

Saúde do Idoso na Atenção Básica de Saúde no Município de João Pessoa: o Olhar do Usuário

Elderly's Health in Primary Care in the City of João Pessoa: The User's view Look of The User

VANIA RODRIGUES DE ARAUJO¹
ANA MARIA GONDIM VALENÇA²
ANDRÉA VANESSA ROCHA³

RESUMO

Objetivo: Esse estudo objetivou descrever a assistência à saúde do idoso nas Unidades Básicas de Saúde (USFs) no município de João Pessoa, segundo o depoimento dos usuários. **Metodologia:** Utilizou-se de um desenho de investigação do tipo observacional seccional, tendo como unidade de observação o indivíduo, em uma amostra de 109 indivíduos pertencentes ao Distrito Sanitário III. O instrumento de coleta de dados foi um questionário contendo perguntas gerais e específicas sobre a assistência de saúde no nível primário de atenção e a coleta se deu por meio de entrevista semi-estruturada. Os dados foram analisados de forma qualitativa, por intermédio da técnica de análise de conteúdo. **Resultados:** A maioria dos entrevistados foi do sexo feminino (79,8%), com faixa etária de 66 – 76 anos (54,2%), escolaridade: ensino fundamental (76,2%) e renda familiar de 1 a 3 salários (55%). O estudo demonstrou existir uma preocupação do município em oferecer assistência de qualidade à população idosa, incluindo desde o atendimento médico às atividades de socialização e lazer, entretanto, a atenção básica ainda está ineficiente. **Conclusão:** Dentre os principais achados da pesquisa encontraram-se o não alcance das necessidades e demandas de saúde da população idosa, a relação positiva entre as atividades oferecidas na USF e o conhecimento dos idosos sobre os serviços oferecidos e a utilização da atenção básica como porta de entrada aos serviços de saúde.

DESCRIPTORIOS

Saúde do Idoso. Atenção Básica. Necessidades e Demandas dos Serviços de Saúde.

SUMMARY

Objective: To describe elderly's health care by Family Health Units (FHUs) in the city of João Pessoa, according to users' reports. **Methods:** To this end, we adopted a sectional observational research design and considered the individual as observation unit. Accordingly, the sample consisted of 109 individuals belonging to the Health District III. The data collection instrument was a questionnaire containing general questions and specific information about health care in primary care. Gathering was performed through semi-structured interview. Data were analyzed qualitatively by means of the content analysis technique. **Results:** Most respondents were female (79.8%), aged 66 to 76 (54.2%), education: primary education (76.2%) whose family income wages ranged from 1 to 3 (55%). The study showed there is a concern of the municipality in providing quality of care to the elderly population, encompassing since medical appointments to socialization and recreation activities. Nevertheless, primary care was found to be still inefficient. **Conclusion:** Among the main findings of this study are: the non-resolution of health needs and demands of the elderly population; the positive relationship between the activities provided by the FHU and the knowledge of the elderly about the services offered, as well as and the use of primary care as the gateway to health services.

DESCRIPTORS

Aging health. Primary Care. Health Services Needs and Demand.

- 1 Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Modelos de Decisão e Saúde (PPGMDS) da Universidade Federal da Paraíba (UFPB), João Pessoa/PB, Brasil.
- 2 Professora Associada do Departamento de Clínica e Odontologia Social da Universidade Federal da Paraíba (UFPB), João Pessoa/PB, Brasil.
- 3 Professora Adjunta do Departamento de Estatística da Universidade Federal da Paraíba (UFPB), João Pessoa/PB, Brasil.

O Sistema Único de Saúde (SUS) pode ser definido como um arranjo organizacional desenvolvido para dar suporte à efetivação da política pública de saúde no Brasil. Ele foi instituído com o objetivo de integrar as ações de saúde das esferas nacionais, estaduais e municipais, e pressupõe a articulação de subsídios dessas três esferas de governo para atender de maneira funcional às demandas por atenção à saúde (ARRETCHE, 2008). Desta forma, o sistema de saúde brasileiro não se restringe a um sistema de prestação de serviços, constitui-se de um sistema complexo responsável por articular e coordenar ações de prevenção e promoção de saúde, bem como de cura e reabilitação.

Este sistema é diferenciado da rede privada de saúde não só pela gratuidade, mas também por englobar atividades que vão além do campo assistencial. No tocante à saúde do idoso, até o início da década de 1990, não havia uma política pública de saúde específica para essa população, apenas algumas ações de iniciativa privada. Em 1975, surgiu o Instituto Nacional da Previdência Social (INPS) e o Programa de Atendimento ao Idoso (PAI), que reunia os idosos que frequentavam os ambulatórios do INPS, para discutir assuntos de interesse da classe. Posteriormente, em 1985, foi fundada a Associação Nacional de Gerontologia (ANG), com a finalidade de trabalhar por melhores condições de vida para os idosos do país (CARVALHO, PAPALÉO NETTO, 2006). Neste contexto, percebe-se que até esse momento a assistência à saúde do idoso era praticamente inexistente e que, a partir de então, as discussões em torno do assunto começaram a emergir na busca de um cenário mais favorável à população idosa.

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

Em outubro de 2003, com o objetivo de nortear ações sociais e de saúde, garantir os direitos da população acima de 60 anos e obrigar a proteção dos mesmos pelo estado, o Estatuto do idoso foi decretado

(MARTINS, MASAAROLLO, 2006). Esta foi uma conquista importante, pois os idosos adquiriram alguns privilégios, fundamentados em suas limitações, além da criação de novas ações e prioridades na atenção em saúde.

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

Buscando aumentar essa resolubilidade na assistência ao idoso, foi criada a caderneta do idoso, a qual surge como um instrumento valioso para auxiliar a identificação das pessoas idosas frágeis ou em risco de fragilização. Ademais, almeja possibilitar o planejamento e organização das ações, resultando assim em um melhor acompanhamento do estado de saúde da população em questão (BRASIL, 2006a).

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

Embora o Brasil tenha avançado na consolidação de mecanismos de atenção à saúde do idoso, o cenário atual clama por políticas públicas e programas de atenção específicos, que vão além da imunização e da oferta de medicamento. Em João Pessoa, atividades comunitárias na assistência aos idosos estão sendo realizadas, essas são idealizadas e concretizadas de forma independente da secretaria de saúde e do respectivo distrito sanitário, ou seja, “cada equipe de saúde da família identifica as necessidades da comunidade e planeja tais atividades. Os órgãos gerenciadores apóiam esse tipo de iniciativa, e disponibiliza um ônibus para realização de passeios agendados” Gestora da área temática de saúde do idoso do município de João Pessoa (Comunicação verbal).

Considera-se idosa as pessoas com idade igual ou superior a 65 anos, em países desenvolvidos, e a partir de 60 anos em países em processo de desen-

volvimento (PAPALÉO NETTO *et al.*, 2006). Estudos realizados pelo IBGE apontaram que a população do Brasil está mais velha, ou seja, há mais pessoas consideradas idosas.

Dados do IBGE (2008) apontam que, no período de 1997-2007, a população idosa cresceu 47,8%, número muito superior ao crescimento da população brasileira total (21,6%). A redução do crescimento demográfico e a velocidade de crescimento da população idosa brasileira sinalizam a demanda por melhores políticas públicas de saúde, a necessidade de reestruturação da assistência e capacitação profissional para lidar com a nova situação.

O SUS tem se preocupado com a assistência qualificada e com a qualidade de vida dessa população, e terá que comportar uma crescente demanda por procedimentos diagnósticos e terapêuticos das doenças crônicas não transmissíveis, principalmente as cardiovasculares e as neurodegenerativas, e ainda uma demanda maior por serviços de reabilitação física e mental (RAMOS, 2003).

Esse processo de envelhecimento pode resultar na presença de múltiplas doenças, prejuízos e incapacidades. O nível desse desgaste da saúde correlaciona-se com diferentes variáveis, como genética, danos acumulados e estilo de vida.

Neste sentido, existem alguns fatores determinantes a serem considerados para que haja qualidade de vida para um indivíduo idoso: cultura, condições socioeconômicas, equilíbrio psicológico por meio de relações sociais e familiares, o ambiente físico no qual o idoso está inserido, moradia segura, saneamento básico e alimentação de qualidade (FREITAS *et al.*, 2006). Complementando, a Organização Panamericana de Saúde (2005) aponta que medidas de promoção da saúde mediante acessos a serviços de qualidade e assistência digna e respeitosa corroboram para um envelhecer saudável.

Apesar da elaboração da Política Nacional da Saúde do Idoso, em 1999, e do Estatuto do Idoso em 2003, apenas em 2006, por intermédio do Pacto pela Saúde, o SUS passou a considerar a saúde da população idosa como prioridade (LIMA-COSTA, LOYOLA FILHO, MATOS, 2007). Na atenção básica, o objetivo principal passou a ser a manutenção da capacidade funcional do idoso, de forma a garantir a prioridade no atendimento aos identificados como frágil/alto risco. Desde então, foram realizados dois inquéritos para avaliar a saúde do idoso no Brasil, em 1998 e em 2003, constatando-se, que apesar de os mais pobres apresentarem piores condições de saúde, são os que menos usam os serviços públicos de saúde (LIMA-COSTA, LOYOLA FILHO, MATOS, 2007). Segundo STARFIELD (2002), poucos

são os estudos que se remeteram à análise das condições de assistência à saúde do idoso no Brasil. No estado da Paraíba, muito escassas são as pesquisas com esse propósito, especificamente no município de João Pessoa, considerada a segunda capital do Nordeste em número de idosos (JOÃO PESSOA, 2006).

Nesse contexto, o presente estudo torna-se relevante para analisar as práticas de cuidado ao idoso na Atenção Básica em Saúde, bem como para dar resposta às seguintes indagações: Os idosos têm conhecimento das atividades oferecidas na estratégia de saúde da família (ESF)? Os serviços oferecidos estão atendendo às necessidades dessa população? Para tanto, está apoiada nos seguintes objetivos: descrever a assistência à saúde do idoso, no município de estudo, segundo o depoimento dos usuários, relatar as iniciativas positivas no âmbito da atenção básica, bem como, as fragilidades do serviço, identificadas pelos idosos.

MATERIAL E MÉTODOS

O desenho de investigação adotado foi do tipo observacional seccional, no qual tem como unidade de observação o indivíduo, sendo essa observação de forma direta e por determinado período do tempo. Esse desenho de estudo possibilita adoção de hipóteses etiológicas, apresenta simplicidade analítica, baixo custo e alto potencial descritivo (MEDRONHO *et al.*, 2009). Quanto ao período de coleta dos dados do estudo, foi realizado entre os meses de agosto e novembro de 2011.

A pesquisa teve natureza exploratória descritiva, na qual os dados foram analisados de forma qualitativa. Neste tipo de abordagem, TRIVIÑOS (2009) afirma que a atenção é voltada para os pressupostos que servem de fundamento para a vida das pessoas, contemplando-se as questões do cotidiano e tendo-se o ambiente natural como fonte direta dos dados e, o pesquisador, como instrumento-chave da pesquisa. Portanto, este estudo abordou os temas em seu cenário natural, buscando ouvir o que os sujeitos da pesquisa têm a dizer, explorando assim as suas idéias por meio da análise de conteúdo.

O cenário de estudo foi o município de João Pessoa, capital do estado da Paraíba, que conta com uma área territorial de 211 Km² e está situado no litoral do nordeste brasileiro, apresenta 30 km de praia e tem um clima quente e úmido. De acordo com a pesquisa Censo (2010), realizada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), a capital possui um total de 723.514 habitantes, dentre os quais 46,68% são homens e 53,32% são mulheres. A expectativa média de

vida de seus habitantes é de 68 anos e configura-se como a segunda capital nordestina em número de idosos (JOÃO PESSOA, 2006). É constituído por 65 bairros, dentre os quais se destaca o bairro de Mangabeira como o mais populoso, com aproximadamente 67 mil habitantes, representando 11% da população do município.

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

No que se refere à atenção básica, a rede de serviços de saúde de João Pessoa dispõe de 180 unidades de saúde da família (USF), fixadas nas proximidades das respectivas comunidades abrangidas pela equipe. Buscando maior apoio, segurança e melhores condições estruturais para a assistência da população, algumas dessas Unidades de Saúde da Família (USFs) encontram-se organizadas no mesmo espaço físico, caracterizando as denominadas unidades de saúde integradas. Nesses casos há distanciamento de algumas equipes de saúde dos seus respectivos territórios de abrangência. Essa rede de unidades da estratégia de saúde da família (ESF) é organizada e gerenciada por meio dos distritos sanitários.

O município está dividido em cinco distritos, cada um deles é responsável pelo gerenciamento das atividades de saúde executadas em seus respectivos territórios. A alocação dessas unidades de saúde da família é realizada segundo uma estrutura organizacional, tais distritos são gerenciados pela Secretaria de Saúde do município de João Pessoa, que por sua vez está inserida na rede de assistência do SUS. O local de realização deste estudo foi o Distrito Sanitário III do município de João Pessoa-PB, composto por 53 unidades de saúde da família (USF) no qual atendem uma população de 171.450 usuários, dentre estes 15.129 idosos, cadastrados pela secretaria de saúde do município em novembro de 2010.

Justifica-se a escolha do local da pesquisa por este ser caracterizado como o distrito de maior abrangência territorial do município, compreendendo os seguintes bairros: Mangabeira, Valentina, Jardim Cidade Universitária, Jardim São Paulo, Bancários, Planalto da Boa Esperança, Cidade dos Colibris, Paratibe, José Américo e Gramame.

A população de estudo foi composta pelos 15.129 usuários idosos, assistidos pelas unidades componentes do Distrito Sanitário III, e o estudo se baseou em uma amostra desses usuários. Para seleção das unidades amostrais foi utilizada a técnica de amostragem

aleatória simples. Inicialmente foi feito o cálculo tamanho da amostra dos usuários idosos (n_1), através da seguinte fórmula, para populações infinitas, justificada pelo elevado número de idosos cadastrados no distrito sanitário III, que é de 15.129, até o mês de novembro de 2010.

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

Adotou-se uma confiança de 95% e um erro de 0,08, obtendo assim, um tamanho amostral de 106 indivíduos. Em seguida foi realizado um sorteio para definir quais indivíduos iriam participar da pesquisa, em cada unidade de saúde da família.

O instrumento de coleta foi um questionário contendo perguntas gerais e específicas sobre a assistência de saúde recebida no nível primário de atenção. A coleta se deu por meio de entrevista semi-estruturada, dessa forma, foi possível obter as informações necessárias para a análise qualitativa, mediante os discursos dos sujeitos.

Os dados foram analisados no enfoque qualitativo, utilizando-se da técnica de análise de conteúdo. Conforme, BARDIN (2011), a análise de conteúdo é definida como um conjunto de técnicas de análise das comunicações, que objetiva obter, através de procedimentos objetivos e sistemáticos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção destas mensagens.

Entre as técnicas utilizadas para a realização da análise de conteúdo destaca-se a análise categorial, técnica adotada nesse estudo. Essa considera a totalidade do texto na análise, submetendo-o a um crivo de classificação e de quantificação, segundo a frequência de presença ou ausência de elementos de sentido (OLIVEIRA, 2008).

Para tanto, seguiu-se a sequência processual, preconizada por Oliveira (2008): 1) Leitura flutuante, intuitiva, ou parcialmente orientada do texto; 2) Definição de hipóteses provisórias sobre o objeto estudado e o texto analisado; 3) Determinação das Unidades de Registro (UR); 4) Marcação no texto do início e final de cada UR observada; 5) Definição das unidades de significação ou temas; 6) Análise temática das UR: quantificação dos temas em número de UR; 7) Análise categorial do texto; 8) Tratamento e apresentação dos resultados: os resultados poderão ser apresentados em forma de descrições cursivas, ou, ainda, em forma de quadros seguidos de descrições cursivas e outros; 9) Discussão dos resultados e retorno ao objeto

de estudo; 10) Produção de planilha de frequência das categorias, quantificando os resultados da análise de conteúdo.

A respeito dos aspectos éticos, o presente estudo foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Universitário de João Pessoa (Unipê), obtendo parecer favorável a sua execução.

RESULTADOS

Foram entrevistados 109 indivíduos, dentre esses prevaleceu o sexo feminino (79,8%), com faixa etária de 66 – 76 anos (54,2%), escolaridade: ensino fundamental (76,2%) e renda familiar de 1 a 3 salários (55%). Foi constatado que a maioria dos idosos (55%) eram aposentados e 82,6% dependiam exclusivamente do SUS. Nessa seção encontram-se descritas as perguntas formuladas aos sujeitos da pesquisa, bem como as respostas emitidas, obtidas por meio das entrevistas realizadas com os 109 usuários idosos do Sistema Único de Saúde (SUS).

Ao investigar a respeito do conhecimento dos idosos sobre os serviços oferecidos na unidade de saúde, 64% dos entrevistados alegaram conhecer apenas os serviços assistenciais, direcionados à população em geral. As atividades de socialização nem sempre foram citadas; somente 34% dos usuários destacaram esses serviços.

Quando a pergunta foi sobre o acesso físico à unidade: “Como é o caminho da sua casa até a unidade de saúde em que você é atendido”, 70 dos usuários entrevistados (64,2%) relataram que a unidade encontrase acessível, em local de fácil acesso para a população idosa.

“É fácil de mais, em cima da minha casa.”

“É fácil, agora calçaram a rua e ficou ainda melhor, antes era de barro.”

“É fácil, é na principal.”

A distribuição de fichas de atendimento aparece, na fala dos idosos, como a principal forma de acesso a consultas médicas na UBS (53,2%), seguido do acolhimento, agendamento e acompanhamento do usuário idoso (26,6%).

Quanto ao tempo de espera na busca por atendimento na UBS, foi dirigida a pergunta “Qual a sua opinião quanto ao tempo de espera para atendimento?”. O estudo constatou que 41,3% dos idosos relataram não haver prioridade de atendimento aos usuários com idade superior a 60 anos. Em seguida (31,2%), afirmaram haver prioridade nos postos de saúde em que eram atendidos, porém a demanda era alta e, por esse motivo,

ainda enfrentavam filas de espera para serem assistidos.

“Demora, é pela ordem de chegada.”

“Aqui não depende da idade, sim da quantidade de pessoas.”

As respostas emitidas pelos entrevistados indicaram que os usuários idosos percebem a atenção básica como porta de entrada para os serviços de saúde; 56,8% dos entrevistados afirmam recorrer a UBS para alcançar outros níveis de atenção.

Apesar de apenas 34% dos indivíduos amostrados destacarem as atividades de socialização oferecidas na atenção básica, quando investigado sobre os serviços oferecidos, o estudo evidenciou que 57,8% participa efetivamente desses serviços.

Sobre os serviços e o atendimento das necessidades de saúde do idoso, verificou-se que 59 usuários (54,1%) afirmaram o não alcance das suas necessidades e demandas de saúde. Em contrapartida, 47 indivíduos da amostra (43,1%) alegaram que os serviços estão oferecendo resposta satisfatória aos idosos.

DISCUSSÃO

Diante dos resultados obtidos, tornou-se possível identificar o conhecimento dos idosos em relação aos serviços oferecidos para atendê-los, a frequência da procura pelos serviços de saúde disponíveis, o nível de participação dos idosos nas atividades de socialização, bem como o atendimento das necessidades dessa população. A rede dos serviços de saúde nem sempre é difundida e reconhecida pelos seus usuários, em especial pelos idosos. Nesta situação a busca por um atendimento ágil e resolutivo fica prejudicada, dificultando uma assistência de qualidade, almejada por todo cidadão. Para tanto, é necessário que haja divulgação e comunicação entre os serviços disponíveis e as necessidades da população.

Nesse sentido, o estudo demonstrou que os idosos têm conhecimento superficial das ações direcionadas a eles, 64,2% dos usuários entrevistados apontaram que a equipe de saúde da família, composta em sua maioria por um médico, enfermeira, técnica de enfermagem e dentista, dispõe de serviços básicos e inespecíficos, que tentam atender à necessidade da comunidade. Alguns alegaram, em seu depoimento, ter conhecimento somente do serviço médico e da distribuição de medicação. Apenas 1,8% afirmaram desconhecer os serviços disponíveis na unidade, evidenciando a não participação do usuário nos serviços do SUS ou, possível falta de acompanhamento da

Quadro 1 – Respostas emitidas pelos idosos para a pergunta “Quais os serviços direcionados ao idoso são oferecidos na unidade de saúde do seu bairro?”

UR	US	%US
“Entregam remédios, tem médico e enfermeiro, se tem outras coisas eu não sei.”	O idoso parece ter conhecimento apenas dos mesmos serviços e da assistência que qualquer outro usuário recebe na atenção primária.	n=70 64,2%
“Oferece dentista, verifica a pressão, faz exame ginecológico e consulta com a médica.”		
“Tem enfermeira, verificação de pressão, curativos, dentista e glicemia, tudo que tem no posto.”		
“Grupo de passeio, educação física, a enfermeira do posto e o remédio da pressão todo mês.”	Os idosos percebem uma assistência diferenciada. Além dos serviços de saúde a unidade oferece atividades físicas e de socialização.	n=37 34%
“Tem médico, enfermeiro, dentista e a reunião do grupo de idosos que eu gosto muito.”		
“Nós temos psicólogo, a parte de ginástica com um professor oferecido pela prefeitura, passeios e festinhas.”		
“Não sei, nunca ouvi falar.”	O idoso não conhece os serviços oferecidos na unidade de saúde.	n=2 1,8%
“Eu sei pouco, quase não frequento aqui.”		
TOTAL		N=109 100%

equipe. Os demais usuários, que totalizaram 34%, referiram conhecer outras atividades direcionadas ao idoso, que vão além da consulta, verificação de pressão e medicação.

Dentre as atividades declaradas estão os grupos de atividade física e os de socialização, chamados grupos de convivência. Estes vêm sendo realizados com êxito no município de João Pessoa, obtendo resposta positiva na vida dos idosos na medida em que os reinsere no convívio social e promove a auto-estima. Nesse sentido, a pesquisa evidenciou uma participação efetiva dos idosos, 57,8% afirmou frequentar as atividades físicas e os grupos de reinserção social oferecidas na unidade de saúde. Corroborando com esse achado FREITAS *et al.* (2006), afirmou que o trabalho em grupo viabiliza a troca de experiências individuais, ato de extrema importância no combate à marginalidade social e na contribuição para auto-realização. Possibilita ainda, a construção de histórias coletivas, a partir do confronto de valores e ideologias, propiciando o enfrentamento de novos desafios.

Em relação ao acesso físico da unidade de saúde, 64,2% alegou ser de fácil localização, ao alcance dos idosos. Em 27,5% das falas, houve registro de que as unidades encontravam-se em locais de difícil acesso, dificultando ou inviabilizando a chegada e participação dos idosos nas atividades lá oferecidas.

Quando investigado a forma em que os idosos conseguiam atendimento, na unidade básica de saúde, foi constatado, segundo 53,2% dos entrevistados, que ela se dá por intermédio da distribuição de fichas de

atendimento, segundo ordem de chegada, ou apenas em dia específico de atendimento ao idoso. Nesse caso, percebeu-se indícios de infração do direito do idoso ao atendimento preferencial. Houve relatos, de que o idoso é comumente submetido a situação de longa espera, e em alguns casos, em condições desconfortáveis.

Segundo o Estatuto do Idoso, lei criada para garantir os direitos dessa população, o usuário com mais de 60 anos de idade tem direito a atendimento preferencial no Sistema Único de Saúde. Conforme 41,3% dos entrevistados, o idoso não tem prioridade e enfrenta a fila comum, como qualquer outro paciente em busca de assistência.

Mesmo com essa dificuldade, quando há necessidade de um atendimento mais complexo, 56,9% dos usuários idosos recorre à atenção básica como porta de entrada para os demais serviços de saúde. A busca pela USF como porta de entrada para os usuários, é evidenciada nos resultados dessa pesquisa bem como na de BALDINI *et al.* (2010), que identificaram em sua pesquisa que cerca de 90% da população da amostra estava cadastrada nas unidades de saúde e se utilizava dessa esfera de atenção para solucionar seus problemas de saúde. Em consonância PEREIRA *et al.* (2010) afirma que a ESF foi o serviço mais empregado para viabilizar consultas médicas (46,5%), seguido do serviço privado (29,7%) e de outros serviços públicos (23,8%).

Finalmente, foi investigada a capacidade dos serviços de saúde de responder às necessidades dos idosos. Nesse aspecto, 54,1% dos entrevistados afirmaram que o serviço de saúde, como um todo, não está

Quadro 2 – Respostas emitidas pelos idosos para a pergunta “De que forma você consegue atendimento médico na unidade de saúde”				
UR	US	%US		
<p>“Tem que ir cedo, tem limite de vaga. Fica esperando o médico chegar pra ser atendido.”</p> <p>“Chego cedo, pego a ficha, pergunto se a médica já está e espero ela me atende.”</p> <p>“Converso com a moça da recepção e digo que quero consulta com o médico.”</p>	O atendimento se dá por meio de fichas de atendimento, distribuídas por ordem de chegada, ou em dia específico para o idoso.	n=58 53,2%		
<p>“Venho pra fazer a triagem e eles agendam.”</p> <p>“A gente vem, elas escutam e mandam esperar o atendimento. Se não der pra encaixar pela manhã, ela coloca pra ser atendido na parte da tarde.”</p> <p>“Passo pelo acolhimento e depois sou atendida.”</p> <p>“Eu marco e fica pra o outro mês, venho só no dia marcado.”</p>			O acesso ao atendimento acontece por intermédio do acolhimento, escuta qualificada, como também mediante agendamento e acompanhamento do usuário idoso.	n=29 26,6%
<p>“Faço parte do grupo e quando preciso não fico pra pegar ficha, elas resolvem pra mim.”</p> <p>“Tenho conhecimento com as meninas, por isso elas facilitam o atendimento.”</p> <p>“Chego aqui e já vou direto pra médica, eu já sou da casa.”</p> <p>“Trabalho no PSF que sou atendida, não pego ficha. Primeiro atende o pessoal que está marcado e depois me atende.”</p>				
<p>“Quando preciso de médico ela vem na minha casa.”</p>	O idoso recebe assistência em casa, por meio do acompanhamento do agente de saúde. O ACS verifica a necessidade que o idoso tem e agenda a visita domiciliar com os demais profissionais da equipe de saúde.	n=3 2,8%		
<p>“Nunca solicitei médico no posto de saúde.”</p>	O usuário não sabe como se dá o acesso ao atendimento na unidade.	n=3 2,8%		
TOTAL		N=109 100%		

suprindo suas necessidades. Tal situação é resultante da dificuldade de acesso aos serviços, nos diversos níveis de atenção, bem como da indisponibilidade de serviços específicos para a população idosa, inclusive a inexistência de hospitais especializados ou que garanta leitos para os pacientes idosos.

Mediante as informações obtidas, tona-se importante ressaltar que existe uma preocupação do município em oferecer assistência de qualidade à população idosa, incluindo desde o atendimento médico até as atividades de socialização e lazer.

CONCLUSÃO

Mediante os resultados obtidos, evidenciou-se que os idosos têm conhecimento dos serviços ofertados, sobretudo dos assistenciais. Ademais, frequentam o posto de saúde regularmente e recorrem a ESF para solucionar seus problemas de saúde. Entretanto, apesar do esforço do município, a atenção básica em João Pessoa ainda está ineficiente no tocante à assistência em saúde da população idosa.

Observou-se ainda que os serviços de saúde

Quadro 3 – Respostas emitidas pelos idosos para a pergunta "Quando você precisa de um serviço que a unidade de saúde do bairro não oferece, como você consegue tal serviço?"		
UR	US	%US
"O médico encaminha e eu faço o exame fora."	O usuário procura a estratégia de saúde da família e solicita encaminhamento para o outro serviço, ou seja, aciona o nível de atenção básica. Por intermédio da equipe básica de saúde, o idoso é referenciado ao nível de atenção necessário.	n=62 56,8%
"Faço com o médico do posto e peço o encaminhamento."		
"Passa pelo clínico da unidade e pega o encaminhamento. Lá mesmo já marca."		
"Quando eu preciso de alguma coisa, fora do posto, vou logo a um particular."	O sistema de referência é falho e o acesso ao atendimento especializado é demorado, contudo os usuários recorrem ao serviço particular.	n=25 22,9%
"Procuro o plano de saúde."		
"Vou a uma clínica particular"		
"Conseguo na amizade"	Devido a dificuldade de conseguir atendimento no nível de atenção secundário e terciário, os idosos recorrem a conhecidos ou familiares que trabalham no serviço de saúde, esses por sua vez, conseguem oferecer a assistência necessária de forma mais rápida.	n=5 4,6%
"Quando não tenho encaminhamento, sou atendida por intermédio de amizades."		
"Vou ao HU, tenho um parente que trabalha lá e consegue pra mim."		
"Vou direto ao hospital do Valentina."	Motivados pela dificuldade de conseguir o encaminhamento na unidade de atenção básica, os usuários recorrem ao atendimento diretamente no nível de atenção secundário ou terciário.	n=13 11,9%
"Ia ao posto, mas como vejo tudo difícil, apelo pro CAIS ou pro hospital de Mangabeira."		
"Já precisei e não consegui encaminhamento, fui ao HU. Lá a médica perguntou pelo encaminhamento e eu disse que não tinha, mesmo assim ela me atendeu."		
"Não sei responder, nunca precisei."	O usuário não soube responder.	n=4 3,7%
TOTAL		N=109 100%

Quadro 4 – Respostas emitidas pelos idosos para a pergunta "Você participa de alguma atividade de socialização oferecida na unidade de saúde?"		
UR	US	%US
"Sim, participo do grupo dos idosos."	Há uma participação efetiva dos usuários idosos nas atividades físicas e de reinserção social oferecidas nas unidades de saúde.	n=63 57,8%
"Sim, da atividade física da terceira idade."		
"Só faço quando não estou me sentindo bem."		
"Só quando tem passeio."	Parece haver pouca participação dos idosos nas atividades sociais oferecidas pela unidade básica de saúde, eles se fazem mais presentes nas festas comemorativas e nos passeios.	n=6 5,5%
"Às vezes eu vou pro grupo de idosos, quando dá pra eu ir."		
"Gosto de ir às festinhas e nos passeios, quando tem."		
"Não participo"	Os usuários idosos não participam das atividades físicas e de socialização oferecidas nas unidades básicas de saúde.	n=40 36,7%
"Não, não tenho tempo, eu cuido da casa e dos meus netos."		
"Não, nem saio de casa, não posso andar."		
TOTAL		N=109 100%

Quadro 5 – Respostas emitidas pelos idosos para a pergunta "O serviço de saúde, como um todo, está atendendo as suas necessidades de saúde"		
UR	US	%US
"Acho que não, porque o atendimento ainda está muito difícil para o idoso."	Segundo os usuários, o serviço de saúde, como um todo, não está suprimindo as necessidades da população idosa.	n=59 54,1%
"Não, porque pra conseguir uma consulta temos que esperar dois meses."		
"Não, tem exame que o idoso tem que fazer e é uma dificuldade grande."		
"Acho que sim, pra mim está tudo ótimo."	O serviço de saúde parece oferecer resposta às necessidades de saúde da população idosa.	n=47 43,1%
"Acredito que sim, sempre consigo resolver os meus problemas."		
"Sim, eu acho ótimo."		
"Não sei responder"	O usuário não soube responder.	n=3 2,8%
"Não procuro muito os hospitais e nem o posto, por isso não sei te dizer."		
TOTAL		N=109 100%

oferecidos na rede são, em sua maioria, inespecíficos à referida população. Na perspectiva do usuário, as ações, embora incluam os idosos, ainda não alcançam as suas necessidades. Além disso, falta profissional para atender a demanda, acarretando em dificuldade e demora no atendimento. No tocante ao acesso às unidades e disponibilidade de material de trabalho, contactou-se um cenário positivo. As unidades estão alocadas, em sua maioria, de forma a facilitar o acesso da população e são abastecidas regularmente com medicação e materiais necessários.

No que se refere às atividades de socialização,

constatou-se que os idosos participam ativamente dos grupos de convivência e que geram respostas positivas ao estado de saúde dos mesmos. Estas atividades devem ser encorajadas e continuadas, pois se tratam de iniciativas positivas que tem contribuição significativa na promoção da saúde e qualidade de vida dos usuários idosos.

AGRADECIMENTOS

À instituição financiadora da pesquisa CAPES.

REFERÊNCIAS

1. ARRETCHE, M. Relações federativas nas políticas sociais. *Rev Educ Soc*, 23(80): 25-48, 2002.
2. BRASIL, Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Política Nacional de Atenção Básica*. V.04. Série Pactos pela Saúde. Brasília, 2006a. 60p.
3. BRASIL, Ministério da Saúde. Cadernos de Atenção Básica, n. 19: *Envelhecimento e saúde da pessoa idosa*. 1. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2006b. 192p.
4. BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à saúde, departamento de atenção básica. *Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa*. Brasília: Ministério da Saúde, 2007. 192p.
5. FREITAS EV, PY I, CANÇADO FAX, DOLL J, GORZOBI ML. *Tratado de geriatria e gerontologia*, 2. ed., Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006. 1573p.
6. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Censo 2010. Disponível em: http://www.ibge.gov.br/censo2010/dados_divulgados/index.php. Acesso em: 25 mar. 2011.
7. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Síntese de Indicadores Sociais 2008. Disponível em: http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/noticia_imprensa.php?id_noticia=1233. Acesso em: 12 jul. 2011.

8. BARDIN L. *Análise de conteúdo*. 1ª Edição, São Paulo: Edições 70, Lda, 2011. 279p.
9. JOÃO PESSOA. Secretaria Municipal de Saúde. *Plano Municipal de Saúde de João Pessoa, estabelecido para o triênio 2006-2009*. João Pessoa, 2006. 26p.
10. LIMA-COSTA MF, LOYOLA FILHO AI, MATOS DL. Tendências nas condições de saúde e uso de serviços de saúde entre idosos brasileiros. *Cad. Saúde Pública*, 23(10): 2467-78, 2007.
11. STARFIELD, B. *Atenção Primária: Equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologias*. Brasília: UNESCO/Ministério da Saúde, 2002. 182p.
12. MARTINS MS, MASAAROLLO, MCKB. Mudanças na Assistência ao Idoso após Promulgação do Estatuto do Idoso segundo profissionais do hospital geriátrico. *Rev. Escola Enferm. USP*, 42(1):26-33. 2006.
13. MEDRONHO RA, BLOCH KV, LUIZ RR, WERNECK L, *Epidemiologia*. 2. ed. - São Paulo: Editora Atheneu, 2009. 685p.
14. MIYAT DF, VAGETTI GC, FANHANI HR, PEREIRA JG, ANDRADE OG. Políticas e programas na atenção à saúde do idoso: um panorama nacional. *Arq. Ciênc. Saúde Unipar*, 9(2):135-40, 2005.
15. OLIVEIRA DC. Análise de conteúdo temático-categorial: uma proposta de sistematização. *Rev. enferm.*, 16(4): 569-77, 2008.
16. BALDANI MH, BRITO WH, LAWDER JC, MENDES, SILVA FFM, ANTUNES JLF. Determinantes individuais da utilização de serviços odontológicos por adultos e idosos de baixa renda. *Rev Bras Epidemiol*, 13(1):150-62, 2010.
17. PEREIRARJ, COTTARMM, FRANCESCHINI SCC, RIBEIRO RCL, TINOCO ALA, ROSADO LEFP et al. Análise do perfil socio-sanitário de idosos: a importância do Programa de Saúde da Família. *Rev Med Minas Gerais*, 20(1):5-15, 2010.
18. PAPALÉO NETO M, CARVALHO FILHO ET. *Geriatría: Fundamentos, Clínica e Terapêutica*. 2. ed. São Paulo: Atheneu, 2006. 295 p.
19. RAMOS LR. Fatores determinantes do envelhecimento saudável em idosos residentes em centro urbano: Projeto Epidoso, São Paulo. *Cad. Saúde Pública*, 19(3):793-8, 2003.
20. TRIVIÑOS ANS. *Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação*. Ed. São Paulo: Atlas, 2009. 175p.

Correspondência

Vania Rodrigues de Araujo
 Rua Coronel José Cezarino da Nóbrega, 171, apt. 001
 Bairro Jardim São Paulo
 João Pessoa – Paraíba – Brasil
 CEP: 58.051-130
 E-mail: vania_enfermagem@yahoo.com.br