

A percepção do usuário idoso sobre o acesso e a qualidade da Atenção Primária à Saúde

The aged user's perception of Primary Health Care access and quality

Percepción del usuario mayor sobre el acceso y la calidad de la APS

Ana Carolina Diniz Oliveira^{1,2} , Karla Cristina Giacomini^{1,2} , Wagner Jorge dos Santos¹ , Josélia Oliveira Araújo Firmo¹ 

¹Fundação Oswaldo Cruz, Núcleo de Estudos em Saúde Pública e Envelhecimento – Belo Horizonte (MG), Brazil.

²Secretaria Municipal de Saúde da Prefeitura Municipal de Belo Horizonte – Belo Horizonte (MG), Brazil.

Resumo

Introdução: O envelhecimento populacional brasileiro já repercute na Atenção Primária à Saúde.

Objetivo: Avaliar a percepção dos idosos quanto ao acesso e à qualidade da atenção em Bambuí, Minas Gerais. **Métodos:** Esta pesquisa tem abordagem qualitativa. O modelo dos signos, significados e ações foi utilizado na coleta e análise dos dados. Foram realizadas entrevistas nos domicílios, cuja escolha baseou-se em critérios para garantir a heterogeneidade dos participantes.

Resultados: A análise fundamentou-se na perspectiva êmica. Nela, emergiram elementos que compõem a percepção do usuário idoso acerca da implantação e da consolidação do Sistema Único de Saúde e da Estratégia Saúde da Família local na categoria — Desafios da Atenção Primária à Saúde na percepção do usuário idoso. Observou-se na percepção dos idosos, o serviço público evoluiu para melhor, porém ainda persistem dificuldades de acesso e a insatisfação de alguns com a qualidade do serviço, o que os leva à busca pela atenção secundária, pela urgência e pela medicina privada. **Conclusões:** Os achados demonstram que na percepção dos idosos a implantação da Estratégia Saúde da Família foi positiva, porém a atenção primária em saúde ainda pode ser melhorada.

Palavras-chave: Atenção primária à saúde; Saúde da família; Antropologia médica.

Autor correspondente:

Ana Carolina Diniz Oliveira

E-mail: caroldoliveira@yahoo.com.br

Fonte de financiamento:

não se aplica

Parecer CEP:

CAAE: 0028.0.245.000-09.

TCLE:

Se aplica

Procedência:

não encomendado.

Avaliação por pares:

externa.

Recebido em: 27/01/2020.

Aprovado em: 08/06/2022.

Como citar: Oliveira ACD, Giacomini KC, Santos WJ, Firmo JOA. A percepção do usuário idoso sobre o acesso e a qualidade da Atenção Primária à Saúde. Rev Bras Med Fam Comunidade. 22;17(44):2363. [https://doi.org/10.5712/rbmfc17\(44\)2363](https://doi.org/10.5712/rbmfc17(44)2363)



Abstract

Introduction: The aging of the Brazilian population already has repercussions on primary health care. **Objective:** Assess the perception of the elderly regarding access and quality of the Health System of Bambuí, Minas Gerais. **Methods:** This research uses a qualitative approach. The model of signs, meanings and actions was used to collect and analyze the data. Interviews were carried out at home, the choice of which was based on criteria to guarantee the heterogeneity of the participants. **Results:** The analysis was based on the emic perspective. The analysis revealed elements that make up the elderly user's perception about the implantation and consolidation of SUS and the local FHS in the category "PHC challenges in the perception of the elderly user". It was evident that, in the perception of the elderly, the public service has improved, but difficulties of access and the dissatisfaction of some with the quality of the service still remains. This leads to seek secondary care, urgency and private medicine. **Conclusions:** The findings point out that in the perception of the elderly, the implementation of the FHS was positive, however, primary health care can still be improved.

Keywords: Primary health care; Family health; Anthropology, Medical.

Resumen

Introducción: El envejecimiento de la población brasileña ya tiene repercusiones en la atención primaria de salud. **Objetivo:** Valorar la percepción de las personas mayores sobre el acceso y la calidad del Sistema de Salud de Bambuí, Minas Gerais. **Métodos:** esta investigación utiliza un enfoque cualitativo. Se utilizó el modelo de signos, significados y acciones para recolectar y analizar los datos. Las entrevistas se realizaron en el domicilio, cuya elección se basó en criterios para garantizar la heterogeneidad de los participantes. **Resultados:** El análisis se basó en la perspectiva emic. El análisis reveló elementos que configuran la percepción del usuario mayor sobre la implantación y consolidación del SUS y la ESF local en la categoría "Desafíos de la APS en la percepción del usuario mayor". Se evidenció que, en la percepción de las personas mayores, el servicio público ha evolucionado para mejor, pero aún persiste dificultad de acceso y el descontento de algunos con la calidad del servicio. Esto hace que busquen atención secundaria, urgencia y medicina privada. **Conclusiones:** Los hallazgos señalan que en la percepción de los adultos mayores, la implementación de la ESF fue positiva, sin embargo, la atención primaria de salud aún se puede mejorar.

Palabras clave: Atención primaria de salud; Salud de la familia; Antropología médica.

INTRODUÇÃO

A Saúde da Família (SF), estratégia do Sistema Único de Saúde (SUS), pauta-se nos princípios constitucionais da universalidade, da equidade e da integralidade da assistência à saúde. Visa fortalecer a Atenção Primária à Saúde (APS), por meio da orientação comunitária para a participação social, a promoção e a vigilância da saúde, favorecendo a qualidade de vida dos indivíduos, famílias e comunidades. As equipes de SF são compostas, no mínimo, de médico, enfermeiro, auxiliar e/ou técnico de enfermagem e agente comunitário de saúde (ACS).¹

Embora a ESF tenha possibilitado a ampliação do acesso do usuário ao SUS, ainda existem lacunas que precisam melhorar para elevar a qualidade e a resolubilidade dos serviços públicos de saúde.²

O envelhecimento populacional brasileiro já repercute no SUS. Segundo a Pesquisa Nacional de Saúde, a procura de serviços de saúde, por idosos, para o tratamento de doenças ou situações agudas passou de 8 para 13%.³

Para a APS funcionar efetivamente como a porta principal de entrada do usuário no SUS, ela deve ser capaz de resolver a maior parte dos problemas sanitários da população e, para isso, é importante que seus quatro atributos fundamentais estejam fortalecidos: a atenção ao primeiro contato; a longitudinalidade; a integralidade; e a coordenação do cuidado, o qual requer o reconhecimento das necessidades dos usuários por parte dos profissionais e o acompanhamento de cada caso, de modo a evitar cuidados desnecessários e iatrogênicos. Isso possibilitará a integralidade da atenção.⁴

A Rede de Atenção à Saúde (RAS) deve contar com sistemas de apoio diagnóstico e terapêutico, assistencial-farmacêutico, de informação em saúde, sistemas logísticos de identificação dos usuários, de

prontuário clínico, de acesso regulado à atenção de transporte em saúde e sistemas de governança.⁵ Além disso, os serviços também precisam responder aos contextos sociodemográfico e cultural da população assistida.¹

Contudo, o diagnóstico situacional de saúde da comunidade na perspectiva dos profissionais da saúde é, em muitos casos, bastante divergente das necessidades e problemas percebidos pela população. A percepção dos profissionais que costuma orientar os programas de saúde permanece associada aos conhecimentos biomédicos, sem considerar os saberes populares da população. Esta possui uma rede de símbolos culturais que deveria ser considerada pelo serviço de saúde.^{6,7}

Apesar do avanço da implantação e expansão da ESF,⁸ ainda há desafios a serem aperfeiçoados para dar conta das necessidades, principalmente, dessa população idosa em crescimento; para que seu cuidado em saúde seja de qualidade.

Assim, com vistas a fortalecer a APS, este artigo propõe escutar os idosos usuários do SUS sobre sua percepção quanto ao acesso e à qualidade da ESF em Bambuí (MG).

MÉTODOS

Esta pesquisa utiliza uma abordagem qualitativa realizada no município de Bambuí, localizado no centro-oeste do Estado de Minas Gerais. A cidade possui população estimada de 23.936 habitantes,⁹ dos quais 85% vivem em sua sede, com 91% de cobertura da SF na zona urbana. A população idosa representa 16% dos habitantes, dos quais 80,7% dependem exclusivamente do SUS e os demais têm plano de saúde privado. A expectativa de vida é de 70,2 anos, e as principais atividades econômicas são a agropecuária e o comércio.¹⁰ A microrregião de Bambuí está vinculada à secretaria regional de Saúde pela macrorregião de Divinópolis. A Rede de Atenção à Saúde (RAS)⁵ local conta com uma equipe de SF em cada uma das seis Unidades Básicas de Saúde (UBS), uma policlínica, uma equipe do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) e dois hospitais, um ligado à rede estadual e um municipal.

O modelo dos signos, significados e ações desenvolvido por Corin et al.¹¹ foi utilizado na coleta e análise dos dados para permitir a sistematização dos elementos do contexto que participam da construção das maneiras típicas de pensar e agir dos participantes da pesquisa. Segundo Geertz,¹² mentor da corrente interpretativa em Antropologia, a cultura constitui um universo de símbolos e significados que permite aos sujeitos de um grupo interpretar suas experiências e que guia suas ações.

Dessa corrente emerge uma nova concepção da relação entre indivíduos e cultura. Ancorado nessa perspectiva, esse modelo de análise busca trabalhar com as representações (maneiras de pensar) e comportamentos (maneiras de agir) associados a problemas específicos de saúde, com acesso às lógicas conceituais privilegiadas por uma população específica. Ele busca compreender e explicar determinada condição, bem como identificar os diferentes elementos do contexto que intervêm na construção de comportamentos concretamente adotados por uma população diante de determinada doença.⁶

Para reconstruir o universo de representações e comportamentos dos idosos em Bambuí foram realizadas entrevistas nos domicílios dos participantes. Para permitir maior heterogeneidade no grupo, os critérios de seleção incluíram: o território da equipe, o gênero, a idade e a condição funcional. Foram entrevistados somente idosos sem alterações cognitivas que impedissem a realização das entrevistas. O critério de saturação regulou o tamanho final da amostra.¹³ Foi utilizada a técnica de entrevistas semiestruturadas, com base em três perguntas norteadoras: como o/a senhor(a) acha que está sua saúde? O que o/a Sr.(a) acha do serviço de saúde que frequenta? Para o/a Sr.(a), o serviço de saúde mudou nos últimos anos?

As entrevistas duraram em média uma hora, foram gravadas e posteriormente transcritas. No presente trabalho, as interpretações dirigiram-se à compreensão dos fenômenos sob a visão da pessoa idosa, no desejo de dar voz a esses interlocutores. Esta perspectivaêmica configura um quadro conceitual e metodológico inovador, no qual a interpretação do cientista é construída com base na perspectiva dos entrevistados, e não na visão do pesquisador ou da literatura.⁶

Após leituras atentas e repetidas, foram identificadas unidades significativas. A codificação das entrevistas foi realizada e revisada pela pesquisadora principal para que todas as informações obtidas fossem agrupadas em categorias analíticas, com o mínimo possível de ambiguidade. Finalmente, foram examinadas as correlações e associações entre as diferentes categorias.

Dessa forma, agruparam-se as falas em uma categoria abrangente, “desafios da APS na percepção do usuário idoso”, que possibilitou a emersão de núcleos temáticos alinhados em dois grandes eixos: os elementos identificados pelos entrevistados quanto aos atributos da APS e as repercussões nas ações dos usuários idosos, em caso de não atendimento desses atributos.

Para garantir o anonimato, cada entrevistado foi identificado por sexo, ordem de realização da entrevista, estado civil e idade. Quatro pesquisadores participaram da análise das entrevistas.

Este trabalho é parte de um projeto maior intitulado “Abordagem antropológica da dinâmica da funcionalidade em idosos”, aprovado pelo Comitê de Ética em pesquisa com seres humanos do Centro de Pesquisa René Rachou (CPqRR), Protocolo CEP nº 29/2009. Todos os participantes assinaram um termo de consentimento, de acordo com a Resolução nº 196/1996 do Conselho Nacional de Saúde.

RESULTADOS

O presente estudo evidencia a percepção de 57 idosos, 27 homens e 30 mulheres, com idades entre 61 e 96 anos, em relação aos serviços de saúde. Todos os idosos estavam cadastrados nas seis equipes da SF local. O grupo pesquisado caracterizava-se por baixa escolaridade, forte influência da religião católica e origem rural. A maioria migrou da zona rural para a área urbana buscando maior acesso à educação e trabalho para os filhos, maior proximidade do serviço de saúde e melhores condições de vida. Quanto ao estado civil, 24 eram casados (majoritariamente homens), um vivia em união estável, sete eram solteiros e 25, viúvos (maior quantitativo de mulheres).

Os entrevistados vivenciaram o processo de construção do sistema público de saúde brasileiro nos últimos 30 anos. À análise, emergiram elementos que compõem a percepção do usuário idoso acerca da implantação e consolidação do SUS e da ESF local na categoria “desafios da APS na percepção do usuário idoso”. Na Tabela 1 estão apresentados os elementos identificados pelos entrevistados quanto aos atributos da APS e às repercussões nas ações dos usuários, em caso de dificuldade ou não satisfação desses atributos. No campo de fala dos entrevistados, a criação do SUS e, mais recentemente, a SF, modelo de saúde implantado na APS, trouxe inegáveis melhorias.

Em relação à “porta de entrada”, quando se trata da zona rural, o acesso melhorou, pois agora “o postinho” é perto de casa. Pelas falas dos entrevistados fica claro que antes do SUS não havia médicos na “roça”, existia a barreira geográfica, era difícil conseguir acesso ao serviço e, mais ainda, ao profissional “médico”. Shimizu¹⁴ confirma essas afirmações ao comprovar que os usuários residentes em zona rural requerem especial atenção das políticas públicas em razão de suas iniquidades.

Em algumas falas, percebe-se que o *primeiro* acesso ao sistema de saúde melhorou, já aparece até mesmo a reabilitação,³ porém essa questão ainda não está completamente solucionada na APS. Por isso, alguns usuários justificam a prática de buscar acesso no hospital, pelo SUS, ou pagando. O atributo *integralidade* pressupõe que o usuário pode ser encaminhado pela ESF aos serviços secundários situados em outras cidades que compõem a RAS de Bambuí.⁵ Também dificulta o vínculo da APS como *primeiro contato* e, ao mesmo tempo, reforça a importância de se investir na APS como porta de entrada principal do sistema e a coexistência de várias portas de entrada no SUS (APS, hospital e urgência). Isso faz delinear um cenário em que as pessoas acessam o sistema por onde consideram ser mais fácil,

Tabela 1. Atributos da Atenção Primária à Saúde, antes e depois da introdução da Estratégia Saúde da Família e repercussões nas ações dos entrevistados.

Acesso	A percepção da falta de acesso fortalece o modelo hospitalocêntrico e o cuidado médico-centrado	
Antes	<p>(...) <i>tinha um homem que tratava lá do pessoal, eles lá, da vizinhança dele lá [referindo-se à zona rural]. Mas ele não era médico formado, não. Era charlatão</i> (H45, 92 anos, viúvo).</p> <p><i>De primeiro, era muito difícil. Era tudo muito difícil demais! Hoje. Eu lembro da minha mãe quando ela adoeceu, tem muitos anos, nós tivemos que levar ela no médico lá na roça (...). Não tinha nem estrada</i> (H11, 69 anos, casado).</p>	<p><i>“Eu vou no médico aqui, o Dr. X. Depois de amanhã eu vou lá [no hospital]. O meu é o Dr. Y, outra hora é o doutor Z. No posto, vou de vez em quando (...) eu prefiro mais lá no hospital porque lá tem mais acesso”</i> (M4, Viúvo, 81 anos).</p> <p><i>“Pago (no hospital), 10 real lá, a receita. E também remédio controlado, (o médico) não dá a receita. (...) [Tem alguma dificuldade de conseguir pelo SUS?] Ah, tem. (...) Preferível pagar. Facilita muito”</i> (M4, Viúva, 81 anos).</p>
Depois	<p><i>Era só o hospital aqui. Agora eles faz uns postinhos assim nos bairros, fica mais perto pra gente ir...</i> (H20, 69 anos, solteiro).</p>	
Integralidade	A percepção da não satisfação deste atributo expõe os limites dos profissionais e dos serviços	
Antes	<p><i>“É, está mais melhor, um pouco! Era só o hospital aqui. (...)”</i> (H 20, solteiro, 74 anos).</p> <p><i>“Eu acho que melhorou (...) porque tem muito recurso agora, tem muitos médicos, médico bom (...) e os médicos aqui tudo é muito atencioso, são bons demais. Bons, mas bons mesmo. (...) vem gente de longe de outras cidades para consultar aqui porque fora está uma dificuldade (...). Aqui não tinha essas coisas. Para levar uma pessoa para fora era uma dificuldade danada. Agora tem carro para levar os pacientes. Vai para aqui, vai para ali e não tem que pagar nada. Antes, não tinha”</i> (M19, Viúva, 83 anos).</p>	<p><i>“Esses postinhos está faltando médicos. [Por quê?] (...) os médicos do postinho parece que não é suficiente, não é especializado”</i> (H11, Casado, 69 anos).</p> <p><i>[...] agora ainda falta muita coisa, igual aqui, tem que fazer mamografia, a gente tem que sair que não faz. Às vezes algum outro exame diferente que precisa de fazer... (M37, 68 anos, casada).</i></p>
Depois	<p><i>Eu fiz fisioterapia, que eu fiz no braço, eles me atenderam muito bem. Ele (referindo-se ao prefeito) está criando um centro de tratar de pessoas que têm depressão. (...) essas vezes que eu fui atendida, tenho sido bem atendida</i> (M 38, solteira, 69 anos).</p>	<p><i>“(...) o problema aqui é que médicos bons geralmente não ficam aqui. Isso é um problema, mas eu não sei o porquê também. Não sei se é política... (...). Tem esses médicos antigos daqui, então eles... não sei se eles expulsam ou como que é (...). É isso que a gente queria que bons médicos, assim é aparelhagem. Que às vezes o médico é bom, mas não tem aparelhagem adequada. Teria que ter mais assistência aqui para evitar a migração pra X, pra Y. (...) Eu acho que os médicos, eles têm que estudar demais, fazer reciclagem</i> (M 38, solteira, 69 anos).</p>

Continua...

Tabela 1. Continuação.

Longitudinalidade	A percepção do acompanhamento longitudinal insuficiente leva o usuário a buscar no sistema privado o cuidado que poderia ter no serviço público.
<p>Antes</p> <p><i>Que naquele tempo que eu mudei pra cá não tinha esse negócio de postinho, não tinha nada. Foi em 1979. [Referindo-se a como era consultar naquela época]. [...] A gente... era pagado, antes era pagado. Naquele tempo acho que não tinha SUS, não, não tinha, não? [...] Veio de 88 pra cá (H40, 71 anos, casado).</i></p> <p><i>[...] Melhorou muito, viu. Muito bom! A gente pega remédio, esses remédios da pressão eu pego no postinho. Qualquer coisa que a gente precisa de urgência, às vezes não dá pra ir no hospital, vai lá no postinho. Uai, melhorou um pouco (M37, 68 anos, casada).</i></p> <p><i>Tem posto do bairro. [...] Vacina [...] [referindo-se aos serviços que utiliza na UBS] se as pessoas passa mal corre lá? [...] É um ambiente muito bom.... as vacinas, os remédios que distribui [...] Tem, tem uma agente, chama agente da saúde. Ela vem sempre. Tem hora que é uma vez por mês, mas vem mais. Se tem uma modificação qualquer no atendimento, ou vacina vem avisar. Vem saber se não teve internamento, se não teve uma coisa mais grave, o atendimento físico... funciona... esse posto de saúde. Teve uma melhora (M10, 72 anos, casada).</i></p>	<p><i>Tem um médico que é conhecido, então eu tenho aquela confiança de conversar com ele. (...) [referindo-se ao fato de que o médico também atende no posto]. Atende. Eu já consultei com ele no posto, umas quatro... mas vou te contar a verdade, aqui que eu acho que é... eu não sei se os outros acham também. As consultas que ele fez pelo SUS, pagando a receita, eu acho que ela é mais encaminhada (H7, 84 anos, casado).</i></p> <p><i>“Agora o que tá me atrapalhando é que eu arranjei um machucado na perna. (...) Ontem minha sobrinha ainda veio fazer um curativo pra mim, porque aquele povo do postinho é muito enrolado e não vem. Aí ela mesmo tá fazendo o curativo. (...) Se não fosse a minha sobrinha eu mesma tinha que fazer. Não tão vindo não. Elas ficam aí, anda pra todo lado, mas aqui... tem uma que passava quase todo dia, agora sumiu, ela não passou aqui mais, meio enrolada. [E a senhora vai lá?] Não, eu não dou conta. Se não for de carro, eu não dou conta, não. Que de lá pra cá tem muita subida” (M 27, Solteira, 80 anos).</i></p>
Coordenação do Cuidado	A percepção da falta de coordenação deixa a cargo do usuário definir uma rede de cuidados paralela.
<p>Antes</p> <p><i>(...) Você não tinha médicos pra fazer exames... (...) [referindo-se a como acontecia o cuidado antes do SUS] Vinha de cavalo aqui no médico: ó, fulano tá assim e assim, com febre, com dor de cabeça, aí levava e receitava o remédio. Muitos até morria porque tomava remédio, o remédio fazia mal (M35, 93 anos, viúva).</i></p> <p>Depois</p> <p><i>“Fala é PSF. Ah, não, quando precisa a menina traz (E a senhora acha que antes de ter o PSF, e agora que tem, mudou alguma coisa?) Olha, mudou, porque às vezes as meninas vêm e medem a minha pressão. Aí mede a pressão, aí depois, às vezes, a menina traz o médico aqui. É só marcar e ele vem, atende a gente direitinho, é muito educado, trata a gente bem, não maltrata a gente (M13, 67 anos, viúva).</i></p>	<p><i>“É fora. Aqui não tem, não. (...) quando eu vejo que é alguma coisa mais simples, eu procuro aqui. Agora, quando eu vejo que é mais grave, aí eu vou lá” (H6, casado, 62 anos).</i></p> <p><i>Tô indo no médico em Formiga, meu filho me leva de carro. É de três em três meses que eu vou lá. Cento e oitenta reais. É Parkinson. Eu trato com um neurologista de Formiga. Ele falou pra mim: “Ó, dona M., não tem cura, mas tem melhora, melhora. Se a senhora tomar os remédios direito e todos os remédios que eu tô receitando, a senhora vai melhorando. Na verdade, eu tô melhorando, alivia demais [...]. Eu tenho diabetes... é bastante coisa (risos) (M51, 69 anos, viúva).</i></p>

possível ou mais resolutivo. Sabe-se que onde a cobertura da ESF é consolidada (em comparação com lugares onde essa cobertura foi mais baixa), a probabilidade de o usuário citar o pronto-socorro ou o hospital como fonte usual de cuidados diminuiu em 37%.¹⁵

Quanto ao atributo *integralidade*, ressalta-se a questão de o médico “dar” remédio e o fato de se “ganhar remédio pelo SUS”, e a ida ao sistema público visa “economizar” as despesas com a saúde. No entanto, alguns usuários relataram a necessidade de comprá-los. Percebe-se, em algumas entrevistas, a falta de abastecimento da farmácia básica do “postinho” e, em outros casos, a falta da prescrição correta de medicamentos de fornecimento pelo SUS e/ou a falta do preenchimento de formulários para acesso a medicamentos especiais fornecidos pelo Estado ou União. A Atenção Farmacêutica (AF) deveria ultrapassar o “remedinho” e considerar na organização dos serviços todas as suas dimensões: geográfica, econômica, funcional, de disponibilidade (existência dos serviços em quantidades adequadas às necessidades dos usuários) e comunicacional (diálogo nas relações de cuidado).¹⁶

Quanto à assistência recebida no domicílio pela equipe de SF, houve relatos de progresso trazido pela implantação da SF; porém usuários com dificuldade de locomoção ou de acesso ao “postinho” por diversos motivos, que deveriam ser candidatos à visita domiciliária — ferramenta fundamental nesse novo modelo — não foram contemplados nesse atendimento.¹⁷

Alguns idosos, ao perceberem que seu caso parece mais complexo e se sentirem inseguros ou insatisfeitos quanto ao atendimento prestado na ESF, por sua própria iniciativa, relataram procurar o serviço especializado e/ou a medicina privada para, paradoxalmente, muitas vezes, consultarem os mesmos profissionais que poderiam atendê-los pelo SUS. Eles sentem que a consulta paga seria mais “encaminhada”. Essa prática contribui para a iniquidade no acesso a serviços de saúde, uma vez que somente aqueles com melhores condições financeiras possuem recursos para acessar o sistema privado.¹⁸

Assim, os atributos *longitudinalidade* e *coordenação do cuidado* ainda se mostram frágeis na percepção dos entrevistados. Somado a isso, ainda não se superou o modelo biomédico que é percebido na cultura da população, principalmente a idosa, segundo o qual somente os médicos poderiam resolver problemas de saúde.¹⁹ Na percepção dos usuários, os profissionais não são “especializados”, precisariam ser “reciclados” e também “não têm aparelhagem adequada”.

A questão da rotatividade e da falta de médicos na APS é bastante complexa. Além de ser muito pequena a oferta de formação adequada como residência médica em Medicina de Família e Comunidade e de médicos especialistas no Brasil, muitos se submetem a contratos precários de trabalho e, nos grandes centros, onde se encontram mais profissionais especializados, as operadoras de planos de saúde contratam-nos para atuar no setor privado.²⁰ Esse movimento acentua ainda mais o déficit desses profissionais no SUS e gera mais iniquidade no acesso aos serviços.²¹

Todas essas fragilidades podem ser agravadas com o quantitativo insuficiente e a alta rotatividade de médicos, o despreparo desses profissionais para atuar na APS e/ou, ainda, a falta de apoio diagnóstico adequado. Caberia à SF contrapor-se a essa lógica ainda hegemônica e fortalecer o trabalho em equipe multiprofissional.^{22,23} Para tanto, faz-se necessário modificar a lógica das consultas individuais e incorporar a promoção, prevenção e recuperação (reabilitação) da saúde no cotidiano das práticas.²⁴ Para o fortalecimento do vínculo entre usuários e profissionais de saúde, deve-se ampliar o acesso à informação e fortalecer estratégias participativas em atividades coletivas, de promoção da saúde, da educação sanitária e de socialização.⁴ E, para idosos com condições crônicas, é preciso garantir o acesso à promoção da saúde, principalmente para aqueles em processo de fragilização ou com alguma incapacidade funcional.²⁵

Esses resultados demonstram que, apesar da melhoria do primeiro contato, ainda se percebem dúvidas quanto à efetividade dos outros três atributos da APS. A desigualdade no acesso expõe um contexto em que a maioria dos idosos no Brasil não tem condições financeiras de pagar planos de saúde ou médicos particulares. Segundo dados da Agência Nacional de Saúde (ANS), apenas 13% dos usuários de planos de saúde são idosos.²⁶ As políticas de austeridade atuais do governo federal, aplicadas à seguridade social, piorarão ainda mais essa situação.²⁷

Na falta de recursos institucionais, a pessoa idosa busca apoio na comunidade e nas famílias. Contudo, a própria transformação e a redefinição das funções e valores da família moderna deverão levar, cada vez mais, ao estabelecimento de fronteiras mais estritas entre família e comunidade e cobrar a transferência das funções, outrora concentradas na família, para políticas públicas.²⁸

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os achados revelam que, na percepção dos idosos, a implantação da ESF foi positiva, porém a atenção à saúde ainda precisaria ser melhorada. Diante da realidade do envelhecimento, o SUS será cada vez mais desafiado a lidar com questões que ultrapassam a visão biomédica e repercutem na condição de vida, de saúde e de necessidade de cuidados da população. Isso demandará a atuação da ESF de modo coordenado, longitudinal, integral, mas também intersetorial.

AGRADECIMENTOS

Agradecemos à cidade de Bambuí (MG), onde o estudo foi realizado, especialmente aos cidadãos idosos participantes da pesquisa.

CONFLITO DE INTERESSES

Nada a declarar.

CONTRIBUIÇÕES DOS AUTORES

ACDO: Conceituação, Curadoria de Dados, Análise Formal, Escrita – Primeira Redação. KCG: Conceituação, Curadoria de Dados, Análise Formal, Escrita – Revisão e Edição. WJS: Conceituação, Curadoria de Dados, Análise Formal, Escrita – Revisão e Edição. JOAF: Conceituação, Curadoria de Dados, Análise Formal, Escrita – Revisão e Edição.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Política Nacional de Atenção Básica. [acessado em 27 nov. 2020]. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html>.
2. Macinko, J; Mendonça, C S. Estratégia Saúde da Família, um forte modelo de Atenção Primária à Saúde que traz resultados. *Saúde Debate* 2018;42(spe1):18-37. <https://doi.org/10.1590/0103-11042018S102>
3. Almeida AND. O acesso aos serviços de saúde pelos idosos no Brasil com base na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) entre 1998 e 2008. *J Bras Econ Saúde* 2015;7(1): 43-52.
4. Starfield B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO; Ministério da Saúde; 2002.
5. Mendes EV. A Construção Social da Atenção Primária à Saúde/ Eugênio Vilaça Mendes. Brasília: Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS); 2015.

6. Uchôa E, Firmo JO, Lima-Costa MF, Corin E. An anthropologic study on strategies for addressing health problems among the elderly in Bambuí, Minas Gerais State, Brazil. *Cad Saude Publica* 2011;27(Suppl 3):S370-7. <https://doi.org/10.1590/s0102-311x2011001500007>
7. Placideli N, Castanheira ERL, Dias A, Silva PA, Carrapato JLF, Sanine PR, et al. Avaliação da atenção integral ao idoso em serviços de atenção primária. *Rev Saude Publica* 2020;54:6. <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2020054001370>
8. Pinto LF, Giovanella L. Do Programa à Estratégia Saúde da Família: expansão do acesso e redução das internações por condições sensíveis à atenção básica (ICSAB). *Ciênc Saúde Colet* 2018;23(6):1903-13. <https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.05592018>
9. Brasil. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo Demográfico 2010. Brasília: IBGE, 2016. [acessado em 03 mar. 2017]. Disponível em: <<http://cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun=310510&search=minas-gerais|bambui|infograficos:-informacoes-completas>>.
10. Lima-Costa MF, Firmo JOA, Uchôa E. Auto-avaliação da saúde de idosos. *Rev Saúde Pública* 2004;38(6):827-34. <https://doi.org/10.1590/S0034-89102004000600011>
11. Corin E, Uchôa E, Bibeau G, Koumaré B. Articulation et variations des systèmes de signes, de sens et d'actions. *Psychopathol Afr* 1992;24:183-204.
12. Geertz C. The interpretation of cultures. New York: Basic Books; 1973.
13. Fontanella BJB, Ricas J, Turato ER. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. *Cad Saúde Pública* 2008;24(1):17-27. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2008000100003>
14. Shimizu HE, Trindade JS, Mesquita MS, Ramos MC. Avaliação do Índice de Responsividade da Estratégia Saúde da Família da zona rural. *Rev Esc Enferm* 2018;52: e03316. <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2017020203316>
15. Harzheim E, Santos CMJ, D'Avila OP, Wollmann L, Pinto LF. Bases para a reforma da Atenção Primária à Saúde no Brasil em 2019: mudanças estruturantes após 25 anos do Programa de Saúde da Família. *Rev Bras Med Fam Comunidade* 2020;15(42):2354. [https://doi.org/10.5712/rbmf15\(42\)2354](https://doi.org/10.5712/rbmf15(42)2354)
16. Dourado I, Medina MG, Aquino R. The effect of the Family Health Strategy on usual source of care in Brazil: data from the 2013 National Health Survey (PNS 2013). *Int J Equity Health* 2016;15(1):151. <https://doi.org/10.1186/s12939-016-0440-7>
17. Pereira JA, Damasceno RF, Vieira MRM, Paula AMB, Haikal DSA. Salário de médicos contratados da Estratégia Saúde da Família e contexto municipal: estudo ecológico. *Saúde Debate* 2020;44(126):624-39. <https://doi.org/10.1590/0103-1104202012603>
18. Neto GCC, Antunes VH, Oliveira A. A prática da Medicina de Família e Comunidade no Brasil: contexto e perspectivas. *Cad Saúde Pública* 2019;35(1):e00170917. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00170917>
19. Moraes GVO, Giacomini KC, Santos WJ, Firmo JOA. A percepção dos idosos sobre o saber biomédico no cuidado à velhice e às “coisas da idade”. *Physis* 2016;26(1):309-29. <https://doi.org/10.1590/S0103-73312016000100017>
20. Albuquerque FJB, Melo CF, Souza Filho FE, Araújo Neto JL. Avaliação da estratégia saúde da família a partir das crenças dos profissionais. *Estud Psicol (Campinas)* 2011;28(3):363-70. <https://doi.org/10.1590/S0103-166X2011000300008>
21. Peruzzo HE, Bega AG, Lopes APAT, Haddad MCFL, Peres AM, Marcon SS. Os desafios de se trabalhar em equipe na estratégia saúde da família. *Esc Anna Nery* 2018;22(4):e20170372. <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2017-0372>
22. Malta DC, Morais Neto OL, Silva MMA, Rocha D, Castro AM, Reis AAC. Nacional de Promoção da Saúde (PNPS): capítulos de uma caminhada ainda em construção. *Ciênc Saúde Coletiva* 2016;21(6):1683-94. <https://doi.org/10.1590/1413-81232015216.07572016>
23. Rodrigues MAP, Facchini LA, Piccini RX, Tomasi E, Thumé E, Silveira DS, Siqueira FV, Paniz VMV. Uso de serviços básicos de saúde por idosos portadores de condições crônicas, Brasil. *Rev Saúde Pública* 2009;43(4):604-12. <https://doi.org/10.1590/S0034-89102009005000037>
24. Alencar TOS, Nascimento MAA, Alencar BR. Assistência farmacêutica na estratégia saúde da família: uma análise sobre o acesso. *Rev Bras Farm* 2013;94(3):219-26.
25. Santos WJ, Giacomini KC, Firmo JOA. Avaliação da tecnologia das relações de cuidado nos serviços em saúde: percepção dos idosos inseridos na Estratégia Saúde da Família em Bambuí, Brasil. *Ciênc Saúde Coletiva* 2014;19(8):3441-50. <https://doi.org/10.1590/1413-81232014198.14172013>
26. Alcântara AO, Camarano AA, Giacomini KC. Política Nacional do idoso: velhas e novas questões. Rio de Janeiro: IPEA; 2016.
27. Brasil. Saúde suplementar. I. Agência Nacional de Saúde Suplementar (Brasil). Diretoria de Desenvolvimento Setorial. Gerência de Padronização, Interoperabilidade e Análise de Informação. Caderno de informação da saúde suplementar [recurso eletrônico]: beneficiários, operadoras e planos. Rio de Janeiro: ANS; 2018,12(3):1-61.
28. Santos IS, Vieira FS. Direito à saúde e austeridade fiscal: o caso brasileiro em perspectiva internacional. *Ciênc Saúde Colet* 2018;23(7):2303-14. <https://doi.org/10.1590/1413-81232018237.09192018>