



Revista Saúde em Redes (ISSN 2446-4813), v. 8, n. 3 (2022).

ARTIGO ORIGINAL

DOI: 10.18310/2446-4813.2022v8n3p281-296

Equipes de Saúde da Família e Equipes de Atenção Primária: avaliação do cuidado segundo a ótica da pessoa idosa

Family Health Teams' and Primary Care Teams': assessment of care according
to the elderly person's perspective

Vanessa Trintinaglia

Mestre em Ensino na Saúde

Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre

Porto Alegre, RS, Brasil

vtrinti0@gmail.com

<https://orcid.org/0000-0002-1435-5908>

Andrea Wander Bonamigo

Doutora em Saúde Pública

Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre

Porto Alegre, RS, Brasil

andreawb@ufcspa.edu.br

<http://orcid.org/0000-0001-6435-704X>

Marcelo Schenk de Azambuja

Doutor em Comunicação Social

Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre

Porto Alegre, RS, Brasil

marcelos@ufcspa.edu.br

<https://orcid.org/0000-0002-9811-1459>

Resumo: Objetivos: Este estudo objetiva avaliar e comparar as Equipes de Saúde da Família (ESF) e Equipes de Atenção Primária (EAP) e as ações de Educação em Saúde para a população idosa desenvolvidas em serviços de Atenção Primária à Saúde (APS). **Métodos:** Trata-se de uma pesquisa qualitativa com 80 idosos de oito municípios da Serra Gaúcha, sendo quatro deles com ESF e quatro com EAP. Aplicaram-se entrevistas semiestruturadas através do instrumento de avaliação da qualidade de serviços (SERVQUAL), adaptado para a APS, com a inserção de questões em outra dimensão: Educação em Saúde. Após a transcrição do material, este foi analisado à luz da abordagem hermenêutico-dialética. **Resultados:** Não se evidenciaram grandes diferenças entre as equipes de ESF e EAP, exceto pelos atendimentos domiciliares, mais frequentes nos locais com ESF. A valorização da consulta médica e da medicalização, a importância do vínculo entre idoso e o profissional para a longitudinalidade do cuidado, situações de acolhimento frágil relatados em ESF e EAP, assim como a avaliação positiva dos aspectos tangíveis (estrutura física, ambiência) emergiram em ambas as equipes. Identificou-se, ainda, relevância secundária do Agente Comunitário de Saúde, referido pelos idosos como informante do serviço de saúde. **Conclusões:** A satisfação dos idosos em relação ao serviço de saúde associa-se à garantia do cuidado através dos dispositivos existentes na APS: consultas, medicações, grupos educativos. Dessa forma, a qualificação e humanização do cuidado deveriam ser praticadas por todas as equipes da APS.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde; Avaliação da Qualidade da Atenção; Envelhecimento; Idoso.

Abstract: Objectives: This study aims to evaluate and compare the Family Health Teams (FHT) and Primary Care Teams (PCT) and the Health Education actions for the elderly population developed in Primary Health Care (PHC) services. **Methods:** This is a qualitative research with 80 elderly people from eight cities in Serra Gaúcha, four of them with FHT and four with PCT. Semi-structured interviews were applied through the service quality assessment instrument (SERVQUAL), adapted for PHC, with insertion of questions in another dimension: Health Education. After transcription of the material, it analyzed in the light of the hermeneutic-dialectic approach. **Results:** There were no major differences between the FHT and PCT teams, except for home visits, which is more frequent in places with FHT. The enhancement of medical care and medicalization, the importance of the link between the elderly and the professional for the longitudinality of care, situations of fragile care reported in FHT and PCT, as well as the positive evaluation of the aspects tangible (physical structure, ambience) emerged in both teams. It was also identified secondary relevance of the Community Health Worker present in the FHT teams, which reported by the elderly as a health service informant. **Conclusions:** The satisfaction of the elderly in relation to the health service is associated with the guarantee of care through the existing devices in the PHC: consultations, medications, educational groups. Thus, all PHC teams should practice the qualification and humanization of care.

Keywords: Primary Health Care; Health Care Quality; Aging. Aged.

Introdução

A atenção primária à saúde (APS) preconiza o acesso universal aos serviços de saúde, pautados na integralidade e resolutividade do cuidado. Propõe abordagem voltada não apenas à cura das doenças, mas também à promoção da saúde e prevenção de agravos, tratamento, reabilitação¹ e cuidados paliativos².

No Brasil, a APS esteve pouco difundida até a década de 90^{3,4}, quando assumiu notoriedade através do Programa Saúde da Família. Esta conformação, posteriormente denominada Estratégia de Saúde da Família (ESF), visava à ampliação e reorganização das equipes da APS, com a valorização das ações de promoção da saúde e prevenção de agravos, além das terapêuticas, já instituídas.^{3,4} Apesar da indução financeira governamental para expansão das equipes de ESF em todo país, vários municípios mantiveram a APS no modelo dos antigos Centros de Saúde, à época existentes. Desse modo, passaram a coexistir ambas as composições nos serviços da APS: com agentes comunitários de saúde, enfermeiros, médicos e técnicos de enfermagem na ESF, enquanto que nos demais serviços perdurou a composição sem o agente comunitário.³

A partir de 2019, o Ministério da Saúde delineou o financiamento para as denominadas Equipes de Atenção Primária (EAP), estratégia que buscava a ampliação do acesso e cobertura da APS. Esta conformação de equipe, contudo, não se sobrepôs à ESF, visto que se vedou substituí-la por EAP, mantendo-a como equipe prioritária no nível primário de atenção.⁵

Ao se observar a transição epidemiológica evidenciada nas últimas décadas, com expressivo aumento da proporção de idosos na população brasileira, é inevitável a elevação da demanda aos serviços da APS, especialmente na atenção às condições crônicas que acometem, amiúde, essa faixa etária.^{6,7,8} Destaca-se que, em alguns estados brasileiros, como o Rio Grande do Sul, a taxa de idosos

supera 19% da população, segundo estimativas do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística.⁹ Esse índice se assemelha à proporção de idosos de países com maior nível de desenvolvimento, como a Irlanda.¹⁰

Nesse contexto irreversível de envelhecimento populacional, as equipes da APS precisam assistir a essa população de forma resolutiva. Assim, este estudo se propõe a avaliar e comparar os diferentes tipos de equipes (ESF e EAP), assim como identificar a existência e a forma como são ofertadas as ações de educação em saúde, segundo a percepção da população idosa residente em municípios da Serra Gaúcha/RS.

A pesquisa é parte integrante do trabalho conduzido por um dos autores, inserido no programa de Pós-Graduação em Ensino na Saúde de Instituição de Ensino Superior.

Metodologia

Trata-se de estudo transversal, de abordagem qualitativa e aplicada, na forma de pesquisa de campo, cujos participantes foram 80 idosos moradores de oito municípios da região nordeste do Rio Grande do Sul, os quais organizam sua atenção primária com ESF (quatro municípios, identificados pelas letras S1 a S4) e EAP (quatro municípios, AP1 a AP4). A escolha dessas localidades ocorreu por conveniência, visto que os municípios com ESF registram as maiores proporções de pessoas idosas da região citada (29%¹¹) e os outros quatro eleitos apresentam equipes de EAP na atenção primária.

Os sujeitos foram escolhidos a partir dos seguintes critérios de inclusão: idade igual ou superior a 60 anos; ambos os sexos; estar cadastrado no serviço da APS municipal; residir no município avaliado; ter utilizado algum serviço da APS (consulta, procedimento, grupo) ou recebido visita domiciliar da equipe de saúde nos últimos seis meses.

A definição do número de participantes considerou aspectos como: acesso, disponibilidade e representatividade de cada local e, além disso, baseou-se em estudos prévios.^{12,13,14,15} Desse modo, optou-se por adotar uma amostra não-probabilística, intencional e por conveniência. Os idosos foram escolhidos aleatoriamente, através de sorteio, a partir de registros dos atendimentos recentes (seis meses anteriores às entrevistas) das equipes avaliadas. O convite para participação ocorreu presencialmente, quando se esclareceu os objetivos, tempo médio de duração, bem como outras informações pertinentes.

As entrevistas aconteceram entre os meses de novembro e dezembro de 2020, aplicadas por um dos pesquisadores, e registradas através de filmagem, mediante anuência do idoso através de

consentimento livre e esclarecido (identificados por números romanos de I a X). A duração variou entre 10 minutos à 01 hora, realizadas tanto nas Unidades de Saúde, quanto no domicílio das pessoas idosas das áreas urbana e rural, de forma a obter a perspectiva ampliada dos idosos residentes em cada município.

O instrumento utilizado nas entrevistas semiestruturadas (tabela 1) foi a Escala de Avaliação da Qualidade dos Serviços SERVQUAL,¹⁶ a qual foi adaptada aos serviços da APS segundo pesquisas prévias.^{17,18} A adaptação proposta manteve as cinco dimensões originais: confiabilidade, segurança (garantia), tangibilidade, empatia e capacidade de resposta ou responsividade, através de perguntas abertas, além de incluir a dimensão Educação em Saúde, em consonância aos objetivos da pesquisa. Não se adotaram respostas com escala Likert ou outra forma de graduação de intensidade, devido à abordagem qualitativa e da natureza (aberta) das questões. Posteriormente, transcreveram-se as entrevistas, resumidamente, analisando-as à luz da Hermenêutica e Dialética.¹⁹

O estudo foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa de Instituição de Ensino Superior e realizado após sua aprovação, através do CAAE nº 29463220.8.0000.5345 e Parecer nº 3.980.972.

Resultados

A seguir, serão apresentados os resultados, segundo as dimensões da escala SERVQUAL.

Capacidade de resposta

A dimensão capacidade de resposta, inicialmente, apresentou avaliação positiva pelos idosos, tanto nas equipes de ESF como nas EAP. Entretanto, durante as respostas, os participantes expuseram situações em que o serviço não atendeu suas necessidades (expectativas não atendidas), como na falta do médico de maior vínculo ou na ausência desse profissional em caso de necessidade de consulta, assim como na falta de remédios na farmácia básica do município (situação relativamente comum devido a atrasos de licitação).

As queixas relacionadas à falta de medicações emergiram em algumas falas acerca dos oito serviços avaliados, fato que possibilita concluir não haver diferenças significativas entre equipes de ESF e EAP neste ponto. Observa-se, portanto, que independentemente da organização da equipe, os idosos priorizam a medicalização como forma de cuidado e mantém a cultura de assistência centrada na figura médica e o remédio como “solução” de seus problemas de saúde. Logo, estas podem ser consideradas as expectativas predominantes dessa população ao buscar o serviço de saúde.

Em relação à busca por consulta, no entanto, as equipes de ESF mostraram melhor desempenho, quando comparadas às equipes de EAP. Um dos motivos que pode explicar essa diferença é a carga horária do profissional médico da ESF, que deve cumprir 40 horas semanais, conforme a Política Nacional de Atenção Básica.²⁰ Apenas um município com equipe de ESF recebeu avaliações negativas de alguns idosos nessa dimensão, em virtude das rotinas do profissional médico. Seguem alguns relatos:

SF4 (I): “Para mim está bom, mas tem gente se queixando do médico. Ele teria que atender até no meio-dia, mas se chegar lá às 11:30 ele não vai atender. De manhã, o horário dele é às 08, mas ele chega às 09 horas”.

AP2 (III): “Eu estava sem receita e a moça da portaria me disse para consultar com o outro. Ele me disse que não fazia receita de outros médicos, bem grosso. Sempre procuro ir quando tem o meu médico. Se mesmo eu precisar de urgência, vou no plantão em [cita o hospital de município vizinho]”.

Em relação à presença do Agente Comunitário de Saúde (ACS), integrante da equipe de ESF, esse profissional obteve reconhecimento apenas por alguns idosos, normalmente residentes de zona rural ou que moravam sozinhos. Entretanto, esse profissional assumiu significância limitada em relação aos demais integrantes da ESF, associado à transmissão de informações sobre o serviço de saúde, referidos em relatos como “a moça dos recados”.

Outro fator limitante evidenciado na capacidade de resposta da APS é a espera por exames, consultas especializadas e procedimentos cirúrgicos nos serviços de referência em outros municípios, embora este aspecto não tenha interferido diretamente na avaliação dos serviços locais. SF2 (IX): “Às vezes é complicado, quando tem que ir para fora, fazer consulta ou exame. Daí é bem demorado. A ressonância [participante fez ressonância devido à osteoartrose] demorou uns 06 meses.”

Em situações que o idoso vive na zona rural e não tem meios de se deslocar até a sede, alguns serviços da APS, tanto ESF, quanto EAP, ofertam o transporte desde a residência, especialmente nos casos mais vulneráveis. Esta prática obteve reconhecimento e elogios dos participantes, visto que facilita a longitudinalidade da atenção a essa população.

No que concerne aos encaminhamentos para serviços especializados em cidades maiores, a maioria dos entrevistados compreende que os municípios são pequenos e teriam pouca demanda para a implantação de serviços mais complexos e de custo financeiramente elevado.

Ainda em relação à capacidade de resposta, mesmo que os atendimentos domiciliares (visitas dos profissionais de nível superior) sejam realizados rotineiramente pelas equipes de ESF,

houve relatos dessa prática nos dois tipos de equipes, ESF e EAP, planejadas mediante a necessidade. Dessa forma, não se evidenciaram diferenças consideráveis, exceto a frequência, entre as equipes de ESF e EAP. Portanto, independentemente do tipo de equipe da APS (ESF e EAP), o rol de ações ofertadas pode ser realizado por todos os arranjos de equipes e varia de acordo com os processos de trabalho de APS.

AP3 (VI): “Eles vêm fazer os curativos para o meu marido todos os dias [idoso acamado com lesão em joelho, estava com fixador externo]”.

Confiabilidade

Nesta dimensão, boa parte dos idosos referiu confiar no serviço de saúde, tanto as equipes de ESF, quanto as equipes de EAP. Entretanto, denota-se que as experiências anteriores interferem, notadamente, na confiabilidade do serviço. Decepções prévias relacionadas ao atendimento e à resolutividade da assistência impactam sobremaneira a utilização do serviço, de forma que, aqueles com vivências negativas evitem buscar a APS local em casos mais complexos e tendem a procurar pontos cuja atenção seja mais “confiável”, especialmente se há disponibilidade de recursos financeiros. Essa prática fragiliza a longitudinalidade e o acesso à APS, atributos fortemente associados à confiabilidade do serviço.

Essa dimensão esteve bastante relacionada ao vínculo com o profissional, especificamente o médico. Exceto no município SF1, onde não emergiram citações a um determinado profissional, nos demais locais os idosos mencionavam aquele com quem tinham confiança/vínculo, indicando a preferência no atendimento. É provável que isto decorra de experiências positivas anteriores, fortemente influenciadas pela confiabilidade estabelecida entre profissionais da saúde e idosos.

Dessa forma, o vínculo parece contribuir na confiabilidade do serviço de saúde e não se perceberam diferenças significativas entre as ESF e EAP na maioria dos relatos, já que os profissionais trabalhavam nesses locais há algum tempo, alguns estáveis. Esse aspecto, no entanto, obteve críticas dos entrevistados em município com equipe de EAP onde ocorria rotatividade frequente de médicos, sugerindo que este fator, além de fragmentar a longitudinalidade do cuidado, impacta a confiança da APS local.

Já os encaminhamentos a outros níveis de atenção: secundário e terciário, não pareceram interferir na confiabilidade dos serviços, demonstrando que as expectativas dos idosos acerca da resolutividade dos problemas na APS são limitadas. Ademais, algumas entrevistas apontaram descontentamentos associados aos profissionais locais, em caso de demora no encaminhamento a especialistas. Este fato ratifica o reconhecimento das limitações na assistência à saúde local.

Outro ponto observado relacionou-se à busca dos serviços da APS pelos idosos com planos de saúde suplementar. Apesar de alguns deles indicarem preferência pelo cuidado com os profissionais da assistência privada, ainda mantêm o acesso à APS através da assistência farmacêutica, imunizações, transporte sanitário e eventuais consultas.

Através de busca nos dados públicos da Agência Nacional de Suplementar (ANS, competência dezembro/2020), a fim de obter o número de beneficiários de planos de saúde suplementar, identificaram-se percentuais de beneficiários variados nos locais deste estudo, desde inferior a 1% até acima de 58%. Destaca-se, assim, que as maiores proporções de idosos com planos de saúde suplementar foram nos municípios SF2 (33,8%) e AP4 (58,6%). Nota-se, portanto, que mesmo nos locais onde há uma expressiva população idosa com plano de saúde suplementar, este grupo utiliza os serviços da APS, mesmo que de forma restrita, fator que não inviabilizou a avaliação dos serviços.

Empatia

A dimensão empatia recebeu avaliação positiva pela maioria dos idosos em ambas as equipes de ESF e EAP. Essa percepção favorável sobre o acolhimento do serviço de saúde indica que decepções ou experiências negativas com algum profissional são superadas quando a análise envolve a totalidade do serviço e não influenciam, diretamente, na avaliação geral. Além disso, os idosos não sinalizaram dificuldades no acesso à APS, tanto nas equipes de ESF, quanto nas EAP, indicando que o serviço comporta a demanda local.

A humanização do atendimento, aspecto avaliado na dimensão empatia, demonstrou falhas no processo de trabalho, semelhante ao ocorrido nas outras dimensões após uma avaliação inicial positiva. Um dos motivos apontados relacionaram-se à situações de ausência de profissionais (devido a férias ou motivos diversos). Segue relato que transparece a insatisfação com o atendimento recebido:

SF4 (VII): “Teve um dia que estava bem ruim, daí fui me consultar. Cheguei no posto e disseram que médico não tinha [o profissional estava de férias]. Mas acho que nesse caso tinha que ver pelo menos os sinais”.

Na fala acima, fica evidente a fragilidade do processo de trabalho no tocante ao acolhimento do serviço da APS, item relevante na avaliação dessa dimensão. Em outros relatos, percebeu-se que o processo de trabalho e as regras relativas ao SUS podem comprometer a avaliação do acolhimento

recebido, a exemplo das situações onde é exigida a receita para retirada de medicamentos da farmácia municipal.

Nas situações em que os idosos utilizam o transporte do município houve vários relatos positivos associados à empatia, direcionados à garantia do meio de transporte, sempre que necessário, e aos motoristas, indicando que este item se relaciona à resolutividade e ao sentimento de segurança do serviço de saúde, o qual foi identificado em ambas equipes de APS (ESF e EAP).

Segurança

Em um primeiro momento, a maioria dos idosos afirmou ter segurança na assistência ofertada no serviço de saúde. Contudo, observa-se que esta dimensão se associa a um profissional específico, normalmente aquele de maior vínculo profissional-paciente. Este fator sugere que a segurança transversaliza a confiança (confiabilidade) nas equipes e profissionais de saúde. Alguns relatos, no entanto, sinalizaram episódios de frustração acerca do cuidado à saúde, que impactaram a percepção de segurança do serviço em sua totalidade, tais como nos casos de diagnósticos falhos ou tardios (doenças graves).

Ainda nessa dimensão, questionou-se sobre as recomendações/orientações recebidas nas consultas e/ou retirada de medicamentos. Observou-se tal prática de cunho educativo na maioria das falas. Entretanto, percebe-se que as orientações associadas ao tratamento são uma rotina incorporada pelos profissionais, mas efetuadas de maneira automatizada e sem individualidade, tornando-as pouco resolutivas, visto que necessitam de abordagens diferenciadas conforme cada paciente.

Tangibilidade

A tangibilidade foi a dimensão melhor avaliada pelos idosos. Sete (87,5%) das oito unidades da APS foram consideradas organizadas, limpas, com boa estrutura e ambiência agradável. Já em relação aos apontamentos negativos, as causas se relacionaram à localização do serviço de saúde (em um local) e um participante de outro município citou a barreira organizacional relacionada ao horário de funcionamento, que fechava ao meio-dia.

No serviço avaliado negativamente, o prédio está situado no meio de um morro íngreme e, devido ao decréscimo na funcionalidade, alguns idosos sinalizaram dificuldades para chegar ao local caminhando, mesmo que a distância permitisse o deslocamento (impacto sobre a autonomia e independência do idoso).

Pode-se observar, nesta dimensão, que a população idosa se satisfaz, desde que tenha a estrutura física mínima para atender suas necessidades (recursos físicos e humanos), além de acesso facilitado (sem barreiras geográficas). Segue relato que ratifica a análise mencionada.

AP4 (I): “Eu acho o prédio uma vergonha porque ali não era o lugar para fazer o posto de saúde. Ainda mais para minha idade. Eu tenho carro, mas, às vezes, prefiro caminhar. Eu desço lá, tudo bem, mas depois [ao retornar] quando chega em cima não dá nem para respirar”.

Educação em Saúde

De um modo geral, todos os serviços da APS avaliados desenvolviam alguma ação de atividade coletiva associada à educação em saúde. No momento das entrevistas, estas atividades estavam suspensas na maioria dos locais, devido à restrição impostas pelo período pandêmico. Em dois locais as atividades tinham reiniciado algumas semanas antes da realização das entrevistas e um grupo optou por prosseguir através de mídia digital por aplicativo, embora não obteve a mesma adesão. As atividades coletivas eram organizadas por um profissional específico (AP3); pela equipe da APS (SF1, SF2, AP4) ou pela integração intersetorial com a Assistência Social (SF3, SF4, AP1, AP2), principalmente nos municípios onde a saúde e assistência social estão unificadas na mesma secretaria.

Nesta dimensão, distintamente as outras, identificou-se maior participação (acesso) dos idosos moradores da área urbana. Isto pode ser justificado por motivos como: dificuldades no deslocamento (as mulheres eram mais propensas a participar, mas dependiam de familiares ou terceiros para o transporte); prioridade para o trabalho em detrimento a atividades de “lazer”; preferências pessoais do idoso (os homens demonstravam resistências em participar de atividades de saúde); horários incompatíveis com as ocupações rotineiras da casa ou família.

As atividades coletivas consistiram em palestras, principalmente voltadas aos hipertensos e diabéticos, atividades físicas, dança, jogo de cartas, cantos, artesanato, além de uma iniciativa de reeducação alimentar e emagrecimento. Por ser uma atividade por adesão, os relatos foram todos positivos, de forma que não se observaram falhas no cumprimento das expectativas. Os idosos destacaram a importância do convívio social, do encontro com os conhecidos para “passar uma tarde diferente” e da necessidade de ter atividades para se ocuparem. Quando indagados sobre o que versavam as orientações de saúde recebidas nos grupos, a maioria deles não recordava, fato que pode indicar a relevância predominante dessas ações para a saúde mental destas pessoas.

Na sequência, descrevem-se alguns relatos dos grupos na APS:

SF1 (VII): “Era muito bom, vinha os médicos explicar os assuntos de saúde, depois a gente tinha uma hora de física. A gente sentiu falta quando parou, tu não via a hora de chegar o dia”.

AP4 (X): “Era muito bom, porque a gente vinha aqui, agora estamos fazendo no celular, tinha umas 30 pessoas que participavam. Nós fazia exercício, a gente se encontrava, trocava ideia”.

Discussão

A avaliação geral dos serviços de saúde demonstrou satisfação dos participantes em ambas equipes de ESF e EAP, embora, em algumas falas, tenham sido expostos problemas ou frustrações relativos à assistência recebida e, portanto, se apontaram pontos positivos e negativos nos dois tipos de equipes. Apesar das ressalvas, outras pesquisas^{9,22,23,24} também apontaram avaliações gerais positivas para os serviços da APS.

O crescimento da população idosa eleva a demanda sobre os serviços de saúde, principalmente consultas médicas, e a autopercepção negativa do estado geral de saúde é um fator que influencia nessa busca.^{8,9,25} Essa maior utilização decorre, prioritariamente, das múltiplas morbidades e o consumo de vários medicamentos (polifarmácia), característica relativamente comum nessa população.^{8,9}

Sobre a valorização da assistência farmacêutica, a medicação emergiu como a prática mais frequente no cuidado em saúde, observada neste estudo e corroborada pela literatura.^{23,26} A cultura da prescrição centralizada no profissional médico fortalece a biomedicalização e a lógica curativa do processo de trabalho das equipes de Atenção Primária.²⁶

Neste estudo, se observou uma relevância secundária do ACS e essa percepção variou de acordo com a capacidade de vínculo e o perfil/envolvimento deste profissional com os moradores de sua área de atuação. Outros estudos,^{24,27,28} diferem desta pesquisa, ao apontar que a visita domiciliar do agente comunitário é um fator influenciador na satisfação com o serviço,²⁷ dada a maior atenção dispensada às pessoas idosas, contexto que favorece a formação de vínculos.²⁴ Além disso, o fato deste profissional residir na comunidade potencializa as ações da equipe, por conhecer os problemas de saúde presentes no território.²⁸

Possivelmente, a menor relevância do ACS observada na presente pesquisa se justifica pela necessidade do planejamento da visita, a fim de que esta seja resolutiva, e não apenas uma atribuição desempenhada mecanicamente ou em cumprimento a determinações da gestão. O planejamento das visitas domiciliares, em conjunto com os demais integrantes da equipe, tem o intuito de otimizar as ações desempenhadas pelos ACS na abordagem das famílias²⁸ e deveria ser uma prática instituída pelas equipes de ESF. Estudo que buscou informações sobre o planejamento das visitas nas diferentes regiões brasileiras apontou que, em algumas localidades, como a região

sul do país, há baixa proporção de equipes que realizam a programação conjunta das visitas domiciliares, contexto que denota a fragmentação no processo de trabalho das equipes da APS.²⁸

Os atendimentos domiciliares, avaliados positivamente pelos participantes, são ações que ampliam o rol de serviços das equipes, confirmando os achados de outros estudos,^{10,27,30} além de estimular a formação de vínculos e possibilitar o acesso àqueles com restrições de mobilidade e/ou dificuldades de deslocamento²⁷.

Assim, o vínculo emergiu como fator importante na relação de confiança entre serviço de saúde e o idoso, achado ratificado por outros estudos.^{25,31,32,33} A vinculação e responsabilização da equipe são aspectos relevantes para o reconhecimento da APS como principal ponto de acesso à rede de atenção.³³ Quando isso não ocorre, a APS não assume o papel de coordenadora do cuidado, o que dificulta a formação do vínculo, influenciado, também, pela qualidade das relações estabelecidas entre profissionais e população.³¹

A longitudinalidade e o vínculo da população ocorrem, mais comumente, nas equipes em que os profissionais são estáveis ou atuam há mais de três anos, posto que o tempo necessário para desenvolvimento das relações interpessoais contribui favoravelmente nesse processo.³² A rotatividade dos profissionais, por sua vez, induz à quebra da relação de confiança dos usuários com o serviço de saúde, impactando a continuidade do plano terapêutico instituído³³ e, conseqüentemente, a resolutividade dos serviços de saúde.²⁵

O acolhimento humanizado, atitude preconizada para as equipes da APS, esteve associado ao modo como as pessoas idosas eram recebidas no serviço de saúde, assim como pela obtenção de medicações, consultas/procedimentos. Resultados de pesquisa³⁵ com idosos indicam satisfação com o acolhimento recebido no serviço de saúde. Entretanto, semelhante ao presente estudo, o “acolhimento” é entendido como ser recebido cordialmente, obter os medicamentos e conseguir a demanda desejada. Assim como a empatia e o acolhimento recebido no serviço, a confiança parece desempenhar papel relevante na satisfação com cuidado recebido. Os pacientes, portanto, avaliam positivamente os profissionais quando recebem atenção durante a consulta e são orientados sobre suas doenças. Portanto, uma queixa recorrente seria a falta de atenção e diálogo durante as consultas. Estes fatores, somados à escuta qualificada e à realização do exame físico seriam mais significativos que, simplesmente, a resolução/cura.³⁶

Já em relação às orientações para o autocuidado na APS, estudos^{37,38} apontam que estas ocorrem, predominantemente, nas consultas e abordam a prevenção de complicações das doenças existentes (modelo curativo), além dos encaminhamentos para especialistas. Destaca-se que a população idosa representa, normalmente, a maior parcela dos usuários atendidos nos serviços de

saúde e, por isso, deveriam ser aproveitadas todas as oportunidades possíveis para realizar orientações de educação em saúde. A adoção de comportamentos benéficos à saúde é mais fácil quando os profissionais realizam ações de caráter educativo e não apenas a transmissão de informações,³⁸ realidade observada neste estudo.

Em relação à localização dos serviços de saúde, ainda que se preconize um ponto de fácil acesso à população, especialmente para população idosa, este item pode sofrer interferências econômicas, políticas e, mesmo, burocráticas; itens presentes nos locais negativamente avaliados. Por conseguinte, os aspectos tangíveis de um serviço de saúde tendem a ficar, na maior parte, sob a governabilidade da gestão, enquanto que as outras dimensões estão fortemente associadas aos profissionais e à organização do processo de trabalho do serviço.

Estudo³⁹ que avaliou as barreiras arquitetônicas ao acesso nos serviços da APS observou que, mais da metade (em torno de 60% dos 120 locais avaliados), apresentaram estruturas com calçadas inadequadas para pessoas com deficiências e idosos. Essas inadequações podem expor os usuários a situações de risco, que se tornam potencialmente mais relevantes em pessoas com alterações visuais e perdas funcionais. Em se tratando da localização e facilidade de acesso ao serviço de saúde, este é um fator preditor para uma melhor satisfação do usuário com o serviço de saúde.²⁷

Sobre as ações desenvolvidas na APS com foco na educação em saúde, os relatos evidenciados na presente pesquisa são similares à pesquisa,³⁷ a qual referiu a realização de práticas educativas através de grupos, palestras, rodas de conversa e durante as consultas. Essas ações ocorrem, geralmente, sem processo avaliativo, o que impossibilita averiguar sua viabilidade. No presente estudo, realizado sob o prisma do idoso, não se investigou a existência de processos avaliativos das atividades coletivas efetuadas. Contudo, a partir dos relatos, pode-se inferir que os profissionais preocupam-se, prioritariamente, com o planejamento e execução dos grupos, mas não verificam o aproveitamento dessas atividades pelos idosos. Observa-se, portanto, que as diferentes iniciativas são válidas, mas poderiam obter resultados mais expressivos se seguissem um planejamento criterioso, monitoramento e avaliação dos processos, a fim de rever atos falhos ou ineficazes.

Esta pesquisa apresentou como fator limitante incluir idosos beneficiários de planos de saúde suplementar, existentes em número considerável em dois municípios. Apesar desses idosos também acessarem o sistema público, especialmente para a assistência farmacêutica, a avaliação às demais ações oferecidas pela equipe foi parcial ou esteve impossibilitada, fato ocorrido em algumas entrevistas. À vista disso, sugere-se que outras pesquisas sejam realizadas incluindo

apenas a população dependente do SUS ou comparando as percepções dos idosos assistidos no sistema público e na saúde privada.

Considerações finais

Diante do exposto, notou-se que as equipes de ESF e EAP diferiram de forma pouco significativa entre si, segundo a percepção dos participantes. Isto porque os principais anseios dos idosos assemelham-se, independentemente da configuração da equipe da APS. Dentre estas expectativas, destacam-se a necessidade da consulta médica e o acesso à medicação, assim como um acolhimento humanizado, a garantia do transporte, a importância do vínculo com o profissional de saúde (longitudinalidade do cuidado), relacionado também à confiabilidade do serviço de saúde.

A composição distinta das ESF e EAP, caracterizada pela presença do agente comunitário, não evidenciou grande relevância na visão do idoso, observada através dos relatos como “moça que passa os recados”. Por fim, as atividades coletivas com o objetivo de educação em saúde foram identificadas em todos municípios, algumas integradas com a assistência social, tanto nas ESF, quanto nas EAP.

Nota-se, por conseguinte, a satisfação dos idosos em relação ao serviço de saúde associa-se à garantia do cuidado através dos dispositivos existentes na APS (consultas, medicações, grupos educativos). Dessa forma, aspectos como o perfil profissional sensível ao trabalho na APS, qualificação e humanização do cuidado são itens comuns a todas equipes, relevantes para a satisfação da pessoa idosa com o serviço de saúde.

Por fim, a escala SERVQUAL adaptada demonstrou ser um instrumento útil para a avaliação dos serviços, visto que buscou agregar, através de suas dimensões, questões que permitem identificar os atributos da APS. Ademais, a escala permitiu identificar o nível de satisfação dos idosos com o serviço de saúde, um dos objetivos deste trabalho. Sugere-se, portanto, que mais estudos sejam realizados com metodologia semelhante ou que avaliem as mudanças ocorridas em determinado período de tempo, a fim de consolidar a escala no escopo de instrumentos avaliativos das equipes de APS.

Referências

1. World Health Organization (WHO). Declaration of Alma-Ata. International Conference on Primary Health Care, Alma-Ata, USSR, 12 set.1978.

2. Almeida G, Artaza O, Donoso N, Fábrega R. La atención primaria de salud en la Región de las Américas a 40 años de la Declaración de Alma-Ata. *Rev. Panam Salud Publica*. 2018 set. 24; 42:e104.
3. Tesser, CD, Norman, AH, Vidal, TB. Acesso ao cuidado na Atenção Primária à Saúde brasileira: situação, problemas e estratégias de superação. *Saúde debate*. 2018; 42:361-378.
4. Leite RS, Santos AM, Ribeiro CL, Brito, MF. Estratégia Saúde da Família versus centro de saúde: modalidades de serviços na percepção do usuário. *Cad. saúde colet*. 2016; 24: 323-329.
5. Harzheim E. "Previne Brasil": bases of the Primary Health Care Reform. *Ciênc. Saúde Colet*. 2020 mar; 25(4):1189-1196.
6. Oliveira PC, Silveira MR, Ceccato MDGB, Reis AMM, Pinto IVL, Reis EA. Prevalência e Fatores Associados à Polifarmácia em Idosos Atendidos na Atenção Primária à Saúde em Belo Horizonte (MG), Brasil. *Ciênc. Saúde Colet*. 2021 abr.; 26(4):1553-1564.
7. Perillo RD, Poças KC, Bernal RTI, Duarte EC, Malta DC. Factors associated with the evaluation of Primary Health Care from the user's perspective: results of the telephone survey Vigitel, 2015. *Ciênc. Saúde Colet*. 2021 mar; 26(3):961-974.
8. Schenker M, Costa DHD. Advances and challenges of health care of the elderly population with chronic diseases in Primary Health Care. *Ciênc. Saúde Colet*. 2019 abr; 24(4):1369-1380.
9. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Rio Grande do Sul, 2021. Disponível em: <<https://www.ibge.gov.br/apps/populacao/projecao>>. Acesso em: 10 jul. 2021.
10. United Nations. Department of Economic and Social Affairs Population Dynamics. World Population Prospects 2019. Disponível em: <<https://population.un.org/wpp/Download/Standard/Population>>. Acesso: 13 ago. 2021.
11. Rio Grande do Sul. Fundação de Economia e Estatística. Estimativas Populacionais (Revisão 2020), ano 2018. Porto Alegre, 2018. Disponível em: <<https://dee.rs.gov.br/populacao/>>. Acesso em: 05 nov. 2021.
12. Silva TRB, Silva JV, Pontes AGV, Cunha ATR. Service users' perceptions of the Mais Médicos (More Doctors) Program in the Municipality of Mossoró, Brazil. *Ciênc. Saúde Colet*. 2016; 21(9):2861-2869.
13. Brito DCS, Paula AM, Grincenkov FRS, Lucchetti G, Sanders-Pinheiro, H. Análise das mudanças e dificuldades advindas após o transplante renal: uma pesquisa qualitativa. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* 2015;23(3):419-426.
14. Manzo BF, Brito MJ, Alves M. Influência da comunicação no processo de acreditação hospitalar. *Rev. bras. enferm*. 2013 jan.-fev.; 66(1):46-51.
15. Serapioni M, Silva MG. Avaliação da qualidade do programa Saúde da Família em municípios do Ceará: uma abordagem multidimensional. *Ciênc. Saúde Colet*. 2011 nov.; 16(11):4315-26.
16. Parasuraman, AP, Zeithaml, V, Berry, L. SERVQUAL: A multiple- Item Scale for measuring consumer perceptions of service quality. *Journal of Retailing* 1988 jan.; 64(1):12-40.
17. Sousa LRM, Mesquita RF, Matos FRN, Moura LKB, Moura MEB. Dimensões da satisfação dos usuários da Estratégia Saúde da Família. *Revista Portuguesa de Investigação Comportamental e Social* 2017; 3(2): 2-9.
18. Andrade LAF, Salazar PEL, Leopoldino KDM, Montenegro CB. Primary health care quality assessment according to the level of satisfaction of elderly users. *Rev. gaúch. enferm*. 2019; 40:e20180389.
19. Minayo, MC. O desafio do conhecimento. Pesquisa qualitativa em saúde. 12ª ed. São Paulo: Hubitec; 2010.
20. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436 de 21 de setembro de 2017. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html> . Acesso em: 05 nov. 2021.

21. Borba AKOT, Marques APO, Ramos VP, Leal MCC, Arruda IKG, Ramos RSPDS. Factors associated with elderly diabetic adherence to treatment in primary health care. *Ciênc. Saúde Colet.* 2018 mar; 23(3):953-961.
22. Furlanetto DLC, Lima AA, Pedrosa CM, Paranaguá TTB, Xavier MF, Silva AKPD, Rodrigues VB, Santos LMP. Satisfação do usuário da Atenção Primária no Distrito Federal: a importância do acesso oportuno e da visita domiciliar. *Ciênc. Saúde Colet.* 2020 mai.; 25(5):1851-1863.
23. Garcia L, Nardelli G, Oliveira A, Casaburi L, Camargo F, Santos A. Satisfaction of octogenarians with Primary Health Care services. *Rev. bras. geriatr. gerontol.* 2020; 23(1):e190235.
24. Meier JG, Cabral LPA, Zanesco C, Grden CRB, Fadel CB, Bordin D. Factors associated with the frequency of medical consultations by older adults: a national study. *Rev. Esc. Enferm. USP.* 2020 mar. 27; 54:e03544.
25. Ceccon RF, Soares KG, Vieira LJES, Garcia Júnior CAS, Matos CCSA, Pascoal MDHA. Primary Health Care in caring for dependent older adults and their caregivers. *Ciênc. Saúde Colet.* 2021 jan.; 26(1):99-108.
26. Amorim JSC, Teixeira LB, Ferla AA. Satisfação com a organização do cuidado em idosos usuários dos serviços avaliados pelo PMAQ. *Ciênc. Saúde Colet.* 2020 set.; 25(9):3625-3634.
27. Brasil CCP, Silva RMD, Bezerra IC, Vieira LJES, Figueiredo MDLF, Castro FRVF, Queiroz FFSN, Capelo MRTF. Community health workers caring for dependent elderly people. *Ciênc. Saúde Colet.* 2021 jan.; 26(1):109-118.
28. Nunes CA, Aquino R, Medina MG, Vilasbôas ALQ, Pinto Junior EP, Luz LA. Visitas domiciliares no Brasil: características da atividade basilar dos Agentes Comunitários de Saúde. *Saúde debate.* 2018; 42(2):127-144.
29. Sacco RCCS, Assis MG, Magalhães RG, Guimarães SMF, Escalda PMF. Trajetórias assistenciais de idosos em uma região de saúde do Distrito Federal, Brasil. *Saúde debate.* 2020; 44(126):829-844.
30. Almeida HB, Vanderlei LCM, Mendes MFM, Frias PG. As relações comunicacionais entre os profissionais de saúde e sua influência na coordenação da atenção. *Cad. Saúde Pública* 2021; 37(2):e00022020.
31. Lima Júnior AL, Barreto ICHC, Maranhão RR, Nuto SAS, Benevides BS, Saintrain MVL, Vieira-Meyer APGF. Medical hiring formats in the Family Health Strategy and the performance of their core attributes. *Ciênc. Saúde Colet.* 2021 mai; 26(5):1657-1668.
32. Queiroz RF, Alvarez AM, Morais LJ, Silva RARD. Perception of nursing workers on the care of hypertension in older adult. *Rev. bras. enferm.* 2019 nov.; 72(supl. 2):3-13.
33. Almeida GMF, Lazarini CA, Stefano ICA, Muniz ECS, Panes VCB, Marin MJS. Uso de psicofármacos entre idosos usuários do sistema único de saúde e do plano de saúde suplementar. *Estud. interdiscipl. envelhec.* 2019; 24(2):111-128.
34. Ferreira BR, Silva FP, Rocha FCV, et al. Elderly Welcoming in Primary Health Care: The User Perspective. *Rev. Fun. Care Online.* 2018 jul.-set.; 10(3):669-674.
35. Souza YV, Gomes RS, Sá BVS, Mattos RMPR, Pimentel DMM. Percepção de pacientes sobre sua relação com médicos. *Rev. bioét.* 2020; 28(2):332-343.
36. Castro APR, Vidal ECF, Saraiva ARB, Arnaldo SM, Borges AMM, Almeida MI. Promoting health among the elderly: actions in primary health care. *Rev. bras. geriatr. gerontol.* 2018; 21(2):155-163.
37. Flores TR, Gomes AP, Soares ALG, Nunes BP, Assunção MCF, Gonçalves H, Bertoldi AD. Counseling by health professionals and healthy behaviors among the elderly: population-based study in Pelotas, South of Brazil, 2014. *Epidemiol. serv. saúde.* 2018 mar; 27(1), e201720112.
38. Santos MLM, Fernandes JM, Vicente DP, Simionatto J, Sanches VS, Souza AS, Christofolletti G, Merey LF. Architectural and communications barriers to access to primary health care in Brazil: an analysis based on the first national census of primary health care centers, 2012. *Epidemiol. serv. saúde.* 2020; 29(2), e2018258.

Tabela 1. Escala SERVQUAL Adaptada: roteiro de entrevista

| Dimensão | Questões |
|------------------------|--|
| Confiabilidade | <p>O que o Sr(a) entende por capacidade técnica dos profissionais de saúde e o que pensa deles?</p> <p>O que o Sr(a) espera quando procura a UBS para uma consulta/ exame/procedimento (como é e como gostaria)?</p> <p>O que o Sr(a) pensa quando é encaminhado para outros especialistas/exames?</p> |
| Segurança | <p>O que o Sr(a) espera receber quanto a orientações da equipe e o que pensa em relação a isso (clareza/compreensão)?</p> <p>O que o Sr(a) pensa sobre a confiança/segurança da equipe? Como deveria ser?</p> |
| Tangibilidade | <p>Em relação ao ambiente e equipamentos, o que o Sr espera do serviço de saúde? Como é?</p> <p>Em relação aos profissionais, o que o Sr(a) espera da aparência dos profissionais de saúde? Como é?</p> |
| Empatia | <p>O que o Sr(a) pensa do tratamento (acolhimento) do serviço de saúde? Como deveria ser?</p> <p>O que o Sr(a) pensa sobre o interesse da equipe sobre sua saúde/problema? Como gostaria que fosse?</p> |
| Capacidade de resposta | <p>O que o Sr(a) espera quando procura o serviço (resposta às demandas)?</p> <p>O que o Sr(a) pensa em relação aos serviços que a equipe realiza (oferta de consultas/exames/grupos)? Como o Sr. fica sabendo deles?</p> |
| Educação em Saúde | <p>Sobre as orientações de saúde/ educação em saúde, o que Sr (a) acha dos assuntos abordados (pertinência/ utilidade)?</p> <p>O que o Sr (a) achou do profissional que conduziu a ação (conhecimento/segurança/ organização)?</p> <p>Como foi/foram realizada(s)? (espaço físico, materiais utilizados, adequação do tempo)</p> <p>Como o Sr (a) se sente em caso de dúvidas sobre o assunto ou tratamento (liberdade para questionamentos)?</p> <p>A Educação em Saúde/orientações recebidas foram importantes para o Sr(a)?</p> |

Fonte: elaborado pelos autores.

Submissão: 18/12/2021

Aceite: 17/07/2022.