esse processo envolve os mais diversos fatores, como a genética herdada, a ação do meio ambiente, a própria ação da idade, o tipo de alimentação durante os anos anteriores, o estilo de vida e a ocupação exercida (BORGES *et al*, 2014, p.80).

Embasado nesta discussão sobre conceitos, nos anos 90, a OMS adotou o conceito de envelhecimento ativo sendo definido como “o processo de otimizar oportunidades para saúde, participação e segurança de modo a realçar a qualidade de vida na medida em que as pessoas envelhecem”. Esta definição, em outras palavras, considera um engajamento social contínuo na vida, mesmo que, sequencialmente limitado a um espaço ou existindo simultaneamente a alguma incapacidade do indivíduo, reconhecendo a influência de uma variedade de fatores que interagem para o processo (OMS, 2002, p 58).

Evidenciando o processo de envelhecimento brasileiro, observa-se uma mudança no perfil de ação de saúde do país, desenvolvendo-se atualmente estratégias sólidas para as doenças crônicas não transmissíveis, por exemplo, as cardiovasculares; pois estas são as morbidades que atualmente mais afetam os idosos. Em menos de 40 anos, o perfil de mortalidade se modificou, antes o predomínio era de mortalidade materno-infantil, hoje, são as mortes decorrentes de doenças cardiovasculares e neoplásicas, que são enfermidades complexas e mais onerosas, típicas das faixas etárias mais avançadas. (BRASIL, 2002).

O sistema de saúde está passando por uma transição de prioridades, com uma crescente demanda por procedimentos diagnósticos e terapêuticos de doenças crônicas não transmissíveis, e a uma demanda ainda maior por serviços de reabilitação física e mental (BEZERRA; ALMEIDA; NÓBREGA-TERRIEN, 2012).

Sabe-se do novo perfil de ações de saúde solicitado pela atual população idosa, porém um dos principais efeitos dessa transformação demográfica brasileira

tanto debatida se refere no financiamento do setor da Saúde. Estudos recentes têm demonstrado uma participação desproporcional dos idosos na demanda por serviços de saúde, principalmente hospitalares. Ao analisarmos os dados de internação hospitalar pelo SUS no ano de 2001, constatamos que a população que representava 8,5% da população (idosos) consumiu um bilhão, duzentos e dezessete milhões de reais em hospitalizações pelo SUS, contra 922 milhões da população de 0 a 14 anos, que representava 29,6% da população brasileira total (BRASIL, 2002).

4.2 REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE

Para compreender como o Brasil se organizou para atender esse segmento etário, é necessário delinear uma sequência lógica e cronológica de estratégias públicas para orientação setorial e inter setorial, iniciada em 1994 com a promulgação da Política Nacional do Idoso e regulamentado em 1996. Essa primeira ação ambiciona assegurar os direitos sociais do idoso, tecendo condições de autonomia, integração e participação efetiva na sociedade. Essa organização tem como propósito a promoção do envelhecimento saudável, a manutenção e a melhoria, ao máximo, da capacidade funcional dos idosos, a prevenção de doenças, a recuperação da saúde e a reabilitação daqueles que venham a ter a sua capacidade funcional restringida, de modo a garantir-lhes permanência no meio em que vivem, exercendo de forma independente suas funções na sociedade (VELLO; POPIM; CARAZZAI, 2014).

No que concerne à saúde, em 1999, foi divulgada a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, para facilitar a instrumentalização foram publicadas portarias regulamentando o funcionamento das Redes Estaduais de Assistência à Saúde do Idoso. Naquela época, as propostas defendidas eram concordantes com as necessidades vivenciadas, ou seja, a população idosa ficou centrada em Hospitais Gerais e Centros de Referência em Assistência à Saúde do Idoso (BRASIL, 2006).

Uma das características da Política Nacional do Idoso é o estabelecimento de fluxos bidirecionais funcionantes, aumentando e facilitando o acesso dos idosos a todos os níveis de atenção. Além disso, no que se diz respeito à atenção especializada, estabelece que deve ser garantida a incorporação de

mecanismos que fortaleçam a atenção à pessoa idosa como: reestruturação e implementação das redes estaduais de atenção à saúde da pessoa idosa, visando a integração efetiva com a atenção básica e os demais níveis de atenção, garantindo a integralidade da atenção, por meio do estabelecimento de fluxos de referência e contra-referência (BRASIL, 2010).

Além da PNI, o Estatuto do Idoso assegura o direito da pessoa idosa em toda a esfera social, garantindo o direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, à cultura, ao esporte, ao lazer, ao trabalho, à cidadania, à liberdade, à dignidade, ao respeito e à convivência familiar e comunitária (BRASIL, 2017).

Outro grande marco em prol a saúde do idoso é o *Pacto pela Vida*, que tem como destaque as questões da saúde do idoso em suas prioridades de atenção. O *Pacto pela vida* estabelece como estratégias de ação, voltadas a saúde do idoso: a caderneta de saúde do idoso; manual de atenção básica a saúde do idoso; o programa de educação permanente na área do envelhecimento; o acolhimento; a assistência farmacêutica; e a atenção diferenciada na internação e na atenção familiar (BRASIL, 2006).

Em 2006, o MS recomendou por meio da Portaria nº 2.528, uma reformulação do tema, originando uma atualização da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa e estabeleceu como suas diretrizes:

“Promoção do envelhecimento ativo e saudável, atenção integral à saúde da pessoa idosa; estímulo às ações intersetoriais, visando à integralidade da atenção; provimento de recursos capazes de assegurar a qualidade da atenção à saúde da pessoa idosa; estímulo à participação e ao fortalecimento do controle social; formação e educação permanente dos profissionais de saúde do SUS na área de saúde da pessoa idosa; divulgação e informação sobre a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa para profissionais de saúde, gestores e usuários do SUS; promoção de cooperação nacional e internacional das experiências na atenção à saúde da pessoa idosa; apoio ao desenvolvimento de estudos e pesquisas” (BRASIL, 2006, p 7).

Constituiu-se uma preocupação para os gestores em saúde englobar essa parcela da população na sociedade, uma vez que, com sua explosão em números, medidas de apoio e suporte tornaram-se imprescindíveis. Em 2010, a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) organizou o Plano de Ação sobre a Saúde do Idoso e Envelhecimento Ativo e Saudável indicando o compromisso dos governos com a saúde da população idosa da América Latina e Caribe, além da

recomendação de que “a manutenção da funcionalidade dos idosos deve ser objeto de programas de saúde, especialmente dirigidos a esse grupo” (OPAS, 2010).

Para estruturação funcional do SUS foi adotado a Rede de Atenção à Saúde (RAS), que são arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas que, integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado, através da Portaria do Ministério da Saúde nº 4.279, de 30/12/2010. Em outras palavras, as RAS são um entrelaçado de ações e serviços de saúde planejados para auxiliarem entre si de forma complementar tendo como particularidade a atenção básica como ponto de partida do sistema. Esta, por sua vez, é composta por uma equipe multidisciplinar que cobre toda a população (BRASIL, 2010).

Todos os serviços de saúde do SUS devem estar integrados de tal forma que o cidadão consiga ter acesso de acordo com sua necessidade, sendo a atenção básica a ordenadora do cuidado. Essa rede tem de se integrar com a rede de serviços sociais do Sistema Único de Assistência Social (SUAS) nos vários níveis de complexidade, otimizando os centros de convivência, os centros-dia, entre outros, para melhorar a qualidade de vida da pessoa idosa e conservar sua capacidade funcional. Esse modelo é necessário para que se enfrente a crônica insuficiência de recursos orçamentários destinados ao SUS e à inadequada utilização desses recursos, gerada em parte pela falta de planejamento (WATANABE, 2009).

Para construir a RAS foram propostas linhas de cuidado que ordenam o processo de trabalho, as demandas organizacionais e calculam a caminhada do usuário de forma que satisfaça suas necessidades. Assim, surgiram formas de enfrentamento como a premissa da integralidade nas cinco linhas do cuidado: saúde da criança e do adolescente, saúde da mulher, saúde mental, saúde bucal e saúde do adulto e idoso (FERNANDES, 2013).

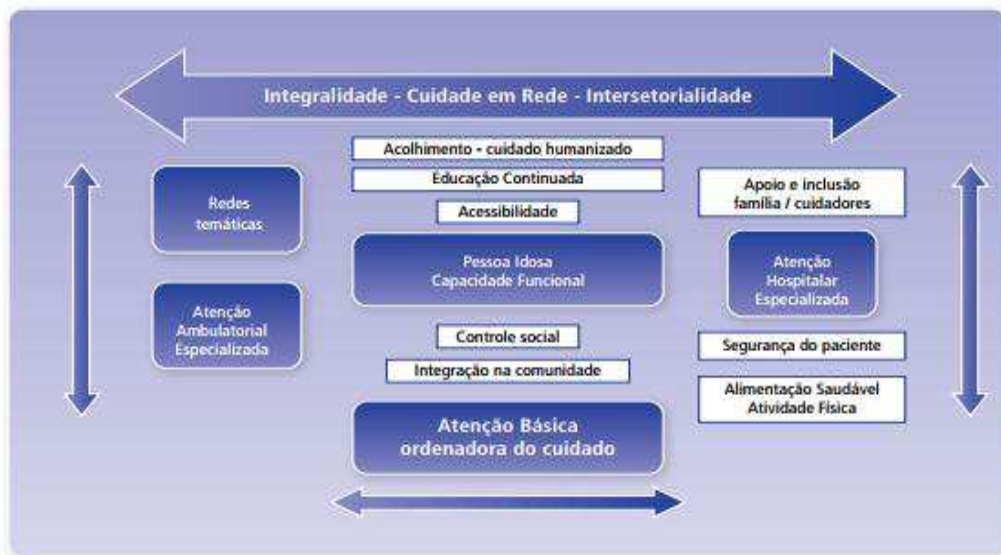
A proposta de linha de cuidado ao idoso deve ser entendida como um organizador de medidas, condutas e encaminhamentos de acordo com seu grau de necessidade. Como já discutido, a porta de entrada do SUS deve ser preferencialmente a UBSF, onde o usuário terá o primeiro contato com o sistema, e serão oferecidas informações assistenciais e estabelecido um vínculo com a equipe. A identificação de risco de cada paciente e a integralidade da atenção são peças-chaves para esse modelo proposto e a continuidade do cuidado aumenta a eficácia

e eficiência dos sistemas de atenção à saúde, reduzindo a utilização desnecessária dos recursos e aumentando a satisfação do paciente (WALRAVEN, 2010).

No modelo construído, os níveis que se consideram leves, de menores custos serão os de Unidade Básica que é um local de ampla cobertura populacional e de equipe multidisciplinar, onde se pretende que o idoso seja acolhido, crie vínculos de fidelidade, receba apoio integral e seja avaliado de acordo com seu risco ou incapacidade. Além da Atenção Básica, o modelo considera outros pontos como níveis primários podendo citar o Núcleo Integrado de Cuidado, o ambulatório clínico e Centro Dia, o Ambulatório de Geriatria e Atenção Domiciliar que também se encaixa no segundo nível de atenção deste modelo (BRASIL, 2014).

Sobre o ambulatório de geriatria é válido enfatizar, assim como nos demais níveis, a importância da equipe multidisciplinar que avaliarão o usuário de uma maneira ampla nos aspectos médicos, sociais, cognitivos e até mesmo afetivos. Este modelo nos faz entender os novos moldes intra e intersetoriais como tentativa de responder às demandas do processo de envelhecimento implicando a articulação da rede. A figura abaixo mostra, como documentado no texto, os componentes da Atenção à Saúde do Idoso no SUS (BRASIL, 2014).

Componentes do Modelo de Atenção a Saúde Integral da Pessoa Idosa no SUS



Fonte: Coordenação de Saúde da Pessoa Idosa/DAET/SAS/MS 2013

O processo de fluxograma segue para níveis mais elevados de complexidade, de maior custo, incluem-se os hospitais, seja de urgência ou

emergência, reabilitação ou cuidados paliativos. Os profissionais envolvidos neste setor devem ter em mente a tentativa de reabilitação do usuário para fazer retorná-lo para instâncias menos complexas. Busca-se permanecer com o idoso nos primeiros níveis de cuidado, com vistas a preservar sua qualidade de vida e reduzir os custos. A meta é concentrar nessas instâncias mais de 90% dos idosos (VERAS 2016).

Ao discutir um modelo de rede de atenção para esta faixa etária, fica clara a necessidade de centralização na pessoa, considerando suas peculiaridades e carências; esta linha de cuidado precisa ser administrada desde sua primeira ida a uma UBSF até o fim da vida (BRASIL, 2014).

A AB é de grande relevância para o cuidado de saúde do idoso, o MS lançou algumas diretrizes dirigidas aos profissionais desse nível, a exemplo da Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa como auxílio de conduta e informação, Programa Melhor em Casa, Academia de Saúde. Além disso, é de suma relevância que a equipe multidisciplinar esteja capacitada para identificação desses usuários no território, afim de que haja um acompanhamento adequado individualizado para cada idoso. Tal afirmação é confirmada pela seguinte citação extraída das Diretrizes para o cuidado das pessoas idosas no SUS:

“A atuação integrada, desenvolvida pelas equipes multiprofissionais, que constituem os NASFs, com as equipes de Saúde da Família (ESF), com as equipes de atenção básica para populações específicas e com o programa Academia da Saúde, além das equipes dos demais níveis de atenção, permite realizar discussões de casos clínicos, atendimento compartilhado entre profissionais” (BRASIL, 2014, p 28)

O quarto e quinto níveis precisam de cuidados mais complexos, podendo ser divididos pela duração provável do paciente, por exemplo, o atendimento domiciliar de maior complexidade (*home care*), assim como medidas preventivas ao combate de complicações ou progressão de patologias já conhecidas entre médico e paciente. O hospital deve ser reservado para casos específicos; logo, após a remissão da fase aguda é recomendado à assistência domiciliar para estes pacientes (VERAS, 2016).

No último nível deste modelo encontra-se o processo de reabilitação. Existe uma deficiência nesse nível, pois não conta com a ajuda do setor privado e o setor público muitas vezes é negligente. Nesse momento o idoso necessita de grande apoio assistencial e muitas vezes são transferidos para instituições filantrópicas ou religiosas e asilos. Esses locais transformaram-se na única

alternativa, muitas vezes, encontradas pelo usuário e sua família. Em outras palavras, o nível 5 de cuidado ao idoso carece de uma política inclusiva e efetiva para a demanda que se apresenta com o objetivo claro de evitar o abandono nessa faixa etária já sensível (VERAS, 2016).

A dimensão deste nível engloba ações de longa duração e, portanto, a necessidade de uma reestruturação financeira para o avanço deste setor. Dessa mesma forma as instâncias de longa duração, são vistas como depósitos de idosos doentes, particularmente os asilos, locais que, em sua maioria, funcionam como repositório de problemas sociais, de abandono e de muito pouca atenção da área da saúde (VERAS, 2016).

4.3 ACESSIBILIDADE

Acessibilidade em saúde remete a capacidade de obtenção de cuidados de saúde quando necessário, de modo fácil e apropriado. O SUS orienta-se pelo princípio de acesso universal e igualitário. Isso envolve as propriedades da oferta de serviços relativos à capacidade de produzir serviços e de responder a demanda de saúde de uma população (ALBUQUERQUE *et al*, 2014).

Avedis Donabedian (2003) abordou o tema acessibilidade sob duas dimensões: geográfica e sócio-organizacional. Na geográfica analisa-se a distância e o tempo de locomoção dos usuários para chegar aos serviços, incluindo o transporte, os custos da viagem, as vias de acesso, dentre outros. Na dimensão sócio-organizacional o autor ratifica a importância da postura dos profissionais de saúde e dos recursos tecnológicos utilizados frente às necessidades dos usuários. Desta forma, não se refere apenas à existência física do serviço, mas sim à responsabilização com o cuidado contínuo de acordo com a necessidade, garantindo o acesso a todos os níveis de atenção.

A conveniência do horário de funcionamento, o tempo de espera, o tipo de profissional disponível (especialidade, idade, gênero), a qualidade técnica do cuidado são outros componentes do aspecto organizacional da acessibilidade (ASSIS; JESUS, 2012).

Acesso e acessibilidade são empregados de diferentes formas e podem sofrer variações conforme o contexto e no decorrer do tempo. Existem autores que utilizam o termo acesso e acessibilidade e seus sinônimos, e outros que fazem

distinção de seus significados. O conceito de acesso aos serviços de saúde é considerado como a liberdade de escolher os serviços e sua disponibilidade no momento da procura pelo atendimento. A acessibilidade pode também ser considerada como uma das dimensões do acesso. Dessa forma, diz respeito a relação entre as características do Sistema de Saúde e da população que o utiliza, ou ainda, ao grau de ajuste entre as características da população e da oferta de serviços (RIBEIRO *et al.*, 2015).

O conceito de acesso à saúde veio se modificando ao longo dos anos, tornou-se mais complexo com a incorporação de aspectos mais conotativos. Aspectos que são menos concretos à ótica do sistema e da população que utiliza os serviços de saúde. As principais características do acesso à saúde são resumidas em quatro dimensões: disponibilidade, aceitabilidade, capacidade de pagamento e informação (SANCHEZ; CICONELLI, 2012).

Sanchez e Ciconelli (2012) descreveram essas quatro dimensões de acesso à saúde correlacionando aos seus indicadores de avaliação. A dimensão disponibilidade engloba a relação geográfica entre as instituições físicas de saúde e o indivíduo que delas necessita, como distância e opções de transporte; o nível de adequação dos serviços de saúde às necessidades dos indivíduos, como, por exemplo, alterar horário de funcionamento visando atender os adultos que trabalham.

Compreende a relação entre tipo, abrangência, qualidade e quantidade dos serviços de saúde prestados. Essa interação é influenciada pelas políticas adotadas pelos serviços de saúde, pelo número, competência e experiência dos profissionais de saúde de uma determinada instituição, pelas regulações que regem as interações de saúde e pela existência de equipamentos e insumos médicos. A disponibilidade reflete a entrada no sistema de saúde e possibilita a mensuração de vários indicadores de processos e de resultados (SANCHEZ; CICONELLI, 2012)

A capacidade de pagamento compreende a relação entre o custo de utilização dos serviços de saúde e a capacidade de pagamento dos indivíduos, bem como, conceitos relacionados ao financiamento do sistema de saúde. Assim inclui despesas com consultas médicas, medicamentos e exames laboratoriais; despesas diretas com transporte e alimentação; e despesas indiretas, como perda de renda ou produtividade em consequência do tempo de espera no atendimento. Os indicadores de avaliação desta dimensão são renda, fontes de renda, cobertura por seguro saúde, características da fonte regular de cuidado, custos diretos e indiretos com a

saúde. Com essa descrição, fica evidente que ainda em um sistema públicos de saúde pode existir barreiras financeiras ao acesso (SANCHEZ; CICONELLI, 2012).

A dimensão aceitabilidade compreende a forma como a população reage aos serviços prestados pela instituição de saúde, bem como a interação entre as expectativas dos profissionais de saúde e as expectativas dos pacientes. É considerada a dimensão menos mensurável pois abrange muitos fatores subjetivos, sociais e culturais da relação entre os usuários e os serviços. O ponto fundamental é o respeito mútuo entre profissionais de saúde e usuários. Os indicadores de aceitabilidade incluem crenças e atitudes com relação à saúde, conhecimento e fontes de informação sobre o cuidado com a saúde; e variáveis imutáveis como idade, sexo, estado civil, comportamento de saúde anterior, educação, etnia, tamanho e composição da família, religião e mobilidade residencial (SANCHEZ; CICONELLI, 2012).

A informação, considerada um elemento central do acesso, é essencial para a compreensão das demais dimensões. A informação pode determinar a distância entre a oportunidade de utilização e a real utilização dos serviços de saúde, por isso é importante ressaltar a noção do empoderamento para tomar decisões bem informadas sobre o uso dos serviços de saúde. A percepção individual de saúde e doença, a subjetividade intrincada nos critérios de escolha no contexto da saúde e as preferências individuais são determinantes da escolha realizada pelo indivíduo em relação à sua saúde. O conhecimento precário ou ausente impede o indivíduo de realizar as escolhas mais adequadas para a sua necessidade. Os indicadores dessa dimensão são escolaridade, conhecimento e fontes de informação (SILVA; RABINOVICH, 2013).

A combinação de barreiras geográficas e organizacionais ao acesso pode ser exemplificada pela persistência e magnitude de internações hospitalares por condições evitáveis pela atenção primária de saúde, como pneumonia, insuficiência cardíaca descompensada (ITURRI, 2014).

O processo de estruturação do sistema de saúde pública no país é caracterizado por uma expressiva extensão da cobertura e do acesso dos cidadãos aos serviços de saúde. Nesse contexto a Lei Orgânica de Saúde 8080/1990 institui como um dos princípios e diretrizes do SUS a descentralização e a hierarquização da rede de serviços de saúde, dividindo-a em serviços de alta complexidade, média complexidade e atenção básica (SPEDO; PINTO; TANAKA, 2010).

A Atenção Básica (AB) se consolidou como porta de entrada preferencial ao sistema de saúde e eixo orientador para estruturação dos sistemas locais de saúde (BRASIL/MS, 2010). Contudo, percebe-se que esse direcionamento priorizou a AB e os demais níveis de saúde não seguiram com o mesmo grau de desenvolvimento e investimento, bem como a articulação entre os níveis no sentido de garantir a continuidade do cuidado, visando à integralidade da atenção (SPEDO; PINTO; TANAKA, 2010).

Santos e Gerschman (2004) ao analisarem a segmentação da oferta de serviços de saúde no Brasil perceberam que há um maior direcionamento para o plano de cuidados básicos em detrimento da prestação direta de serviços de maior complexidade, que ficariam para a iniciativa privada.

Assim a dificuldade de acesso aos serviços especializados, ou à média complexidade, representa uma das principais barreiras para garantir a integralidade da atenção. A literatura identifica vários obstáculos, como a baixa resolutividade da atenção básica, pela falta de apoio diagnóstico e da referência para atenção especializada que ainda são insuficientes para garantir a resolubilidade e a continuidade da atenção, tal como a dificuldade de se estabelecer como porta de entrada preferencial do sistema (SPEDO; PINTO; TANAKA, 2010).

Pela falta de investimento os serviços assistenciais de média e alta complexidade se tornam cada vez mais congestionados e reprimem as ofertas e demandas. A necessidade dos gestores de complementar os valores defasados da Tabela SUS na tentativa de diminuir a contenção da demanda nos serviços assistenciais de média e alta complexidade também se constitui um importante fator de distanciamento à integralidade (GOMES, 2014).

Isso favorece o crescimento de empresas de planos privados a preços populares, e a extensa captação de clientela, principalmente da classe média da sociedade; estratégia que não diminui a procura pela rede pública, pois, sabe-se que o SUS serve muitas vezes de suporte ao sistema privado: pessoas com planos de saúde são empurradas para o sistema público quando precisam da alta complexidade, de urgência e emergência, de terapia renal substitutiva, de cirurgia cardíaca (DOMINGUEZ, 2017). A judicialização do acesso a procedimentos assistenciais de médio e alto custo às camadas média e média-alta da população aprofunda a iniquidade e a fragmentação do sistema (GOMES, 2014).

Desta forma, é de suma importância o conhecimento e a discussão sobre as áreas de atenção em saúde de média e alta complexidades pelos gestores, para estabelecer meios de atingir a adequada implementação desses serviços, de modo a complementar a atenção básica e garantir que o sistema de saúde do país atenda integralmente a população e não se resuma em um SUS de serviços básicos (DOMINGUEZ, 2017).

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram entrevistados quinze idosos em seis UBSF dos seis distritos sanitários de Campina Grande-PB, com idade entre 60 e 78 anos, sendo cinco do sexo masculino e dez do sexo feminino. Desses oito não trabalham, nove são aposentados e doze tem renda familiar de até um salário mínimo. Com relação a escolaridade sete idosos declararam ter 1º grau incompleto, três não são alfabetizados, três tem 1º grau completo, dois tem 2º grau completo.

Como resultados, destacam-se duas categorias representacionais: *Percepção dos usuários que utilizam o serviço especializado de saúde do SUS;* *Percepção dos usuários que não utilizam o serviço especializado de saúde do SUS.*

PERCEPÇÃO DOS USUÁRIOS QUE UTILIZAM O SERVIÇO ESPECIALIZADO DE SAÚDE DO SUS

Nessa primeira categoria oito usuários declararam utilizar o serviço especializado de saúde do SUS, compondo a maior parte da amostra. O primeiro aspecto observado é que boa parte da demanda é reprimida pela carência no setor público quando se remete esse tipo de serviço. Esse aspecto exige a reflexão sobre a restrição de acesso aos recursos de alta e média complexidade. Apesar dos indicadores apontarem crescimento da oferta, ainda se caracterizam como insuficientes para as necessidades apresentadas pela população (GAWRYSZEWSKI; OLIVEIRA; GOMES, 2012).

Percebe-se que pelo pouco conhecimento acerca do fluxo da Rede de Atenção à Saúde, os usuários não sabem a quem recorrer, não sabem dos seus direitos básicos com relação à saúde, e dessa forma, não tem o atendimento integral, como relata os usuários:

“Agora é tudo aqui, nós vamos pra lá e dizem: procure o postinho...mas aqui não tem atendimento não, isso aqui só serve para pegar remédio...postinho é muito limitado, preciso de especialista e não consigo.” (UF)

“Porque eu tive essa tontura e cai, eu pensei que era coração. Minha irmã mandou o dinheiro e eu fui, o médico era particular, o de coração...venho aqui só pegar remédio porque sou hipertensa.” (UO)

Diferente do estudo de Santiago (2013) realizado em Recife-PE no qual o resultado confirmou a UBSF como porta de entrada do sistema de saúde, pois a maioria dos usuários relataram procurar por este serviço quando apresentavam problemas de saúde, essa mesma população evidenciou ter seu problema de saúde resolvido na consulta realizada. Enfatizando o poder de resolutividade como fator determinante da satisfação do usuário, assim como a necessidade de características específicas para consolidar a Atenção Básica como ordenadora do cuidado, leia-se ser de fácil acesso geográfico e organizacional, constituir-se em serviço de procura regular e servir de filtro e ponto de entrada do fluxo pela rede assistencial na busca coordenada pelo generalista.

O desconhecimento dos idosos sobre o funcionamento da Rede de Atenção à Saúde do SUS foi uma constatação, contribuindo para a insatisfação com o serviço. O fato dos encaminhamentos aos serviços especializados serem necessariamente através da UBSF dificulta o acesso no momento da necessidade, segundo os idosos. O que corrobora com uma pesquisa realizada em São Paulo com gestores do SUS, no qual até os serviços de pronto-atendimento eram obrigados a encaminhar os pacientes que necessitavam de consulta ou exame especializado para uma UBSF, pois somente esse serviço tinha acesso ao sistema informatizado de agendamento. Dessa forma, percebe-se que os idosos não entendem a UBSF como ordenadora do cuidado, procurando os serviços sem agendamento prévio ou buscando o serviço de emergência equivocadamente. Bem como, sabe-se que burocratização e a limitação de recursos restringe o acesso dessa população (SPEDO; PINTO; TANAKA, 2010).

Os usuários que se manifestaram insatisfeitos com o acesso ao serviço especializado de saúde compuseram a minoria da amostra (2 usuários), como registrado nos seguintes relatos:

“Precisar, eu precisei. Ter eu não tive não. Pra você ver, tem 30 dias que eu tô com um problema na cabeça com o mundo rodando... Tudo nesse país é só propaganda. Velho não tem atendimento. Não tem aqui, não tem no HU, não tem em canto nenhum... não tenho mais

nenhuma expectativa. Porque a gente depende do postinho, o pessoal é tudo preparado pra barrar. As atendidas aqui são ótimas, mas eles não podem fazer o que a direção não autoriza. ” (UF)

“Porque aqui pra marcar exame tem que fazer uma consulta, ai o médico disse... ‘ah isso ai num não precisa encaminhar’... ai eu disse pois eu vou fazer particular.” (UO)

“É o acesso. Porque eu já estou chateado com esse: “procure o postinho”. Postinho é muito limitado” (UF)

Isso vai de encontro aos dados encontrados por Nobre (2013) que identificou elevado número de avaliações negativa com relação ao aspecto organizacional da acessibilidade. “A utilização de um serviço de saúde decorre do reconhecimento de uma necessidade de saúde transformada em demanda”, e a satisfação do usuário depende das suas expectativas, ou seja, a satisfação será maior quanto menor for a expectativa” (NOBRE, 2013 p. 45).

A alta proporção de idosos satisfeitos com o serviço identificado no presente estudo é coesa com informações de um estudo que explica o fato dos idosos apresentarem menores expectativas e usuários jovens serem mais exigentes. A satisfação procede de uma avaliação subjetiva derivada de percepções cognitivas e afetivas (SANTIAGO *et al*, 2013). Além disso, há evidências que a maior satisfação entre os idosos está relacionada ao fato dos serviços de saúde suprirem outras das suas necessidades (LIMA-COSTA; FACCHINI; MATOS; MACINKO, 2012).

Vale ressaltar que os dois usuários que se manifestaram insatisfeitos tinham o nível de escolaridade maior (2º grau completo), observação semelhante também foi encontrada em outro estudo, no qual observou-se que quanto maior a escolaridade menor a satisfação do usuário, os entrevistados com ensino superior incompleto e completo apresentaram quase 50% mais possibilidades de estarem insatisfeitos que os indivíduos sem escolaridade e com fundamental incompleto, num nível de significância de 10% (SANTIAGO, 2013).

Um estudo sobre a situação da saúde pública no Brasil indicou o tempo de espera para atendimento e para realização de exames como a pior situação referida aos serviços de saúde. No presente estudo, como evidenciado nas

seguintes falas, essa é a principal reclamação e o principal motivo de busca pela rede privada de saúde (CNI – IBOPE, 2012).

“Fui, mas já tem muitos anos... Tô esperando agora o encaminhamento, dei entrada mês passado pra marcar...” (UD)

“Faz muito tempo que eu vou. Há um mês e pouco que está marcado para eu ir no endócrino no HU, mas ainda não marcou.” (UA)

“Demorou demais, demorou uns cinco meses.” (UJ)

As falas supracitadas corroboram com as observações das pesquisadoras durante a maioria das consultas acompanhadas em um serviço de referência para consultas e procedimentos especializados do município de Campina Grande, no qual a maioria dos usuários reclamam, principalmente, sobre o tempo para marcação dos atendimentos. Na literatura destaca-se a insatisfação de usuários do SUS sobre o acesso a serviço especializado, como mostra no estudo de Silva e Rabinovich (2013) que os entrevistados citaram que ficaram esperando há meses e não conseguiram marcar as consultas especializadas.

Percebe-se a satisfação dos usuários com relação ao acesso no serviço de saúde do SUS como demonstrado nas falas:

“Fui bem atendida, a consulta foi rápida, o médico explicou direitinho e me atendeu direitinho... eu peguei a ficha oito na parte da tarde. Eu fui, cheguei lá fácil... pediu pra voltar de novo lá e nem voltei.”(UD)

“Fui muito bem atendida. Agora esperar, eu esperei. Porque tinha muita gente.”(UJ)

“Foi ótimo, tanto no SUS como no particular, foi tudo bom, graças a deus...fiz tudo no correr de um ano, foi bom demais.”(UK)

Em um estudo quantitativo sobre acessibilidade de idosos às UBSF em Campina Grande-PB constatou-se que idosos de menor condição socioeconômicas avaliaram mais positivamente a acessibilidade (NOBRE, 2013). Isso corrobora com o

nosso estudo visto que a maior parte dos entrevistados tem renda de até um (01) salário mínimo.

Alta satisfação, também foi encontrada no estudo de Santiago (2013), principalmente referente ao trabalho dos profissionais. Isso evidencia a importância da relação dos profissionais com a população, constituindo um elemento primordial na satisfação do usuário com o serviço. Semelhante ao presente estudo, em que a manifestação de satisfação remete a relação com os profissionais, ou seja, a forma como o profissional tratou o usuário no momento do atendimento.

“A menina me atendeu direitinho. A primeira vez que eu fui e já fez meu papelzinho amarelo lá do HU, no mesmo dia. Sempre é bom e sempre me ajudam.” (UD)

“Ah, eu fui muito bem tratada lá, ave maria, excelente o atendimento.” (UJ)

As campanhas promovidas pelo Ministério da Saúde, a exemplo do Outubro Rosa divulgam informações com o intuito de intervir nas decisões das pessoas em prol do bem-estar social. O Outubro Rosa tem por finalidade a prevenção do câncer de mama e do colo de útero, a campanha conta com várias ações e uma delas é a realização do exame de triagem para o câncer de mama com a Mamografia. Dois usuários desse estudo relataram terem realizado atendimento especializado através dessa campanha, manifestando completa satisfação com a acessibilidade. Destaca-se, assim, a importância do planejamento e da organização de ações de promoção e prevenção em saúde, em que os usuários tem a oportunidade de atendimento especializado e realização de exames, garantindo o vínculo e a sensibilização dos mesmos (MARTINS; BARBOSA; CEZAR, 2014).

“Só ano passado que eu precisei. Fiz mamografia no Pedro I. (UB)

“(...) fiz a mamografia ano passado... marcou aqui pelo posto no Outubro Rosa. Foi bom, não tive nenhuma dificuldade. Fui atendida logo. O atendimento foi muito bom, os médicos explicaram tudo, o resultado eu peguei com 15 dias.” (UC)

PERCEÇÃO DOS USUÁRIOS QUE NÃO UTILIZAM O SERVIÇO ESPECIALIZADO DE SAÚDE DO SUS

No nosso estudo sete usuários declararam não utilizar o serviço especializado de atenção à saúde do SUS, sendo, portanto, a menor parte da amostra. Em um primeiro momento vale a discussão sobre a utilização da rede privada de saúde para conseguir sanar qualquer agravo de saúde, visto que previamente existe a demora na marcação e realização da consulta no serviço especializado do SUS; analisar o perfil desse usuário que opta pelo serviço privado é de grande relevância para entendermos a dinâmica do acesso do idoso que busca AB, porém migra para a rede privada quando necessita do serviço especializado.

Dos sete usuários que não utilizam o serviço especializado de saúde do SUS, três alegaram utilizar a rede privada para serviços especializados. Cabe avaliar as falas dos usuários que utilizam o serviço da AB, porém utilizam a rede privada para serviços especializados.

“Fui ao oftalmo, mas foi particular...no HU só quando eu era criança.” (UE)

“Eu fui em junho desse ano, com doutor, no particular. No SUS eu nunca consulte nada não.” (UH)

“...o médico do olho foi pago. Fiz um exame e mandaram eu comprar um óculos que foi 600 reais.” (UN)

Na literatura, o mesmo padrão foi encontrado em pesquisa realizada por Almeida (2015) que demonstrou que a consulta em clínicas com médicos particulares por parte dos idosos também é expressiva, acima de 20%, para ambos os gêneros.

Os usuários que apresentam maior renda e escolaridade optam pela rede privada para serviço especializado; outro fator em comum encontrado é ser do sexo feminino. Na literatura, essa afirmação é corroborada por Almeida (2015) que evidenciou em seu trabalho que as idosas têm uma maior preferência pela rede privada que os idosos.

Dos usuários entrevistados, quatro afirmaram não terem utilizado o serviço especializado em nenhum momento, utilizando apenas a UBSF em determinadas necessidades:

“Eu venho só pegar medicação.” (UG)

“Todo mês eu venho pra cá, porque eu venho pegar o remédio porque eu sou hipertensa.” (UM)

“Todo mês eu venho apanhar um remédio.” (UN).

Os quatro usuários que afirmaram nunca ter utilizado o serviço especializado do SUS nos fazem refletir sobre os motivos da não utilização do serviço e a problemática complexa sobre organização e outros aspectos da rede pública. Essa problemática decorre de elementos como o modelo de atenção adotado, o dimensionamento e organização das ofertas e também do grau de resolutividade da Atenção Básica nos diversos lugares. (BRASIL, 2016)

Outro aspecto verbalizado pelos usuários desse estudo é a não necessidade do serviço especializado:

“Não, nada disso. Nunca fui, nunca precisei. Não sinto nada, dor de cabeça, nada.” (UG)

“Não, consulta no SUS nunca, graças a Deus não precisei.” (UH)

“Não, eu nunca fui atendidas por esses médicos não.” (UL)

“Não, as consultas eu faço tudo aqui.” (UN)

Assim também afirma Borges (2014) que, em seu trabalho revelou que grande parte dos idosos considera sua saúde como boa (47,81%), por isso não buscam o serviço.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A percepção dos idosos quanto ao serviço de saúde contribui para a avaliação e planejamento de novas abordagens direcionadas às necessidades dessa população.

O presente estudo buscou as informações imprimidas em cada discurso, sabendo que a satisfação do usuário está incumbida de subjetividade, percepções e expectativas individuais. As informações obtidas sobre a acessibilidade ao serviço especializado de saúde mostram que os principais obstáculos estão relacionados ao fator organizacional, visto que, a maioria dos idosos reclamaram do tempo de espera para a marcação das consultas e procedimentos de média e alta complexidade, da falta de atendimento especializado e da burocracia para conseguir os encaminhamentos.

Para sanar as demandas desses usuários se faz necessário uma completa reestruturação da RAS, pois o município necessita aumentar a oferta de recursos materiais e pessoais destinadas à média e alta complexidade. Isso pode ser realizado através de novos acordos pactuados com municípios que tem maior aporte de serviços e estados circunvizinhos.

O desconhecimento dos usuários sobre o funcionamento da RAS proporciona maior insatisfação com a acessibilidade, pois ao se reportar a determinados estabelecimentos de saúde equivocadamente, o idoso não obtém o atendimento esperado, isso frustra e enfraquece o vínculo desse usuário com o serviço de saúde. É importante enfatizar a necessidade de intervenções educacionais para melhor entendimento do sistema público de saúde, isso pode ser realizado através da formação de grupos de idosos, para que esse ambiente seja foco das equipes de Saúde da Família, promovendo ações educacionais e de promoção à saúde.

O conhecimento sobre os objetivos da UBSF, sobre os serviços disponibilizados e sobre a função de cada profissional da equipe, auxilia o usuário a

entender como utilizar os recursos disponíveis. No presente estudo grande parte da amostra relatou que utiliza a UBSF, prioritariamente, para obter medicação de uso contínuo. Neste sentido, é importante que equipe de saúde da família resgate o vínculo com esses usuários, para implementar ações de promoção e proteção à saúde, visto que, se fazem uso contínuo de medicação significa que apresentam algum agravo à saúde e necessitam de atenção continuada.

REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE, Maria do Socorro Veloso de et al. Acessibilidade aos serviços de saúde: uma análise a partir da Atenção Básica em Pernambuco. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 38, n., p.182-194, 2014. <http://dx.doi.org/10.5935/0103-1104.2014s014>.

ALCÂNTARA, Alexandre de Oliveira; CAMARANO, Ana Amélia; GIACOMIN, Karla Cristina (Org.). Política nacional do idoso: velhas e novas questões. **Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada – Ipea**, Rio de Janeiro, p.1-615, 2016.

ALMEIDA, Alexandre Nunes de. **O acesso aos serviços de saúde pelos idosos no Brasil com base na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD)**. 2015. 10 f. Monografia (Especialização) - Curso de Economia, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, 2015. Disponível em: <<http://files.bvs.br/upload/S/2175-2095/2015/v7n1/a4755.pdf>>. Acesso em: 12 dez. 2017

ASSIS, Marluce Maria Araújo; JESUS, Washington Luiz Abreu de. Acesso aos serviços de saúde: abordagens, conceitos, políticas e modelo de análise. **Ciênc. Saúde coletiva** [online]. 2012, vol.17, n.11, p.2865-2875. ISSN 1413-8123. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232012001100002>.

BARDIN, Laurence. **Análise de Conteúdo**. Tradução Luís Antero Reto, Augusto Pinheiro, São Paulo: Edições 70, 3ª reimp. Da 1ª edição de 2011.

BASSORA, Jennifer Bazilio; CAMPOS, Claudinei José Gomes. Metodologia clínico-qualitativa na produção científica no campo da saúde e ciências humanas: uma revisão integrativa. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, [s.l.], v. 12, n. 4, p.753-760,

31 dez. 2010. Universidade Federal de Goiás.
<http://dx.doi.org/10.5216/ree.v12i4.5804>.

BEZERRA, Fernanda Carvalho; ALMEIDA, Maria Irismar de; NÓBREGA-TERRIEN, Sílvia Maria. **Estudos sobre Envelhecimento no Brasil: Revisão Bibliográfica**. Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia, vol. 15, 2012. pp155-167. Monografia (Especialização) - Curso de Medicina, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2012. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/pdf/4038/403838795017.pdf>>. Acesso em: 11 nov. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Implantação das Redes de Atenção à Saúde e outras estratégias da SAS / Ministério da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2014^a.

BRASIL. ERNO HARTZHEIM. (Org.). **PROTOCOLOS DE ENCAMINHAMENTO DA ATENÇÃO BÁSICA PARA A ATENÇÃO ESPECIALIZADA: Endocrinologia e Nefrologia**. Brasília: Ministério da Saúde, 2016. 17 p. Disponível em: <https://www.ufrgs.br/telessaunders/documentos/protocolos_resumos/protocolo_ms_pneumologia_janeiro_2016.pdf>. Acesso em: 11 nov. 2017.

BRASIL. LÊDA LÚCIA COUTO DE VASCONCELOS. (Org) . **DIRETRIZES PARA O CUIDADO DAS PESSOAS IDOSAS NO SUS: PROPOSTA DE MODELO DE ATENÇÃO INTEGRAL**. Brasília: Ministério da Saúde Secretaria de Atenção à Saúde, 2014^b. 46 p. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_cuidado_pessoa_idosa_sus.pdf>. Acesso em: 11 nov. 2017.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE. **Redes estaduais de atenção à saúde do idoso: guia operacional e portarias relacionadas**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.104 p.- (Série A. Normas e Manuais Técnicos). Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/redes_estaduais.pdf>. Acesso em: 11 nov. 2017.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE. DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO BÁSICA. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de

Atenção Básica – Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 192 p. il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Cadernos de Atenção Básica, n. 19).

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **PORTARIA Nº 4.279**. Brasília: Ministério da Saúde Secretaria de Atenção à Saúde, 2010. 25 p. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2011/img/07_jan_portaria4279_301210.pdf>. Acesso em: 29 set. 2017.

BRASIL. Câmara dos Deputados. **Estatuto do idoso** [recurso eletrônico]: Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003. 5. ed., rev. e ampl. Brasília: Edições Câmara, 2017. Disponível em: < [file:///C:/Users/Windows/Downloads/estatuto_idoso_5ed%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/Windows/Downloads/estatuto_idoso_5ed%20(1).pdf)>. Acesso em: 25 nov 2017.

BRASIL, Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. **Política Nacional do Idoso**. Lei nº 8.842, de janeiro de 1994. 1ª ed. Brasília, 2010.

BORGES, A. M. et al. **Auto percepção de saúde em idosos residentes em um município do interior do Rio Grande do Sul**. Rev. Bras. Geriatr. Gerontol., Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 79-86, 2014. Disponível em. Acesso em: 11 nov. 2017.

CAVALCANTE, Ricardo Bezerra; CALIXTO, Pedro; PINHEIRO, Marta Macedo Kerr. ANÁLISE DE CONTEÚDO: considerações gerais, relações com a pergunta de pesquisa, possibilidades e limitações do método. **Informação & Sociedade: estudos**, João Pessoa, v. 24, n. 1, p.13-18, 2014.

CHAIMOWICZ, Flávio (Ed.). **Saúde do idoso**. 2. ed. Belo Horizonte: Nescon Ufmg, 2013. 182 p. Disponível em <<file:///webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:tkuQKQ0b2H0J:https://www.passeidireto.com/arquivo/19265696/saude-do-idoso-flavio-chaimowicz/3+&cd=2&hl=pt-BR&ct=clnk&gl=br>>. Acesso em: 01 nov. 2017.

CLOSS, Vera Elizabeth; SCHWANKE, Carla Helena Augustin. **A evolução do índice de envelhecimento no Brasil, nas suas regiões e unidades federativas no período de 1970 a 2010**. Rio de Janeiro: Rev. Bras. Geriatr. Geronto, 2012. 15 p.

DOMINGUEZ, Bruno. Mercado da Saúde. **Radis: Fiocruz**, Rio de Janeiro, v. 175, p.16-22, abr. 2017.

DONABEDIAN, Avedis. **An introduction to quality assurance in health care**. New York: Oxford University, Croat Med J., p.200, 2003.

FERNANDES, Maria Teresinha de Oliveira. **A REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE PARA O CUIDADO À PESSOA IDOSA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA: UM MODELO TEÓRICO**. 2013. 210 f. Tese (Doutorado) - Curso de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2013. Disponível em: <http://www.bibliotecadigital.ufmg.br/dspace/bitstream/handle/1843/GCPA-99PQ4Y/maria_teresinha_de_oliveira_fernandes.pdf?sequence=1>. Acesso em: 07 set. 2017.

GAWRYSZEWSKI, Ana Raquel Bonder; OLIVEIRA, Denize Cristina and GOMES, Antonio Marcos Tosoli. ACESSO AO SUS: representações e práticas de profissionais desenvolvidas nas Centrais de Regulação. **Physis** [online]. 2012, vol.22, n.1, pp.119-140. ISSN 1809-4481. <<http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312012000100007>>. Acesso em: 11 out. 2017.

GOMES, Fernanda de Freitas Castro et al. Acesso aos procedimentos de média e alta complexidade no Sistema Único de Saúde: uma questão de judicialização. **Cadernos de Saúde Pública**, [s.l.], v. 30, n. 1, p.31-43, jan. 2014. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311x00176812>.

IBGE. **IBGE divulga dados do Censo 2010**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. Disponível em: <<https://censo2010.ibge.gov.br/noticias-censo.html>>. Acesso em: 29 set. 2017.

ITURRI, José Antonio. Acesso e integralidade da Atenção. **Tempus: actas de saúde colet**, Brasília, v. 8, n. 1, p.85-89, mar. 2014. < <http://dx.doi.org/10.18569/tempus.v8i1.1457>>. Acesso: 10 out 2017.

LEBRÃO, Maria Lúcia. **O envelhecimento no Brasil: aspectos da transição demográfica e epidemiológica**. São Paulo: Bolina, 2007. 4 v. Disponível em: <<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/2559.pdf>>. Acesso em: 01 nov. 2017.

LIMA-COSTA, Maria Fernanda et al. Mudanças em dez anos das desigualdades sociais em saúde dos idosos brasileiros (1998-2008). **Rev Saúde Pública**, São Paulo, v. 46 (supl), p.100-107, 2012.

MARTINS, Andréia de Fátima Hoelzle; BARBOSA, Telma Regina da Costa Guimarães; CEZAR, Layon Carlos. Análise da campanha Outubro Rosa de prevenção do câncer de mama em Viçosa, MG. **Revista de Ciências Humanas**, Viçosa, v. 14, n. 2, p.539-556, dez. 2014.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **PORTARIA Nº 2.528**: Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa.. Brasília: Gabinete do Ministro, 2006. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt2528_19_10_2006.html>. Acesso em: 10 de ago. 2017.

NOBRE, Amanda Manuella Dantas. **Avaliação da Estratégia de Saúde da Família na perspectiva dos idosos em Campina Grand, Paraíba**. 2013. 96 f. [Dissertação]. Mestrado em Saúde Pública. Universidade Estadual da Paraíba.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS). **A atenção à saúde coordenada pela APS: construindo as redes de atenção no SUS**. Brasília, 2010.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **OMS cobra melhorias no atendimento aos idosos**. 2017. Disponível em: <<https://nacoesunidas.org/oms-cobra-melhorias-no-atendimento-aos-idosos/>>. Acesso em: 13 nov. 2017.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Os desafios de um mundo em mudança**. 2008. Disponível em: <http://www.who.int/whr/2008/08_chap1_pr.pdf>. Acesso em: 15 nov. 2017.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE / NMH / NPH. **Envelhecimento ativo: um quadro de políticas**. Organização Mundial da Saúde, 2002. 58 p. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/envelhecimento_ativo.pdf> Acesso em: 20 set. 2017.

PESQUISA CNI-IBOPE. **Retratos da sociedade brasileira: saúde pública**. 2012. Disponível em: <[http://admin.cni.org.br/portal/data/files/00/FF80808134CE96AF0134D22242451D75/Retratos da Sociedade Brasileira Saúde Pública Janeiro 2012.pdf](http://admin.cni.org.br/portal/data/files/00/FF80808134CE96AF0134D22242451D75/Retratos%20da%20Sociedade%20Brasileira%20Saúde%20Pública%20Janeiro%202012.pdf)>. Acesso em: 12 ago 2017.

RIBEIRO, Juliana Pires et al. Acessibilidade aos serviços de saúde na Atenção Básica do Estado de Goiás. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 17, n. 3, p.11, 30 set. 2015. Universidade Federal de Goiás. <<http://dx.doi.org/10.5216/ree.v17i3.29436>>. Acesso em: 02 set 2017.

SANCHEZ, Raquel Maia; CICONELLI Rozana Mesquita. Conceitos de acesso à saúde. **Rev Panam Salud Publica**. v. 31, n. 3, p.260–8, 2012.

SANTIAGO, Renata Florêncio et al. Qualidade do atendimento nas Unidades de Saúde da Família no município de Recife: a percepção do usuários. **Ciênc. saúde coletiva** [online]. 2013, vol.18, n.1, p.35-44. ISSN 1413-8123. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232013000100005>.

SANTOS, Maria Angélica Borges dos; GERSCHMAN, Silvia. As segmentações da oferta de serviços de saúde no Brasil: arranjos institucionais, credores, pagadores e provedores. **Ciênc. saúde coletiva** [online]. 2004, vol.9, n.3, p.795-806. ISSN 1413-8123. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232004000300030>.

SILVA, Gisleide Lima; RABINOVICH, Elaine Pedreira. As barreiras da universalidade do acesso vivenciado por idosos nas unidades saúde da família. **Ciência & Desenvolvimento-Revista Eletrônica da FAINOR**, v. 6, n. 1, 2013.

SILVA, Leonardo Oliveira Leão e et al. Acessibilidade ao serviço de saúde: percepções de usuários e profissionais de saúde. **Cogitare Enferm**, Paraná, v. 16, n. 4, p.654-660, out/dez 2011.

SPEDO, Sandra Maria; PINTO, Nicanor Rodrigues da Silva; TANAKA, Oswaldo Yoshimi. The difficult access to secondary health care services: São Paulo city case study, Brazil. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 20, n. 3, p. 953-972, 2010.

VELLO, Lais Soares; POPIM, Regina Célia; CARAZZAI, Elisabete Manieri. **Saúde do Idoso: percepções relacionadas ao atendimento**. 2014. 5 f. Monografia (Especialização) - Curso de Enfermagem, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ean/v18n2/1414-8145-ean-18-02-0330.pdf>>. Acesso em: 02 nov. 2017.

VERAS, Renato. **Linha de cuidado para o idoso: detalhando o modelo**. Rio de Janeiro: Ver. Bras. Geriatr. Geronto, 2016. 15p. Disponível em: http://sbgg.org.br/informativos/24-01-17/7_Linha_de_cuidado_para_o_idoso.pdf Acesso em: 20 set. 2017.

WALRAVEN, C. V. et al. **A associação entre a continuidade do cuidado e os resultados: uma revisão sistemática e crítica**. J. Eval. Clin. Pract.,Oxford, v. 16, p. 947-956, 2010. Disponível em: < <http://apsredes.org/pdf/Saude-do-Idoso-WEB1.pdf>> Acesso em: 01 set. 2017.

WATANABE, Helena Akemi Wada. Instituições de Longa Permanência para Idosos (Ilpis). In: SÃO PAULO. GOVERNO DO ESTADO DE SÃO PAULO. . **Rede de atenção à pessoa idosa**. São Paulo: Secretaria Estadual de Assistência e Desenvolvimento Social, 2009. Cap. 1. p. 8-17. Disponível em: <<http://fiapam.org/wp-content/uploads/2013/12/Rede-de-atencao-a-pessoa-idosa.pdf>>. Acesso em: 01 set. 2017.

APÊNDICE 1

ROTEIRO DE ENTREVISTA

Perfil sócio demográfico dos usuários participantes

1. Faixa etária

- a) () 60 a 65 anos
- b) () 65 a 70 anos
- c) () 70 a 75 anos
- d) () 75 a 80 anos
- e) () mais de 80 anos

2. Sexo

- a) () Feminino
- b) () Masculino

3. Estado civil

- a) () Solteiro(a)
- b) () Casado(a)
- c) () Viúvo(a)
- d) () Divorciado(a)
- e) () Separado (a)

4. Escolaridade

- a) () Sem escolaridade
- b) () Alfabetizado
- c) () 1° grau
- d) () 2° grau
- e) () 3° grau

5. Ocupação _____

6. Trabalha

- a) () Sim
- b) () Não

7. Renda

- a) () < 1salário
- b) () 1 a 5 salários
- c) () 6 a 10 salários
- d) () >1 salários
- e) () Sem renda

8. Aposentadoria

- a) () Sim
- b) () Não

9. Motivo da aposentadoria

- a) () Tempo de serviço
- b) () Idade
- c) () Problemas de saúde
- d) () Acidente
- e) () Aposentadoria especial

Percepção sobre o acesso aos serviços especializados de saúde do SUS

10. Nos últimos meses teve algum problema ou agravo de saúde e foi atendido na UBSF?

- a) () Sim, qual?
- b) () Não

11. Nos últimos meses que serviço(s) especializado(s) você teve acesso?

12. Como foi seu acesso ao(s) serviço(s) especializado(s)?

13. Qual sua expectativa quanto ao acesso ao(s) serviço(s) especializado(s)?

14. Quais foram as dificuldades para ter acesso ao(s) serviço(s) especializado(s)?

15. Quais os pontos positivos para você após acesso ao(s) serviço(s) especializado(s)?