

Saúde da mulher idosa: resolubilidade do cuidado na estratégia saúde da família**Idosa woman's health: resolubility of care in the family health strategy**

DOI:10.34117/bjdv6n12-388

Recebimento dos originais:17/11/2020

Aceitação para publicação:17/12/2020

Vanuza Silva Campos

Enfermeira pela Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS). Residente em Enfermagem
Obstétrica pela Universidade Federal da Bahia
E-mail: vanuzacampos5@gmail.com

Pricila Oliveira de Araújo

Enfermeira pela Universidade Estadual de Feira de Santana, especialista em Gerontologia, mestre em
Enfermagem e doutoranda em Saúde Coletiva UEFS. Professora Assistente do Departamento de
Saúde UEFS

Bianca de Oliveira Araújo

Enfermeira pela Universidade Estadual de Feira de Santana. Mestre em Enfermagem e doutoranda
em Saúde Coletiva UEFS. Professora Assistente do Departamento de Saúde UEFS

Marluce Maria Araújo Assis

Enfermeira pela Universidade Federal da Bahia, mestre em Enfermagem de Saúde Pública pela
Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, doutora em Enfermagem
pela Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo e estágio Pós-Doutoral
em Saúde Pública pela Escuela Andaluza de Salud Pública, Granada- Espanha. Professora Titular
Aposentada do Departamento de Saúde da Universidade Estadual de Feira de Santana

Eunice Gabriela de Oliveira Araújo

Graduanda em Enfermagem pela Universidade Estadual de Feira de Santana

RESUMO

Objetivo: descrever como ocorre a resolubilidade do cuidado à saúde da mulher idosa na Estratégia Saúde da Família em uma cidade no interior da Bahia. Métodos: Estudo de natureza qualitativa, tipo descritivo, realizado em Unidades Saúde da Família em uma cidade no interior da Bahia. Participaram enfermeiras e mulheres com mais de 60 anos, lúcidas e usuárias regulares das unidades selecionadas. A técnica para coleta de dados foi a entrevista semiestruturada. Os dados foram analisados conforme a técnica de análise de conteúdo. Os aspectos éticos e legais foram respeitados. Resultados e discussão: as mulheres idosas enfrentam dificuldades para uma atenção resolutiva, principalmente nas dimensões de acesso, acolhimento, vínculo e responsabilização. Considerações finais: as idosas vinculadas às USF não estão obtendo respostas plenamente satisfatórias às suas demandas de saúde e, portanto, essa atenção tem ocorrido com resolubilidade insuficiente para atender às suas necessidades. Esse contexto exige um trabalho em rede, com responsabilidades compartilhadas entre equipe de saúde, usuários e gestores do sistema.

Palavras-chave: Atendimento Integral, Saúde do Idoso, Estratégia Saúde da Família

ABSTRACT

Objective: to describe how the resolubility of elderly women's health care occurs in the Family Health Strategy in a city in the interior of Bahia. Methods: A qualitative, descriptive type study carried out in Family Health Units in a city in the countryside of Bahia. Participants were nurses and women over 60 years old, lucid and regular users of the selected units. The technique for data collection was the semi-structured interview. The data were analyzed according to the technique of content analysis. The ethical and legal aspects were respected. Results and discussion: older women face difficulties in resolving their problems, especially in the dimensions of access, reception, bonding and accountability. Final considerations: elderly women linked to the USF are not getting fully satisfactory responses to their health demands and, therefore, this attention has occurred with insufficient resolubility to meet their needs. This context requires networking, with shared responsibilities among health staff, users and system managers.

Keywords: Comprehensive Care, Health of the Elderly, Family Health Strategy

1 INTRODUÇÃO

Nas últimas décadas, o processo de envelhecimento da população brasileira tem sido acelerado, o que pode ser atribuído à diminuição das taxas de natalidade, ao maior acesso à saúde e ao conseqüente aumento da expectativa de vida da população, entre outros fatores. Com isso, o Brasil enfrenta o desafio de atender às necessidades de uma parcela cada vez mais expressiva de idosos, principalmente no sistema de saúde¹.

Nesse contexto, chama atenção o fenômeno da feminização da velhice, justificado pela maior expectativa de vida das mulheres em relação aos homens, o que está relacionado a questões biológicas e à variação de exposição a fatores de risco de mortalidade. Além disso, envolve a inserção distinta no mercado de trabalho, o uso/abuso de tabaco e álcool e a diferença de atitude em relação à saúde/doença, pois, contrariamente aos homens, a mulher normalmente demonstra preocupação com prevenção, informação e cuidados de saúde².

Ainda, conforme os autores supracitados, associado às questões biológicas que ocasionam diferenças no processo de adoecimento de homens e mulheres, predominam também, na vivência das idosas, problemas como a solidão, a pobreza e a privação social. Nessa perspectiva, o cenário atual demanda atenção especial àquelas condições e agravos peculiares ao sexo feminino.

Então, não se pode negligenciar a predominância feminina no processo de envelhecimento e de cuidado, o que sugere a necessidade de ampliar os estudos acerca da assistência resolutiva a este grupo. Resolubilidade, por sua vez, é definida como a resposta adequada às demandas de saúde em todos os níveis da atenção, constituindo-se resultado da confluência das seguintes dimensões de análise: acesso aos serviços, acolhimento, vínculo e responsabilização³.

Ainda que a estratégia Saúde da Família (ESF) tenha sido planejada para reorientar a atenção à saúde da população e se constituir em importante ferramenta para a concretização dos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), a promoção do envelhecimento saudável e o cuidado resolutivo à saúde da pessoa idosa estão distantes de serem alcançados^{4,5}.

Desse modo, o estudo justifica-se pela necessidade de se conhecer as dificuldades existentes para a resolubilidade do atendimento às mulheres idosas na ESF, face à crescente demanda de problemas de saúde vinculados a esta população, que possui características específicas e ainda pouco estudadas. Para tanto, tem-se como objetivo descrever como ocorre a resolubilidade do cuidado à saúde da mulher idosa na Estratégia Saúde da Família em uma cidade no interior da Bahia.

2 METODOLOGIA

Estudo de caráter qualitativo e descritivo que permite melhor atender à subjetividade do tema de pesquisa, através da valorização da percepção das participantes do estudo, por meio do diálogo e da escuta de relatos.

O campo empírico foram Unidades Saúde da Família (USF) de um município do interior da Bahia, cuja escolha considerou as distribuições geográfico-espaciais dentro do território estudado e do campo de atuação da Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS), além da preocupação em abarcar diferentes condições socioeconômicas e culturais das mulheres idosas.

As participantes do estudo foram 10 (dez) mulheres com idade mínima de 60 anos, que não apresentavam alteração cognitiva e que utilizavam a USF com uma frequência igual ou maior a três consultas por ano; e 04 (quatro) enfermeiras que atuavam nas unidades com um tempo mínimo de seis meses. Foram escolhidas essas profissionais por serem as gerentes das unidades e por atuarem no cuidado direto às participantes do estudo. Os critérios de exclusão foram enfermeiras que estavam de férias ou algum tipo de licença. A escolha das participantes ocorreu na perspectiva de estudar públicos distintos para comparar as diferentes realidades vivenciadas por idosas e por enfermeiras nas Unidades.

A aproximação com as participantes do estudo se deu através de visitas às unidades de saúde e de contato com as enfermeiras gerentes com o objetivo de se apropriar das rotinas, combinar agendamentos, melhor forma e dias de abordagem para um melhor desenvolvimento das entrevistas. Além disso, nesses momentos também foram importantes para o estabelecimento de vínculos com as participantes e esclarecimentos sobre o projeto, a fim de obter adesão para a anuência da pesquisa.

Para coleta de dados foi utilizada a entrevista semiestruturada, conduzida a partir de roteiros orientadores para enfermeiras e idosas, com questões relacionadas à resolubilidade do cuidado à saúde

de mulheres idosas na Estratégia Saúde da Família, a partir das dimensões de acesso, acolhimento, vínculo e responsabilização.

Os dados foram analisados de acordo com a técnica de análise de conteúdo, definida como o conjunto de técnicas de análise das comunicações através de procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, que é subdividido em três fases: pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados⁶.

Na pré-análise foram realizadas as entrevistas e suas transcrições na íntegra, possibilitando um entendimento prévio dos futuros resultados do estudo. Foram realizadas exaustivas leituras do material empírico e, a partir de então, foram feitos dois quadros sínteses, sendo um com as falas das idosas e outro com as das enfermeiras. Em seguida, na fase de exploração do material, as informações foram organizadas e sistematizadas de acordo com os núcleos de sentido.

Por fim, na etapa de tratamento dos resultados, chegou-se às seguintes categorias empíricas 1) “Porque remédio aqui a gente não acha”; 2) Consultas médica e de enfermagem: as barreiras no acesso; 3) Acesso físico ao serviço de saúde: facilidades e dificuldades; 4) Responsabilização das equipes que gera confiabilidade no serviço; 4) Acolhimento e vínculo como potenciadores do cuidado nas USF; 5) Responsabilização das equipes de saúde da família com as usuárias e a confiabilidade destas no serviço. Em seguida, procedeu-se à análise e interpretação dos resultados, baseada na fundamentação teórica sobre o objeto em análise.

Destaca-se que, considerando que a pesquisa envolve seres humanos, foram respeitados os princípios éticos e legais em todas as etapas através do cumprimento das Diretrizes e Normas Regulamentadoras das Pesquisas Envolvendo Seres Humanos, regulamentada pela Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012⁷.

Assim, a coleta de dados aconteceu após a autorização do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS) através do parecer número 2.605.322 emitido no dia 21 de abril de 2018, assim como à concordância dos participantes. Este último aspecto envolveu a leitura, esclarecimentos e a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), no qual foram explicitados o tema, objetivos, riscos e benefícios do estudo.

Os termos foram disponibilizados em duas vias, das quais uma ficou de posse da participante e a outra da pesquisadora. Reforça-se que todas as informações foram mantidas em sigilo, garantindo o anonimato e a privacidade das participantes do estudo, através da substituição dos nomes reais por códigos (letra E referindo-se às enfermeiras e a letra I referindo às idosas, acompanhados pelo número relacionado à ordem de realização das entrevistas).

A pesquisa também obteve concordância da Secretaria Municipal de Saúde do município, que emitiu Termo de Anuência permitindo à pesquisadora o acesso às Unidades de Saúde selecionadas e realizou contato prévio com as enfermeiras responsáveis pelas referidas unidades.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Após a análise e categorização dos dados, os resultados serão apresentados e discutidos mediante apresentação de fragmento de falas das participantes e embasamento teórico de autores expertises na área em estudo.

3.1 “PORQUE REMÉDIO AQUI A GENTE NÃO ACHA”

A análise dos resultados mostrou que um dos grandes problemas que impedem a resolubilidade está relacionado ao fornecimento de medicações, já que as idosas destacam dificuldades ou mesmo falta de acesso às mesmas, o que é corroborado pelas enfermeiras do estudo. A grande demanda por obtenção de medicação tem motivações diversas e envolve a construção histórica do modelo de atenção biomédico e, principalmente, do processo de medicalização da saúde. Atualmente, décadas após as primeiras discussões a respeito, a medicalização continua progredindo, particularmente com o aumento das doenças crônicas não transmissíveis, como hipertensão e diabetes mellitus, prevalentes na população deste estudo e à crescente influência da indústria farmacêutica ⁸.

Tesser discute a sobremedicalização, que consiste no uso de medicamentos desnecessários e indesejáveis, o que advém dos movimentos cognitivos dos profissionais de saúde para o desenvolvimento do diagnóstico e da terapêutica, através da “associação da concepção ontológica de doença com causação ascendente (fluxo causal que vai dos elementos materiais mais simples a dimensões e níveis mais complexos), em articulação com sobrevalorização do eixo anatomopatológico” que gera excessivas intervenções diagnósticas e farmacoterapêuticas ⁹.

Como um dos reflexos desse processo, destaca-se que a medicalização desvaloriza os saberes desenvolvidos a partir da cultura e história da população e supervaloriza o uso de tecnologias mais complexas, tendo como consequência a geração de dependência dos produtos médicos, dentre eles os medicamentos e o saber médico ⁸.

Portanto, o usuário de saúde também fortalece a medicalização, visto que na grande maioria das vezes cabe a ele próprio a decisão de buscar um serviço de saúde e submeter-se ao uso muitas vezes inadequado. Isso significa que, sem a participação no processo decisório e convencimento sobre o uso por parte do usuário, as necessidades de saúde não se materializariam em demanda de cuidado. Então,

o ato de medicalizar-se é um processo alimentado por ambos os lados: serviços de saúde e usuários¹⁰. Nesse sentido, o profissional de saúde tem papel preponderante para a ressignificação das práticas, uma vez que seu processo interpretativo e terapêutico pode reduzir a sobremedicalização⁹.

Isso se traduz na realidade das USF que, apesar de criadas para reorientar o modelo assistencial hegemônico vigente (curativo, medicalizante), na prática, ainda mantém em grande parte o modelo tradicional de atenção biomédica. Esse fator foi evidenciado através da fala das enfermeiras, ao relatarem que a busca das idosas pelo serviço de saúde visa predominantemente a obtenção de receita e/ou medicação e não de um cuidado mais amplo e co-participativo, conforme exemplificado pela fala “[...] só querem a receita do remédio.” (E02).

Porém, após esse momento de contato com a unidade e obtenção da receita, observou-se que as idosas encontraram como entrave para o cuidado a falta da medicação, o que se constituiu em queixa para maioria delas, de acordo com a convergência das falas a seguir:

[...] nem o medicamento eu pego aqui, porque às vezes eu venho pegar, tem um não tem outro. Então eu que já tenho meu cadastro na farmácia lá na rua e pego lá, porque tem todos.(I01)

É, porque remédio aqui a gente não acha, é difícil achar [...] já pego a receita aqui pra eu pegar nas farmácias da rua, porque eu tomo remédio de pressão, aí eu tenho que pegar na rua. E tem remédio que eu não posso comprar [...]. (I08)

Esse desabastecimento das medicações nas USF é um problema também evidenciado na literatura e está relacionado às dificuldades na logística da assistência farmacêutica, especificamente em relação à programação, aquisição e distribuição, como por exemplo, o envio de medicação em quantidade insuficiente para a unidade e atrasos da entrega dos pedidos pelos fornecedores¹¹. Tal situação envolve a gestão e organização da assistência farmacêutica, tendo como reflexo a não adequação do serviço às necessidades dos usuários – falta de resolubilidade – e consequente comprometimento da assistência, assim como foi apontado pelas idosas do presente estudo¹¹.

Apesar das Farmácias Populares terem sido apontadas tanto por usuárias quanto por profissionais como estratégias para resolução dessa falta frequente de medicação, algumas das idosas referem um gasto econômico muitas vezes não programado, devido à demanda na USF não ter sido atendida, conforme ilustrado nas falas a seguir:

Esse mês mesmo eu comprei, mês passado eu comprei quase R\$ 200,00 de remédio, que não achei aqui, não sei hoje se eu vou achar, eu trouxe a receita pra ver se eu acho [...] É difícil achar um remédio aqui, é mais comprado. Tem que comprar no cartão, fico devendo e tudo." (I05)

[...] às vezes a gente tem que tomar um emprestimozinho pra comprar uma coisa ou outra... pra comprar remédio, porque às vezes a gente chega aqui no posto e não acha remédio." (I08)

Destaca também, no achados empíricos, o fato de algumas idosas considerarem essa falta de medicação natural e, portanto, não exigem a garantia desse fornecimento como direito. Nessa perspectiva, atribuem a ausência de medicações às elevadas demandas de saúde, associadas ao envio de uma quantidade insuficiente das mesmas para as unidades e, também, uma delas apontou o descaso político em relação à saúde.

Então a população é muito grande e o remédio vem pouco. Teria que vir o suficiente pra quando eu chegasse também ter, mas é difícil de eu achar. Então eu tenho minha farmácia lá na rua, a farmácia popular, eu pego lá que é grátis também. (I01)

Isso ai é o pessoal... sei lá, eu acho assim que é pelos políticos, fazer com os outros, eu acho que quem trabalha não tem culpa. É os políticos que tão ai, eles não ligam pra gente. (I08)

Observa ainda que as usuárias dos serviços não dispõem de elementos para avaliar a real necessidade dos medicamentos receitados pelos profissionais, portanto, todas as prescrições são consideradas por elas como necessárias¹². Então, se essa necessidade não é atendida pelo serviço do ponto de vista desse usuária, como tem sido apontado pelas idosas, frustra-se a sua satisfação com o serviço e rompe-se a perspectiva da resolubilidade.

A partir disso, as usuárias geralmente adotam como conduta a resignação, aceitando a falta do serviço e procurando alternativas muitas vezes privadas – como tem sido feito pela maioria das idosas ao realizarem a compra dessas medicações. Essa resignação, entretanto, enfraquece a luta pela construção do direito à saúde e conseqüente otimização do serviço¹².

Portanto, os mesmos autores reforçam que a realidade encontrada nos serviços vai de encontro às políticas que preveem o direito da população ao acesso gratuito às medicações pré-estabelecidas que, por sua vez, também não se apropriaram desse direito. Nesse cenário, a reivindicação consiste em uma conduta alternativa à resignação observada e pode ser realizada através de canais de participação da população no Sistema Único de Saúde (SUS), como uma forma de exercer os seus direitos de cidadania.

No entanto, para além do incentivo à reivindicação do fornecimento das medicações prescritas, faz-se necessário refletir e criar possibilidades de discutir a medicalização social cotidiana e seus reflexos na oferta e procura por serviços de saúde, particularmente nos serviços de atenção primária à saúde. Essa reflexão gradual e contínua permitiria ampliar a perspectiva tanto de profissionais como

de usuárias em relação à medicalização e fortaleceria outras formas de cuidados, como a prevenção de agravos e promoção à saúde⁸.

Com o intuito de superar a sobremedicalização é proposto associação de uma compreensão “dinâmica de doença com causação multidirecional e equilibrado manejo dos eixos conceituais das doenças na abordagem dos problemas, com reconhecimento dos limites diagnóstico terapêuticos biomédicos e afastamento da razão metonímica” (que não considera o que não é saber cientificamente comprovado) ⁹.

Essa associação facilitaria o desenvolvimento do cuidado em saúde através de uma escuta qualificada; considerando o contexto dos casos; com uso criterioso de exames complementares; reconhecendo os limites diagnósticos biomédicos; ampliando a interpretação clínica pensando não apenas nas patologias e nos fármacos e cirurgias como possibilidades terapêuticas; explorando os saberes dos usuários e profissionais, práticas complementares e a devolução de problemas para o manejo autônomo apoiado ⁹.

Outra barreira para a resolubilidade do cuidado se refere à dificuldades encontradas nas consultas com os profissionais das USF, discutidas na categoria a seguir:

3.2 CONSULTAS MÉDICA E DE ENFERMAGEM: AS BARREIRAS NO ACESSO

A partir das considerações acerca da demanda centrada na obtenção de medicamento, também se evidencia a busca elevada de agendamento para o profissional médico, o que gera longa espera para a marcação. Assim, tanto para idosas quanto para as enfermeiras, a grande demanda para a consulta médica constitui uma dificuldade para efetivação da resolubilidade do cuidado, como relatado a seguir.

Para médico tem mais restrição a nível de marcação de consulta porque a gente só tem um médico pra atender 5.063 habitantes [...] a facilidade de passar por mim é maior do que com a médica, ai como estratégia [...] a depender da anamnese [...] a gente faz muita interconsulta, para não perder essa mulher. (E01)

O que elas questionam muito de reclamação é que assim, a gente tem a agenda da médica, então às vezes ela vem marcar uma consulta hoje, ela só encontra para o próximo mês, que é a data que tem vaga. [...] se realmente ela só quiser para médica ela realmente vai ter que aguardar um pouco, porque a demanda para o atendimento médico aqui é muito grande. (E02)

Nessa direção, as falas das idosas, por sua vez, demonstram que a satisfação das necessidades de saúde para os usuários está associada ao agendamento da consulta médica, ratificando que as demandas na ESF estão ancoradas ao modelo profissional centrado¹³. Então, as dificuldades relativas ao atendimento médico estiveram presentes nos discursos a seguir:

É porque eu acho um pouco difícil aqui é a marcação [...] mas agora está difícil, porque a gente não sabe o dia de ... às vezes muda a data, a gente tem que passar aqui de vez em quando pra estar procurando que dia vai marcar, vem marcar, às vezes já marcou, já todo mundo marcou. E a pessoa de idade, além de idade, hipertenso, tem que ter assim... eu acho que se é de 3 em 3 meses devia marcar já aquelas pessoas. (I01)

Marca para um mês, pra dois, e é pra quem vem 5h, 6h. Eu sou da minha idade, não aguento sair de casa 5h30 pra estar aqui pra marcar. (I08)

Essa busca centrada ao saber médico também se relaciona, fundamentalmente, à obtenção de um diagnóstico, com consequente prescrição de ações terapêuticas¹⁴. Então, por constituir ação privativa do profissional médico, a população centraliza suas demandas nesse tipo de atendimento, desconsiderando as demais possibilidades. Relacionado a isso, há uma redução da perspectiva terapêutica com desvalorização da abordagem do modo de vida, dos aspectos subjetivos e sociais relacionados ao processo saúde-doença, fazendo com que essas propostas de cuidado sejam secundarizadas e até mesmo abolidas¹⁴.

Entretanto, a ESF propunha-se a superar essa tradição medicalizante, substituindo-a por uma nova concepção apoiada na integralidade, resolubilidade e promoção à saúde. Porém, não houve uma reorganização em escala suficiente para sustentar esse tipo de reforma cultural^{15,16}. Nesse mesmo cenário e a partir dos mesmos fatores causais, destaca-se também a baixa adesão e até mesmo resistência das idosas à consulta com a enfermeira, assim como a falta de adesão às medidas preventivas, como abordado pela Enfermeira 2:

A dificuldade maior é delas comparecerem à consulta de enfermagem [...] a gente ainda tem resistência, porque chega no dia da consulta elas não vem, a gente remarca [...] para a consulta de enfermagem a demanda é muito baixa. (E02)

Diante das questões apontadas, identifica-se também, como dificuldades à concretização da resolubilidade nas Unidades de Saúde da Família, a inobservância de atuação preventiva e de promoção da saúde ao idoso – com destaque à mulher idosa – ficando comprometida assim, a identificação precoce de fatores de risco e agravos na saúde¹⁷. Assim, seria preciso apostar em transformações no processo de trabalho instaurado nessas unidades, promovendo conjuntamente uma mudança na perspectiva das usuárias e também dos profissionais diante da sua atuação, atentando-se, no entanto, que os resultados seriam gradativos e, as ações para esse fim, contínuas.

Para tanto, é necessário o desenvolvimento de um trabalho em equipe na ESF de modo que os trabalhadores de saúde desenvolvam o cuidado de forma compartilhada, permitindo assim que as soluções para as demandas de saúde apresentadas pelas usuárias sejam planejadas e executadas

considerando os conhecimentos de todos as profissões que atuam nesse serviço. Desse modo, através de um atendimento integral à saúde poderá se obter a resolubilidade da produção do cuidado.

O estudo apontou facilidades e dificuldades em torno do acesso físico das mulheres idosas às unidades, discutidas no tópico a seguir, que foram significativamente distintas em área urbana e rural, evidenciando que a resolubilidade do cuidado à saúde difere entre diferentes regiões e contextos.

3.3 ACESSO FÍSICO AO SERVIÇO DE SAÚDE: FACILIDADES E DIFICULDADES

Para as idosas residentes em área urbana, a distância, o tempo e o transporte foram referidos como pontos positivos para o acesso aos serviços, visto que as unidades de saúde em sua maioria eram próximas às residências das participantes, o que permite o acesso a pé. No entanto, as limitações físicas mais comuns na velhice foram apontadas como dificuldades para a resolução dos problemas, como pode ser observado nas falas abaixo:

Eu moro lá junto da praça, ai tenho que vim de lá pra aqui. Venho andando. [...] É porque eu tenho problema no joelho, tenho problema de coluna, ai dói pra eu vim, mas eu venho, é o jeito. (I05)

É 1,5 km. Vim de pé, com problema aqui na perna, artrose, artrite, mas eu estou melhor. Eu vim devagarzinho, cheguei, mas esses dias mesmo eu não estava podendo vir de pé, da dor da perna. (I09)

Diferentemente, para as idosas residentes em áreas rurais, além das limitações físicas comuns da idade, destacam-se dificuldades em relação à distância, transporte público e tempo de deslocamento até as unidades, o que dificulta o acesso, como referido pelas enfermeiras participantes:

Tanto para eles virem à unidade quanto para o profissional ir, porque não existe só a dificuldade deles chegarem à unidade, existe a dificuldade do profissional também chegar nas áreas. [...] tem distâncias de 15km, de 30km. (E01)

Olha, pra uns tem dificuldade, porque nós temos aqui três zonas rurais. Então idoso de 80 e tantos anos vim aqui até a unidade andando é difícil. Nós não temos transporte de fácil acesso, então às vezes nós fazemos ação de impacto. Nessa ação de impacto nós damos preferência aos idosos, pela dificuldade de locomoção, porque realmente é difícil você andar mais de um quilômetro para chegar até a unidade. (E03)

Tais falas encontram similaridades com outros estudos que indicam o difícil acesso na zona rural devido à distância e, conseqüentemente, ao tempo necessário para se deslocar às unidades, envolvendo condições de transporte e barreiras geográficas, dificultando o acesso¹⁸. De forma complementar, onde há menor acesso há menor utilização dos serviços de saúde, particularmente entre idosos que lidam com barreiras próprias do envelhecimento¹⁹.

Assim, o acesso geográfico foi visto de forma distinta entre as idosas residentes nas áreas urbanas e nas áreas rurais, sendo que estas têm de lidar com maiores barreiras para obtenção dos serviços de saúde de que necessitam, como caminhadas mais longas e dificuldades de transporte. Apesar das dificuldades de acesso físico, participantes relataram elementos importantes que ajuda na superação das barreiras acima e do fortalecimento das práticas cuidativas, como descritas na categoria a seguir:

3.4 ACOLHIMENTO E VÍNCULO: POTENCIADORES DO CUIDADO

O acolhimento e o vínculo foram destacados como pontos positivos no funcionamento das USF na representação discursiva da maioria das idosas do estudo, que relataram satisfação no atendimento, por meio de relação empática com as profissionais:

Ave Maria, são tudo apaixonado por mim. Quando chega, é um pega daqui, outro puxa dali, tudo gostam muito da minha mãe e tratam bem, sempre tratam bem, não tenho o que falar não. (I03)

O povo me atende muito bem... A médica me atende bem, a enfermeira, eu não tenho o que dizer não[...] É muito legal, eu conheço todas elas, elas são minhas amigas. (I04)

Algumas idosas, mesmo relatando serem bem atendidas, apontaram também fragilidades no acolhimento e vínculo, evidenciadas através de relatos de idosas que não conhecem os profissionais por seu nome e, às vezes, nem a função que exercem, evidenciando que essas dimensões precisam ser melhoradas, como no relato abaixo:

Eu não sei nem responder, porque é muito pouco aqui, então...Não tenho muito contato com o pessoal aqui. [...] não sei nem nome de todos os funcionários. (I02)

Não, conheço só a Dra [médica], tem essa [nome] que é minha agente de saúde, mais ninguém, é porque eu frequento aqui mas pouco. (I08)

O vínculo é considerado fundamental para adesão e continuidade do tratamento, indicando um maior conhecimento sobre os reais problemas do território social e também o relacionamento entre profissionais e usuários^{20,21}. O acolhimento, de forma complementar, propõe inverter a lógica de organização e funcionamento do serviço de saúde, colocando o usuário como central no processo do cuidado²².

Nessa perspectiva, as enfermeiras entrevistadas evidenciaram que na unidade há acolhimento e vínculo. Uma delas demonstrou isso de forma bem ampliada na sua fala, destacando que o acolhimento acontecia em todos os momentos da atenção e que todos os profissionais eram capacitados para isso.

Além disso, atribuiu o vínculo entre usuário e profissional à proposta da ESF, que ao preconizar a atenção à família, criava laços maiores de afinidade entre os membros da equipe, incluindo usuários e famílias.

Ah, aqui o acolhimento já começa desde a frente, independente da recepção. Aqui todos da equipe fazem o acolhimento. [...] aqui desde o porteiro, a assistente... a auxiliar de serviços gerais, a assistente administrativa, todos da equipe são capacitados para fazerem o acolhimento. [...] o Programa Saúde da Família ele já propõe, esse vínculo, você não cuida somente de um indivíduo, você cuida da família, então você acaba sabendo quem é Seu João, quem é Dona Maria, quem é Chiquinho, quem é Chiquinha, entendeu? O vínculo é bem maior, e por se tratar de família você cuida de todos, então não tem como não manter esse vínculo não. É diferente de uma unidade básica de saúde, de uma policlínica, de um hospital. Você cria aquele vínculo naquele momento, mas você não prolonga, aqui é o contrário. Aqui às vezes as pessoas até lhe colocam dentro da família dela. (E01)

De forma complementar, outra participante destacou, como ponto fortalecedor do vínculo, a manutenção da mesma equipe na unidade por um longo período, o que permite o estabelecimento de relações mais sólidas com as usuárias:

Por aqui equipe é bastante antiga... A mais nova que tem aqui sou eu, que tenho 4 anos, a equipe já é desde quando fundou. Então a médica tem 13 anos aqui, a auxiliar administrativa, os serviços gerais, as técnicas, já tem muito tempo aqui, então já cria esse vínculo né, de intimidade? (E02)

Um das participantes referiu a existência de vínculo e acolhimento, mas suas falas relacionam esses conceitos às ações de receber o usuário quando chega ao serviço e direcioná-lo ao profissional adequado, o que pode sugerir uma compreensão superficial da dimensão acolhimento/vínculo por parte dos profissionais da equipe, conforme observado na fala a seguir:

Quando chegam na recepção a gente já pergunta o que é que eles querem, aí a gente já vai direcionando para cada um, começa pela recepção. (E03)

Essa limitação a respeito do termo acolhimento e que confunde com a triagem é comum. Porém, é importante frisar que acolher, ultrapassa o recepcionar, envolve fazê-lo de forma humana, por meio de escuta ativa, diálogo e interesse pela fala do usuário, de forma contínua e não apenas na recepção. A partir da aplicação desse acolhimento, será possível também o estabelecimento do vínculo, que implica proximidade, sensibilidade e construção de laços de afeto entre usuário e profissional²³.

Sendo assim, em teoria, as USF constituem mecanismos potencializadores dessas dimensões de cuidado entre trabalhadores e usuários do serviço de saúde²⁴. Então, é preciso fortalecer essas relações a fim de otimizar a atenção e fortalecer o processo terapêutico, visto que a partir dos atos de receber e ouvir a população que procura os serviços de saúde, é possível entender quais são as demandas e, assim,

dar respostas adequadas a cada uma delas, constituindo um dos aspectos para oferta de uma atenção resolutiva, centrada nas necessidades de quem demanda a atenção²⁵. Acolhimento e vínculo estão associadas a outras dimensões, discutidas no item a seguir:

3.5 RESPONSABILIZAÇÃO DAS EQUIPES QUE GERA CONFIABILIDADE NO SERVIÇO

A responsabilização envolve a soma dos profissionais envolvidos, a incorporação ao ato terapêutico da valorização do outro, a preocupação com o cuidado e o respeito com a visão de mundo de cada um e está diretamente relacionada ao grau de vínculo entre profissionais e usuários²⁴.

Destaca-se nas falas das enfermeiras ações que evidenciam de forma prática a responsabilização da equipe pela pessoa idosa: realização de referência, busca ativa, visita domiciliar com o objetivo de saber o retorno dos encaminhamentos feitos para realização de exames ou consultas com especialistas, busca de informações sobre melhora do caso clínico, resolução de demandas e outros, como relatado pela enfermeira 1:

Até as que geralmente vêm e que demoram de retornar, a gente tem o livro de busca ativa [...] que a gente entra em contato com o agente, para o agente entrar em contato com essa mulher, pra saber o porquê que ela não veio à consulta, por que faltou, se ainda não realizou o exame, se realizou. E os próprios agentes sempre sinalizam também, os motivos. (E01)

As enfermeiras informaram que realizam com frequência a referência das idosas para outros serviços, que consiste no encaminhamento da atenção básica para níveis de maior grau de complexidade. No entanto, todas as profissionais convergem para as falhas relacionadas à realização da contra referência, ou seja, à devolutiva dos serviços à atenção básica sobre o desfecho do caso do usuário:

A gente tem alguns serviços que a gente encaminha, que é a policlínica. Geralmente é a policlínica que faz, quando é de emergência, ela que faz essa regulação, esse direcionamento, mas a gente também tem as marcações que são pela Central de Regulação, para exames e consultas com especialidades. [...] Geralmente quando dá devolutiva é quando eles acham que não é resolução da parte deles. (E01)

A gente também faz visita domiciliar, principalmente para essas pessoas, aí a gente investiga se foi pra consulta com especialista, se não foi, a gente gosta de saber. [...] e também através do ACS, a gente também obtém muitas informações, porque eles passam pra gente, a depender do problema, a gente orienta. [...] Só tem a referência, a contra referência praticamente não existe. (E03)

As falas indicaram a referência como uma prática comum das USF, mas que a contra referência era praticamente inexistente, enquanto deveriam funcionar de forma complementar, constituindo um fluxo eficaz dos usuários entre os diferentes níveis de atenção²⁶. Apesar da importância da Saúde da

Família como estratégia orientadora do sistema de saúde, a representação das falas mostra como é fundamental que a responsabilização seja articulada em rede. Isso é necessário para que se consiga efetivar o acesso integral e resolutivo aos serviços disponíveis na comunidade, visto que a atenção básica não é independente dos demais setores.

Apesar da responsabilização apontada, as idosas não apresentam confiabilidade plena na resolubilidade dos serviços da ESF no que se refere ao processo de referência e contra referência, na medida em que seus problemas não são solucionados. Esse resultado é relevante e merece atenção a partir da compreensão de que, do ponto de vista prático, a resolubilidade pode ser avaliada através da percepção do usuário em relação ao serviço recebido²³.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Considerando que o atendimento satisfatório às demandas de saúde – o que constitui a resolubilidade da atenção – vai além do contexto biológico, a realidade estudada mostrou-se distante do ideal. Isso porque a assistência à saúde da mulher idosa foi caracterizada por dificuldades relacionadas ao acesso físico, obtenção de medicamentos e marcação de serviços, fragilidades no acolhimento e vínculo, assim como dificuldades para a concretização da responsabilização da equipe com essas idosas, relacionadas principalmente à fragilidade da contra referência e articulação da rede.

Por fim, as idosas vinculadas às USF não estão obtendo respostas plenamente satisfatórias às suas demandas de saúde e, portanto, essa atenção tem ocorrido com resolubilidade insuficiente para as suas necessidades. Assim, esse contexto exige um trabalho em rede, com responsabilidades compartilhadas entre equipe de saúde, usuários e gestores dos gestores do sistema.

REFERÊNCIAS

Brasil. Atenção à saúde da pessoa idosa e envelhecimento. Brasília. 2010

Maximiano-Barreto MA, Andrade L, Campos LB de, Portes FA, Generoso FK. A Feminização da velhice: uma abordagem biopsicossocial do fenômeno. ICHS [Internet]. 25º de outubro de 2019 [citado 13º de novembro de 2020];8(2):239-52. Disponível em: <https://periodicos.set.edu.br/humanas/article/view/6076>.

Santos AM, Assis MMA. Da fragmentação à integralidade: construindo e (des)construindo a prática de saúde bucal no Programa de Saúde da Família (PSF) de Alagoinhas, BA. *Ciência e saúde coletiva*. 2006;11(1): 53-61.

Martins AB et al. Atenção Primária a Saúde voltada as necessidades dos idosos: da teoria à prática. *Ciênc. Saúde Coletiva* [online]. 2014;19(8): 3403-3416.

Motta LB, Aguiar AC, Caldas CP. Estratégia Saúde da Família e a atenção ao idoso: experiências em três municípios brasileiros. *Cad. Saúde Pública*. 2011 abr; 27(4): 779-786.

Bardin L. *Análise de conteúdo*. São Paulo: 70 ed., 2011.

Brasil. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos.

Tesser CD, organizador. *Medicalização Social e Atenção à Saúde no SUS*. Hucitec. 2010; 131-50.

Tesser CD. Cuidado clínico e sobremedicalização na atenção primária à saúde. *Trab. Educação e saúde*. 2019; 17(2): 1981-7746.

Camargo Júnior KR. Das Necessidades de Saúde à Demanda Socialmente Construída. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. *Construção social da demanda: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos*. 2010; 93-103.

Assis MMA, Almeida, MVG, organizadores. *Acesso aos serviços e tecnologias no sistema único de saúde: abordagem teóricas e práticas*. 2014.

Mattos RA, Pinheiro R, organizadores. *Construção Social da Demanda: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos*. 2010.

Araújo PO, Assis MMA. Organização da demanda e oferta de serviços na Estratégia Saúde da Família. *Rev. Saúde. Com*. 2017;13(4): 994-1002.

Tesser CD, Campos GWS, Poli Neto P. Acolhimento, (des)medicalização social e gestão do cotidiano em equipes de saúde da família. In: Tesser, CD, organizador. *Medicalização Social e Atenção à Saúde no SUS*. 2010; 131-50.

Andrade LOM, Barreto ICHC, Bezerra RC. Atenção Primária à Saúde e Estratégia de Saúde da Família In: Campos, GWS. *Tratado de Saúde Coletiva*. 2006; 783-832.

Santos FPA, Acioli S, Rodrigues VP, Machado JC, Souza MS, Couto TA. Práticas de cuidado da enfermeira na Estratégia Saúde da Família. *Rev. Bras. Enferm.* 2016;69(6): 1124-1131.

Medeiros SG, Morais FRR. Organização dos serviços na atenção à saúde da idosa: percepção de usuárias. *Interface (Botucatu)* [online]. 2015; 19(52): 109-120.

Alencar TOS, Nascimento MAA, Alencar BR. Assistência farmacêutica na estratégia saúde da família: uma análise sobre o acesso. *Rev. Bras. Farm.* 2013; 94(3): 219-226.

Travassos C, Viacava F. Acesso e uso de serviços de saúde em idosos residentes em áreas rurais, Brasil, 1998 e 2003. *Cad. Saúde Pública.* 2007; 23(10): 2490-2502.

Schimith MD, Simon BS, Brêtas ACP, Budó MLD. Relações entre profissionais de saúde e usuários durante as práticas em saúde. *Revista Trabalho Educação e Saúde*, v. 9, n. 3, p. 479-503, 2011.

Brunello MEF et al. O vínculo na atenção à saúde: revisão sistematizada na literatura, Brasil (1998-2007). *Acta paulista de Enfermagem*, v. 23, n. 1, p. 131-135, 2010.

Franco TB, Bueno WS, Merhy EE. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: Betim, Minas Gerais, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, v.2, n.15, p.345-53, 1999.

Queiroz MVO, Ribeiro EMV, Pennafort VPS. Assistência ao adolescente em um serviço terciário: acesso, acolhimento e satisfação na produção do cuidado. *Texto-contexto enferm.* 2010;19(2): 291-299, Junho.

Assis MMA, Nascimento MAA, Franco TB, Jorge MSB, organizadores. Produção do cuidado no Programa Saúde da Família: olhares analisadores em diferentes cenários [online]. 2010.

Santos AM, Assis MMA, Rodrigues AAAO, Nascimento MAA, Jorge MSB. Linhas de tensões no processo de acolhimento das equipes de saúde bucal do Programa Saúde da Família: o caso de Alagoinhas, Bahia, Brasil. *Cad. Saúde Públ.* 2007; 23(1): 75-85.

Finkelsztejn A. et al., Encaminhamentos da Atenção Primária para Avaliação Neurológica em Porto Alegre, Brasil. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 731-741, 2009.