

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO TRIÂNGULO MINEIRO PROGRAMA DE  
PÓS-GRADUAÇÃO *STRICTO SENSU* EM ATENÇÃO A SAÚDE**

**SHERON HELLEN DA SILVA PIMENTA**

**ASSISTÊNCIA AO IDOSO NA REDE DE SAÚDE NA PERSPECTIVA DA  
ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA: MODELO TEÓRICO**

**UBERABA**

**2022**

UNIVERSIDADE FEDERAL DO TRIÂNGULO MINEIRO PROGRAMA DE PÓS-  
GRADUAÇÃO STRICTO SENSU EM ATENÇÃO À SAÚDE

SHERON HELLEN DA SILVA PIMENTA

ASSISTÊNCIA AO IDOSO NA REDE DE SAÚDE SOB A PERSPECTIVA DA  
ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA: MODELO TEÓRICO

Tese apresentada ao Programa de Pós Graduação *Stricto Sensu* em Atenção à Saúde da Universidade Federal do Triângulo Mineiro como requisito parcial para obtenção do título de Doutora em Atenção à Saúde.

**Linha de Pesquisa:** Atenção à Saúde das Populações.

**Eixo temático:** Saúde do Adulto e Idoso.

**Orientador:** Prof. Dra. Leiner Resende Rodrigues.

UBERABA

2022

## FICHA CATALOGRÁFICA

### Catálogo na fonte:

#### Biblioteca da Universidade Federal do Triângulo Mineiro

P697a Pimenta, Sheron Hellen da Silva  
Assistência ao idoso na rede de saúde sob a perspectiva da  
Estratégia Saúde da Família: Modelo Teórico / Sheron Hellen da  
Silva Pimenta. -- 2022.  
104 f. : il., graf., tab.

Tese (Doutorado em Atenção à Saúde) -- Universidade Federal  
do Triângulo Mineiro, Uberaba, MG, 2022  
Orientadora: Profa. Dra. Leiner Resende Rodrigues

1. Idoso. 2. Serviços de saúde. 3. Teoria fundamentada. 4. Aten-  
ção primária à saúde. I. Rodrigues, Leiner Resende. II. Universidade  
Federal do Triângulo Mineiro. III. Título.

CDU 613.98

## SHERON HELLEN DA SILVA PIMENTA

### ASSISTÊNCIA AO IDOSO NA REDE DE SAÚDE SOB A PERSPECTIVA DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA: MODELO TEÓRICO

Tese apresentada ao Programa de Pós Graduação *Stricto Sensu* em Atenção à Saúde da Universidade Federal do Triângulo Mineiro como requisito parcial para obtenção do título de Doutora em Atenção à Saúde.

**Linha de Pesquisa:** Atenção à Saúde das Populações.

**Eixo temático:** Saúde do Adulto e Idoso.

**Orientador:** Prof. Dra. Leiner Resende Rodrigues.

Uberaba, 27 de julho de 2022.

Banca Examinadora:

---

Profª Drª Leiner Resende Rodrigues - Orientadora  
Universidade Federal do Triângulo Mineiro – UFTM

---

Profª Drª Bethania Ferreira Goulart  
Universidade Federal do Triângulo Mineiro – UFTM

---

Profª Drª Jurema Ribeiro Luiz Gonçalves  
Universidade Federal do Triângulo Mineiro – UFTM

---

Profª Drª Maria Beatriz Guimarães Raponi  
Universidade Federal de Uberlândia – UFU

---

Profª Drª Vanessa Carvalho da Silva Vila  
Pontifícia Universidade Católica de Goiás – PUC-Goiás

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço à minha família, por meio do meu irmão Frederico e irmã Renata, que sempre foram o alicerce dos meus sonhos. Saber que em qualquer circunstância, poderei contar com os meus, me dá asas e segurança para voar.

Ao meu marido, Luciano, pelo apoio, incentivo, cuidado e principalmente, ao amor, que ele e os meu filhinhos de quatro patas, Theo, Arya e Bóris, me dedicaram.

À professora e a amiga Leiner, que encontrei nas orientações dessa tese e fora dela.

Aos amigos do trabalho e da vida, que sempre me enxergaram maior do que realmente me senti.

Obrigada a Deus, por poder reconhecê-Lo e senti-Lo em minha vida, e me proporcionar o entendimento que é por meio do afeto das pessoas, que Ele se revela a mim, cuidando e me aparando sempre.

Dedico esse singelo trabalho a minha tão amada mãe. À essa mulher que sempre soube que é por meio da Educação que vidas são transformadas. À ela, que me tocou com seus ensinamentos, amor e força e que agora é luz intensa e vibrante em outra dimensão.

## RESUMO

PIMENTA, S.H.S. **Assistência ao idoso na rede de saúde sob a perspectiva da Estratégia Saúde da Família: Modelo Teórico**. 2022.106f. Tese (Doutorado), Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Uberaba, 2022.

A integração da rede de serviços de saúde é indispensável para prover a continuidade do cuidado à saúde do cidadão entre os diferentes níveis assistenciais. Neste cenário, a Atenção Primária em Saúde tem papel de destaque, haja vista ser a ordenadora da rede. Ao considerar que grande parte dos atendimentos são destinados às pessoas idosas, o presente estudo levanta as seguintes questões norteadoras: Que prática de assistência ao idoso tem orientado os profissionais da Estratégia Saúde da Família(ESF)? Qual o entendimento dos profissionais da ESF sobre a rede de serviços de saúde para a assistência ao idosos? Quais são os entraves na Rede de Atenção em Saúde (RAS) para atendimento ao idoso? Tem como objetivo desenvolver o modelo teórico de assistência ao idoso na RAS que tem orientado a Estratégia Saúde da Família. O estudo foi realizado na vertente qualitativa, adotando-se a Teoria Fundamentada em Dados (TFD) ou Grounded Theory (GT), de Strauss e Corbin, e como referencial teórico, o Interacionismo Simbólico (IS). Foi adotado como instrumento, a entrevista individual para a apreensão da percepção dos profissionais de saúde sobre a assistência ao idoso na rede de serviços de saúde de um município do Triângulo Mineiro. Com o auxílio da software ATLAS/ti 7.0, a codificação aberta das 44 entrevistas dos profissionais levantou diferentes códigos que foram agrupados de acordo com sua similaridade, dando origem a 387 códigos preliminares, e categorizados em quinze subcategorias e cinco categorias. O modelo teórico apresentado neste estudo constitui-se da representação do fenômeno “Construindo a rede de cuidados aos idosos, sob a ótica da ESF.” A pesquisadora selecionou, aleatoriamente, seis profissionais de saúde que possuíam expertise na temática abordada para a validação da teoria. Em debate com a pesquisadora, os participantes reforçaram os termos utilizados e mencionaram que a percepção que eles tinham da rede de cuidado ao idoso reportavam ao seu cotidiano de trabalho. Pode-se perceber com a construção do modelo teórico, que os profissionais da ESF não seguem a um protocolo de atendimento em rede, que esta encontra-se desfragmentada e desarticulada. Um dos principais dificultadores identificados foi

a comunicação entre os serviços e profissionais, destacando esse fato como algo essencial a ser trabalhado. Neste estudo, o desenvolvimento do modelo teórico poderá subsidiar a construção de um modelo de cuidado à pessoa idosa na RAS, que considere mais efetivamente a realidade dos serviços de saúde e que seja voltado para as demandas, necessidades e direitos da pessoa idosa em seu contexto de vida.

Palavras – chave: Idoso; Serviços de Saúde; Teoria Fundamentada; Atenção Primária em Saúde



## ABSTRACT

PIMENTA, S.H.S. **Elderly care in the health network from the perspective of the Family Health Strategy: Theoretical Model.** 2022.106f. Tese (Doutorado), Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Uberaba, 2022.

The integration of the health services network is essential to provide continuity of care to citizens health between the different levels of care. In this scenario, Primary Health Care has a prominent role, given that it is the organizer of the network. Considering that a large part of the assistance is aimed at the elderly, the present study raises the following guiding questions: What practice of care for the elderly has guided the professionals of the Family Health Strategy (FHS)? What is the understanding of the FHS professionals about the network of health services for the care of the elderly? What are the obstacles in the Health Care Network (HCN) for elderly care? It aims to develop the theoretical model of care for the elderly in the RAS that has guided the Family Health Strategy. The study was carried out qualitatively, adopting the Grounded Theory, by Strauss and Corbin, and as a theoretical framework, Symbolic Interactionism (SI). The individual interview was adopted as an instrument to apprehend the perception of health professionals about elderly care in the health services network in the city of Triângulo Mineiro region. With the help of ATLAS/ti 7.0 software, the open coding of the 44 interviews with professionals raised different codes that were grouped according to their similarity, giving rise to 387 preliminary codes, and categorized into fifteen subcategories and five categories. The theoretical model presented in this study consists of the representation of the phenomenon "Building the care network for the elderly, from the perspective of the FHS." The researcher randomly selected six health professionals who had expertise in the topic addressed to validate the theory. In a debate with the researcher, the participants reinforced the terms used and mentioned that the perception they had of the elderly care network related to their daily work. It can be seen with the construction of the theoretical model, that the professionals of the FHS do not follow a protocol of attendance in the net, that this is found defragmented and disarticulated. One of the main obstacles identified was communication between services and professionals, highlighting this fact as

something essential to be worked on. In this study, the development of the theoretical model may support the construction of a model of care for the elderly in the FHS, which more effectively considers the reality of health services and is focused on the demands, needs and rights of the elderly person in their life context.

Keywords: Elderly; Health Services; Grounded Theory; Primary Health Care

## RESUMEN

PIMENTA, S.H.S. **El cuidado del anciano en la red de salud sob la perspectiva de la Estrategia de Salud de la Familia: Modelo Teórico.** 2022.106f. Tese (Doutorado), Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Uberaba, 2022.

La integración de la red de servicios de salud es fundamental para dar continuidad de atención a la salud de los ciudadanos entre los diferentes niveles de atención. En este escenario, la Atención Primaria de Salud tiene un papel destacado, dado que es la organizadora de la red. Considerando que gran parte de la asistencia está dirigida a los ancianos, el presente estudio plantea las siguientes preguntas orientadoras: ¿Qué práctica de cuidado al anciano ha orientado a los profesionales de la Estrategia Salud de la Familia (ESF)? ¿Cuál es la comprensión de los profesionales de la ESF sobre la red de servicios de salud para el cuidado del anciano? ¿Cuáles son los obstáculos en la Red de Atención a la Salud (RAS) para el cuidado de los ancianos? Tiene como objetivo desarrollar el modelo teórico de atención al anciano en la RAS que ha orientado la Estrategia de Salud de la Familia. El estudio se realizó de forma cualitativa, adoptando la Grounded Theory (GT) , de Strauss y Corbin, y como marco teórico, el Interaccionismo Simbólico (IS). La entrevista individual fue adoptada como instrumento para aprehender la percepción de los profesionales de la salud sobre el cuidado de los ancianos en la red de servicios de salud de un municipio de la región del Triángulo Mineiro. Con la ayuda del software ATLAS/ti 7.0, la codificación abierta de las 44 entrevistas a profesionales planteó diferentes códigos que se agruparon según su similitud, dando lugar a 387 códigos preliminares, y categorizados en quince subcategorías y cinco categorías. El modelo teórico presentado en este estudio consiste en la representación del fenómeno “Construcción de la red de atención al anciano, en la perspectiva de la ESF”. El investigador seleccionó aleatoriamente a seis profesionales de la salud que tenían experiencia en el tema abordado para validar la teoría. En debate con la investigadora, los participantes reforzaron los términos utilizados y mencionaron que la percepción que tenían de la red de atención al anciano estaba relacionada con su trabajo diario. Se puede ver con la construcción del modelo teórico, que los profesionales de la ESF no siguen un protocolo de atención en la red, que ésta se encuentra desfragmentada y desarticulada. Uno de

los principales obstáculos identificados fue la comunicación entre servicios y profesionales, destacando este hecho como algo fundamental a trabajar. En este estudio, el desarrollo del modelo teórico podrá sustentar la construcción de un modelo de atención al anciano en la RAS, que considere de manera más efectiva la realidad de los servicios de salud y esté enfocado en las demandas, necesidades y derechos del anciano en su contexto de vida.

Palabras llave: Anciano; Servicios de la salud; Teoría Fundamentada; Primeros Auxilios

## LISTA DE FIGURAS E GRÁFICOS

Figura 1 – Componentes do Modelo de Atenção à Saúde Integral da Pessoa Idosa no SUS.....	23
Figura 2 – RAS de acordo com o referencial teórico de Mendes.....	25
Figura 3 - Etapas da TFD .....	42
Figura 4 – RAS de Uberaba e seus distritos sanitários.....	44
Figura 5 – População do estudo.....	50
Gráfico 1 – Nuvem de palavras.....	53
Figura 6 – Demandando atendimento na APS e AS.....	60
Figura 7 – Revelando as dificuldades/obstáculos para atendimento à pessoa idosa.....	61
Figura 8 – Operando a rede para o cuidado integral ao idoso.....	65
Figura 9 – Lidando com os diferentes saberes profissionais.....	68
Figura 10 – Assegurando o acesso da assistência ao idoso na rede.....	72
Figura 11 - Diagrama final do fenômeno em estudo .....	78

## LISTA DE QUADROS E TABELAS

Quadro 1 – Características centrais da TFD.....	38
Quadro 2 – Unidades de Saúde por distrito do município de Uberaba/MG.	46
Quadro 3 – Densificação das Categorias .....	54
Tabela 1 – Perfil dos participantes.....	57
Quadro 4 – Paradigma .....	76

## LISTA DE SIGLAS

AB	Atenção Básica
AC	Alta Complexidade
AE	Atenção Especializada
APS	Atenção Primária à Saúde
AS	Atenção Secundária
AT	Atenção Terciária
CAIS	Centro de Atenção Integral à Saúde
CAISM	Centro de Atenção Integral à Saúde da Mulher
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CAPSi	Centro de Atenção Psicossocial Infante Juvenil
CONASEMS	Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde
DCNT	Doenças Crônicas Não Transmissíveis
EMAD	Equipe Multiprofissional de Atenção Domiciliar
EMAP	Equipe Multiprofissional de Apoio
EPI	Equipamento de Proteção Individual
ESF	Estratégia Saúde da Família
FAEC	Fundo de Ações Estratégicas e Compensação
FUNEPU	Fundação de Ensino e Pesquisa de Uberaba
GT	Grounded Theory
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
MAC	Média e Alta Complexidade
MS/SAS	Ministério da Saúde/Secretaria de Atenção à Saúde
NASF	Núcleo Ampliado de Saúde da Família
OMS	Organização Mundial de Saúde
OPAS	Organización Panamericana de la Salud
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PDRS	Plano Diretor de Regionalização da Saúde
PMAQ-AB	Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica
PNI	Política Nacional do Idoso
PNSPI	Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa

PSF	Programa Saúde da Família
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
RAS	Rede de Atenção à Saúde
RUE	Rede de Urgências e Emergências
SAD	Serviço de Atendimento Domiciliar
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SES	Secretaria de Estado da Saúde
SIA	Sistema de Informações Ambulatoriais
SIDA/AIDS	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
SIH	Sistema de Informações Hospitalares
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SRT	Serviço de Residência Terapêutica
SUS	Sistema Único de Saúde
TFD	Teoria Fundamentada em Dados
UBS	Unidade Básica de Saúde
UER	Unidade Especializada em Reabilitação
UFTM	Universidade Federal do Triângulo Mineiro
UPA	Unidade de Pronto Atendimento
URS	Unidade Regional de Saúde
USF	Unidade Saúde da Família
UTI	Unidade de Terapia Intensiva



## SUMÁRIO

1	<b>INTRODUÇÃO</b> .....	17
2	<b>REVISÃO DA LITERATURA</b> .....	20
2.1	IDOSO: SAÚDE E SOCIEDADE.....	20
2.1.1	<b>Breve histórico dos direitos dos idosos</b> .....	20
2.1.2	<b>O envelhecimento e a saúde do idoso</b> .....	21
2.1.3	<b>Rede de serviços de saúde para idosos</b> .....	22
2.2	REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE .....	24
2.3	NÍVEIS DE ATENÇÃO À SAÚDE .....	26
2.3.1	<b>Nível de Atenção Primária em Saúde</b> .....	26
2.3.2	<b>Nível de Atenção Secundária em Saúde</b> .....	28
2.3.3	<b>Nível de Atenção Terciária em Saúde</b> .....	30
3	<b>OBJETIVO GERAL</b> .....	32
3.1	OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	32
4	<b>TRAJETÓRIA METODOLÓGICA</b> .....	33
4.1	TIPO DE ESTUDO.....	33
4.1.1	<b>Bases teórico-metodológicas</b> .....	33
4.1.1.1	<b>Interacionismo Simbólico</b> .....	34
4.1.1.2	<b>Teoria fundamentada em Dados</b> .....	36
4.1.1.2.1	<b>Teoria fundamentada em Dados – Vertente Relativista</b> .....	39
4.2	LOCAL.....	42
4.2.1	<b>Caracterização do cenário de pesquisa</b> .....	43
4.3	POPULAÇÃO DO ESTUDO .....	49
4.4	COLETA DE DADOS.....	50
4.5	CONSIDERAÇÕES ETICAS .....	51
4.6	ANÁLISE DOS DADOS .....	52
4.6.1	Codificação aberta.....	52
4.6.2	Codificação axial .....	53
4.6.3	Codificação integrativa .....	54
5	<b>VALIDAÇÃO</b> .....	56
6	<b>RESULTADOS</b> .....	57
6.1	<b>CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA</b> .....	57

6.2	CATEGORIZAÇÃO.....	58
6.2.1	Categoria 1 - Demandando assistência aos idosos .....	58
6.2.2	Categoria 2 - Revelando as dificuldades/obstáculos para o atendimento à pessoa idosa .....	60
6.2.3	Categoria 3 - Operando a rede para o cuidado integral ao idoso .....	64
6.2.4	Categoria 4 - Lidando com os diferentes saberes profissionais	67
6.2.5	Categoria 5 - Assegurando o acesso da assistência ao idoso na rede .....	71
6.3	O PARADIGMA E O DIAGRAMA FINAL.....	86
7	<b>DISCUSSÃO</b> .....	79
8	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	86
	REFERÊNCIAS .....	87
	APÊNDICE A.....	97
	APÊNDICE B.....	99
	APÊNDICE C.....	102

## 1 INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS) é um dos maiores e mais abrangentes sistemas de saúde pública do mundo, proporcionando ao cidadão brasileiro acesso integral, universal e gratuito, haja vista ser constituído por três princípios doutrinários: a integralidade, a universalidade e a gratuidade (BRASIL, 2017a).

A universalidade é o princípio no qual todos os cidadãos devem ter acesso aos serviços de saúde, enquanto a gratuidade é entendida como a ausência de custos ao cidadão no ato da prestação desses serviços, haja vista que o custo é assumido pelo governo federal, por meio do pagamento de impostos dos contribuintes.

Starfield (2002) e Machado *et al.* (2007), defendem que a integralidade pode ser assimilada a partir de diversos ângulos não excludentes entre si, podendo ser compreendida como “atendimento integral” ao cidadão, no qual o indivíduo é atendido como um todo, desde as ações assistenciais, preventivas e de promoção à saúde, extrapolando a estrutura organizacional hierarquizada.

Em outro aspecto, a integralidade também pode ser compreendida como a integração da rede de serviços de saúde, nos seus diferentes níveis assistenciais, que efetiva as ações de saúde e satisfaz o conjunto de cuidados demandados por um indivíduo, no qual se estabelecem articulações favorecedoras de uma “integralidade vertical”, ou seja a “passagem” do indivíduo entre os diferentes níveis de complexidade e competência de uma rede de serviços de saúde (MATTOS, 2004).

A integração desta rede de serviços de saúde é indispensável para prover a continuidade do cuidado à saúde do cidadão entre os diferentes níveis de complexidade e garantir a qualificação do serviço (FERREIRA *et al.*, 2017). Portanto, a fragmentação desta rede, descoordena a continuidade deste cuidado, refletindo diretamente na qualidade e nos fluxos assistenciais.

Neste cenário, a assistência à saúde do idoso deve tomar posição de destaque, tendo em vista que essa população tem crescido de forma substancial (CABRAL *et al.*, 2019). As estatísticas apontam que, em 2025, o Brasil será o sexto país no mundo com maior contingente populacional de idosos, compreendendo 15% da população brasileira (BRASIL, 2017a).

Em 19 de outubro de 2006, foi publicada a Portaria GM nº 2.528, definindo que a porta de entrada dos idosos ao sistema de saúde é a Atenção Básica (AB)/Saúde da Família ou Atenção Primária em Saúde (APS), ou seja, ela deverá ser a ordenadora da assistência ao idoso, tendo como referência a rede de serviços especializada de média e alta complexidade. Sendo assim, é primordial que a equipe multiprofissional da APS compreenda e efetive a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI), que tem por objetivo garantir a independência e autonomia dos idosos por meio de ações individuais e coletivas de saúde, de acordo com os princípios e diretrizes do SUS (BRASIL, 2006).

Segundo Mendes (2010, p. 229), “os sistemas fragmentados de atenção à saúde são aqueles que se organizam por meio de um conjunto de pontos de atenção à saúde isolados e incomunicados uns dos outros e que, por consequência, são incapazes de prestar uma atenção contínua à população”. Assim, além de ter a infraestrutura de saúde para o atendimento à população, é imprescindível a integração entre eles, a partir do conhecimento dos profissionais, de instrumentos tecnológicos de informação e comunicação, de elaboração de fluxos e protocolos assistenciais efetivos para a continuidade do cuidado.

Considerando que grande parte dos atendimentos na AB de saúde são destinados às pessoas idosas, os profissionais da APS, como ordenadores da rede, são peças-chave para que o idoso tenha fluidez no seu atendimento de modo integral, nos diferentes níveis assistenciais demandados. Para que isso aconteça é premissa que esses profissionais detenham o conhecimento do funcionamento desta rede, bem como tenha a coordenação deste cuidado.

No entanto, é preciso reconhecer se existe verdadeiramente uma rede de atendimento por parte desses profissionais, a maneira como se articulam ou não, e suas causas, determinam o encaminhamento da pessoa idosa na prestação de sua assistência.

Assim, o presente estudo levanta as seguintes perguntas norteadoras: Que prática de assistência ao idoso tem orientado os profissionais da Estratégia Saúde da Família (ESF)? Qual o entendimento dos profissionais da ESF sobre a rede de serviços de saúde para a assistência ao idosos? Quais são os entraves na Rede de Atenção em Saúde (RAS) para atendimento ao idoso?

Conhecer o entendimento da equipe da ESF sobre a assistência ao idoso na

rede de serviços de saúde é etapa primordial para planejar ações que melhorarão a continuidade do seu cuidado. Ela é uma estratégia relevante para enfrentar e propor ações sobre o impacto que as lacunas dos serviços de saúde ou sua falta de integração impõem à população acima de 60 anos.

Vale ressaltar que o modelo de atenção de trabalho em rede, proposto pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2014b), considera a APS como ordenadora do cuidado, portanto deve garantir o cuidado contínuo da pessoa idosa no SUS e favorecer o fortalecimento da articulação entre os diferentes pontos de atenção.

Considera-se uma escassez de investigações sobre a integração dos serviços de saúde para a assistência aos idosos. Essa carência de estudos na área, pode ser devido à contemporaneidade da temática de Redes de Atenção à Saúde, o que se traduz principalmente no número maior de pesquisas de 2017 em diante. Um estudo publicado por Pimenta e Rodrigues (2021), evidencia essa escassez, após revisão nas bases de dados LILACS, PUBMED, CINAHL e Scielo, nas línguas inglês, espanhol e português, as autoras encontraram apenas 13 artigos sobre RAS, entre 2015 e 2020.

Tão importante quanto conhecer os serviços de saúde disponibilizados pelo município para os idosos, é compreender o funcionamento dessa rede de atendimento a partir da perspectiva do profissional que está inserido nela, que vivencia as possíveis fragilidades, lacunas, potencialidades e caminhos para a condução dos pacientes. Sendo a AB a ordenadora do cuidado dentro de uma rede de atendimento, os profissionais da ESF são atores de destaque para o seu funcionamento. Desta forma, desenvolver um modelo teórico da assistência ao idoso na RAS sob a ótica da ESF, poderá elucidar se a RAS funciona na prática como se apresenta na literatura, e se ao contrário, quais as condições, causalidades, que levam a um funcionamento diferente do exposto na literatura, e as consequências das ações tomadas.

Ante ao exposto justifica-se a necessidade proposta no presente estudo, que tem como objetivo desenvolver o modelo teórico de assistência ao idoso na RAS que tem orientado a ESF de Uberaba-MG, que, posteriormente, poderá fundamentar ações públicas para a melhoria da assistência em saúde do município, embasar a criação de um modelo de cuidado ao idoso na RAS, bem como estimular a produção científica nacional dessa temática, gerar conhecimento e subsídios para

revisão das práticas em saúde e sensibilização dos profissionais.

## **2 REVISÃO DA LITERATURA**

### **2.1 IDOSO: SAÚDE E SOCIEDADE**

#### **2.1.1 Breve histórico dos direitos dos idosos**

O crescente aumento da população idosa no mundo, a mudança do seu lugar na sociedade, na qual eram considerados sábios e experientes e passaram a ser vistos como pouco ativos e desvalorizados ante a uma sociedade cada vez mais voltada para o capitalismo e para a força de produção jovial, foi necessário minimizar os danos inerentes a essa depreciação, por meio de políticas públicas para garantir a proteção aos direitos dos idosos.

No final da década de 70 foi convocada uma Assembleia Geral da Organização das Nações Unidas (ONU) para a discussão das políticas públicas e programas sociais para a população idosa, iniciando um importante marco sobre essa temática em nível internacional (GOLDMAN, 2006).

Em 1982, foi convocada a Primeira Assembleia Mundial sobre o Envelhecimento, na qual foi elaborado o Plano de Ação Internacional de Viena sobre o Envelhecimento, que abarcava assuntos sociais, educação, meio ambiente, seguridade e de saúde. Outra ação importante foi em 1999, no qual foi instituído mundialmente o Dia do Idoso, como 1º de outubro, com o intuito de conscientização sobre o tema “Uma sociedade para todas as idades”. Em 2002, continuando os debates sobre o envelhecimento foi convocada a Segunda Assembleia Mundial sobre o Envelhecimento (ONU, 2002).

No Brasil, com a Constituição Federal de 1988, foram assegurados alguns direitos dos idosos. Segundo Dias (2016), a Constituição passou a assegurar a especial proteção ao idoso, sendo dever do Estado, da família e da sociedade garantir-lhe o direito à vida digna.

Um dos marcos principais na política de proteção aos idosos foi a instituição da Lei 8.842/94, que dispõe sobre a Política Nacional do Idoso (PNI) e cria o Conselho Nacional do Idoso. Entretanto, somente em 1999 que a temática sobre o envelhecimento saudável passou a ser contemplada, por meio da Portaria 1.395

(BRASIL, 1994;1999).

Outro avanço brasileiro foi a criação do Estatuto do Idoso, instituído pela Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003 e atualizada em 2013, que garante os direitos fundamentais dos idosos, especialmente sobre saúde, bem-estar e dignidade (BRASIL, 2013).

Em fevereiro de 2006, foi publicado a Portaria/ GM nº 399, que dispõe sobre o Pacto pela Saúde. Esta portaria estabelece as seis prioridades pactuadas entre as esferas Federal, Estadual e Municipal de gestão, e a Saúde do Idoso estava entre elas, com a finalidade de implementar diretrizes norteadoras para reformulação da Política Nacional de Atenção à Saúde do Idoso (BRASIL, 2006a).

Em 2006, outro progresso brasileiro merece destaque, com a publicação da Portaria nº 2.528 de 19 de outubro de 2006, foi aprovada a PNSPI com o intuito de promover, manter e recuperar a autonomia e independência, com medidas individuais e coletivas de saúde, da população com 60 anos ou mais (BRASIL, 2006).

### **2.1.2 O envelhecimento e a saúde do idoso**

O envelhecimento populacional já é uma realidade em todo o mundo. Segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas (IBGE), a população idosa, com 60 anos ou mais, superará a população com até 14 anos, em 2030. Isso é decorrente da redução das taxas de fecundidade, mortalidade e aumento da expectativa de vida (IBGE, 2013).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) define o envelhecimento saudável como o “processo de desenvolvimento e manutenção da capacidade funcional que permite o bem-estar na idade avançada” (OMS, 2015, p.13).

No que tange a saúde da população, é possível observar a transição entre a diminuição das doenças infectocontagiosas e aumento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT). Nesse cenário, a população idosa se apresenta demandando mais dos serviços de saúde.

O atendimento ao idoso deve compreender as dimensões clínica, mental e funcional. Considerando que o perfil epidemiológico da população idosa é caracterizado pelo predomínio de condições crônicas, prevalência de alta

mortalidade e pela morbidade por condições agudas decorrentes de causas externas e agudizações de condições crônicas, a avaliação global contribui na identificação de suas necessidades e na estratificação do seu risco (BRASIL, 2014b).

O controle e prevenção das DCNT está intimamente atrelado ao estilo de vida do idoso. Portanto cabe aos profissionais contribuírem para que o idoso se responsabilize para o autogerenciamento de sua saúde, adquirindo um estilo de vida saudável (TAVARES, 2017).

Entretanto, além do cuidado individual do idoso, é imprescindível a existência de uma rede de serviços de saúde nos diferentes níveis de densidade tecnológica para apoio ao seu atendimento.

Sendo assim, os serviços de saúde possuem vários desafios a serem superados a fim de garantir o atendimento a essa população na busca de um envelhecimento ativo e saudável, principalmente no âmbito da APS, que é a porta de entrada dos serviços de saúde e local instituído para a promoção da saúde e prevenção de doenças (SILVA, 2018).

### **2.1.3 Rede de serviços de saúde para idosos**

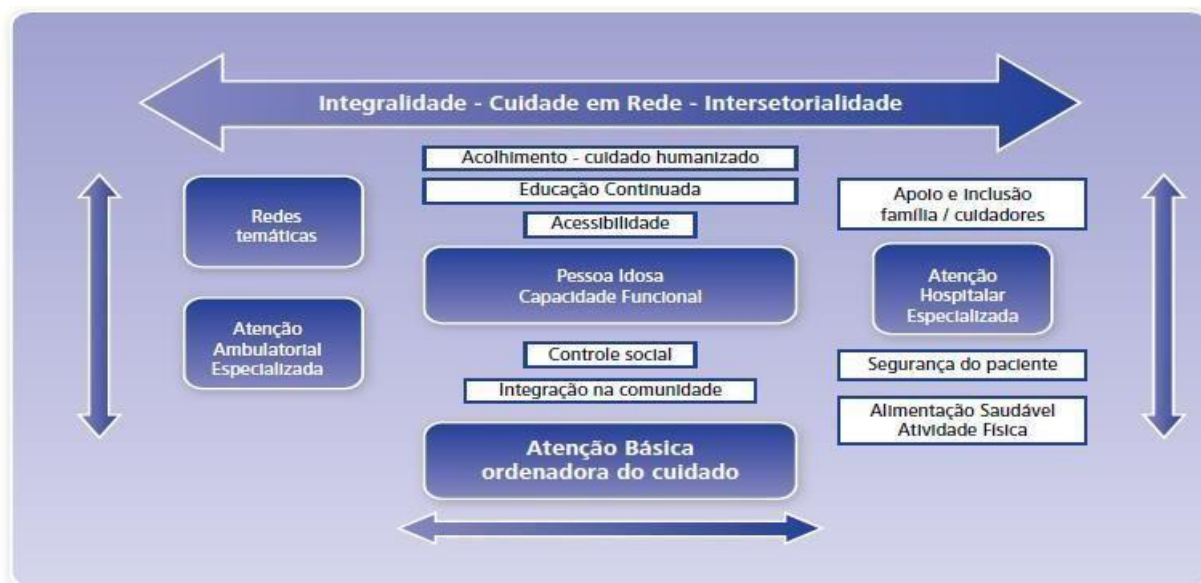
A pessoa idosa deve estar sempre vinculada à APS, independente de precisar dos outros níveis de atenção, e ser contrarreferenciada para o acompanhamento do seu caso, quando necessário.

No âmbito federal, o MS implantou a Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa, cujo preenchimento permite o registro e acompanhamento do idoso e distribuiu o Caderno de Atenção Básica sobre Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa, que visa qualificar os profissionais de saúde (BRASIL, 2014a).

O modelo de atenção disponibilizado pelo Ministério da Saúde, considera o atendimento do idoso em rede, na qual a APS é ordenadora do cuidado, conforme Figura 1.



Figura 1 – Componentes do Modelo de Atenção à Saúde Integral da Pessoa Idosa no SUS



Fonte: Coordenação de Saúde da Pessoa Idosa/DAET/SAS/MS 2013, p.27.

Em 2018, o MS publicou as orientações técnicas para a implementação da linha de cuidado para a atenção integral à saúde da pessoa idosa, para nortear estados e municípios na implementação de uma linha de cuidados aos idosos (BRASIL, 2018).

No âmbito estadual, em 2010, o Estado de Minas Gerais, por meio da Resolução nº 2.603, dispôs sobre o Programa Mais Vida, da Rede de Atenção à Saúde do Idoso que, dentre outras ações, instituiu os Centros Mais Vida, que são unidades de referência para atendimento à Saúde do Idoso (MINAS GERAIS, 2010b).

Com o objetivo de atendimento especializado, os Centros Mais Vida tinham o propósito de fazer parte da rede estadual de atendimento ao idoso, na qual seria instalado uma unidade por macrorregião de Minas Gerais, entretanto o projeto foi apenas implementado em Belo Horizonte, Juiz de Fora e Montes Claros (BRASIL, 2019).

Tanto Estado como Governo Federal estabeleceram orientações técnicas para o atendimento do idoso em RAS, que devem ser formadas de acordo com os serviços disponibilizados em cada região.

## 2.2 REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE

As RAS foram conceituadas por meio da Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010, que estabelece diretrizes para sua organização, no âmbito do SUS: “são arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado” (BRASIL, 2010, p.2).

Desta forma, as RAS têm como características a formação de relações horizontais entre todos os pontos de atenção em saúde, garantindo a integralidade do cuidado, e tem a APS como ordenadora da rede.

As propostas das RAS são recentes, tendo origem nas experiências de sistemas integrados de saúde, surgidas na primeira metade dos anos 90, nos Estados Unidos, se estendendo à Europa Ocidental e Canadá, e posteriormente, alguns países em desenvolvimento, como o Brasil. Shortell (1993), nos Estados Unidos, propôs a superação da fragmentação dos serviços de saúde por meio de sistemas integrados de serviços, ideia esta, que foi também desenvolvida no Canadá (EVANGELISTA *et al.*, 2019).

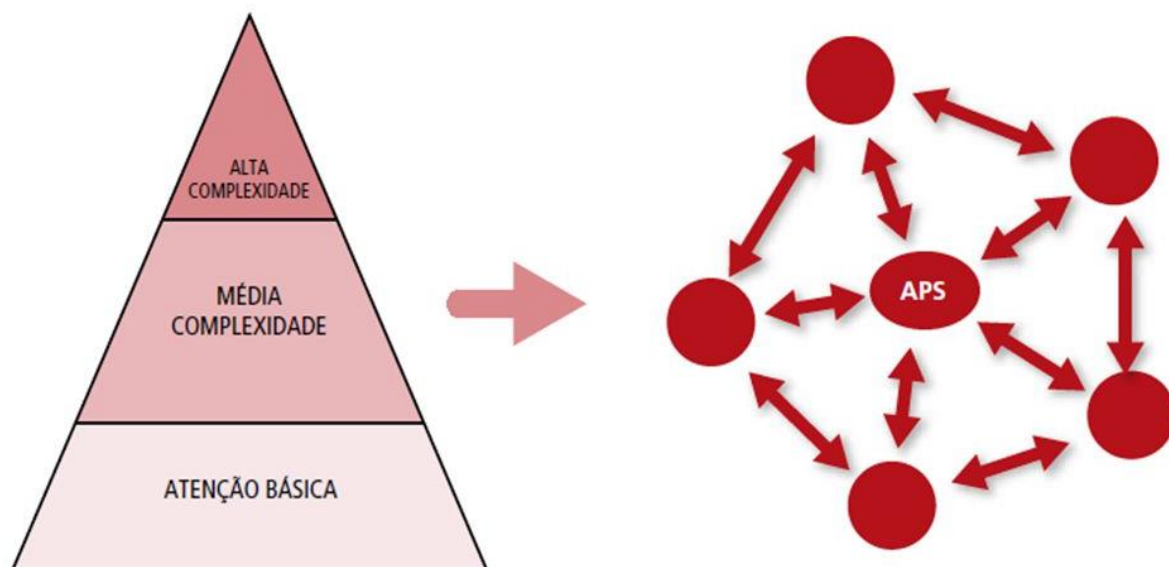
Segundo Mendes (2011), as RAS podem ser definidas como uma rede de serviços com o objetivo de oferecer atendimento equitativo e integral à população, combinando a concentração e a dispersão de determinados serviços de saúde dentro de um território (regionalização), embasando-se para isso na economia de escala, grau de escassez de recursos e acesso.

De acordo com Eugenio Vilaça Mendes (2014, p. 39) “o primeiro elemento das RAS, e sua razão de ser, é uma população, colocada sob sua responsabilidade sanitária e econômica.” Além disso o autor destaca que:

o segundo elemento constitutivo das RAS é a estrutura operacional [...] define como componentes estruturais transversais, a APS, os pontos de atenção secundários e terciários, os sistemas logísticos (sistemas de identificação e acompanhamento dos usuários, centrais de regulação, registro eletrônico em saúde e sistema de transporte sanitário), os sistemas de apoio (sistema de apoio diagnóstico e terapêutico, sistema de assistência farmacêutica e sistemas de informação em saúde) e o sistema de governança. É fundamental que na implementação das RAS todos esses elementos sejam considerados. (MENDES, 2014, p. 40).

A RAS pode ser exemplificada por meio da imagem abaixo.

Figura 2 – RAS de acordo com o referencial teórico de Mendes



Fonte: Mendes (2011).

Destarte, a dinâmica das RAS necessita estar articulada e desenvolvida com a cooperação entre todos os serviços e instituições de saúde, a fim de garantir o direito do usuário alcançando assim, a interconexão e integração dos princípios doutrinários, filosóficos e organizacionais do SUS (WEYKAMP *et al.*, 2019).

Nesse contexto, pode-se citar os conceitos abordados nos estudos organizacionais, relacionados ao rizoma de Deleuze e Guattari. De acordo com Barreto, Carrieri e Romagnoli (2020, p. 1) é “um conceito filosófico que abre perspectivas para a compreensão da vida - em um sentido mais amplo - levando em conta a complexidade que lhe é inerente”.

As contribuições filosóficas de Deleuze e Guattari podem revelar-se produtivas quando pensamos na pesquisa no campo dos Estudos Organizacionais, em especial no que tange às investigações empíricas (BARRETO; CARRIERI; ROMAGNOLI, 2020).

Contudo, o cenário brasileiro é marcado por profundas desigualdades territoriais e pela atuação independente das esferas governamentais, dificultando o estabelecimento de uma única autoridade sanitária nas regiões de saúde. A

regionalização tem sido condicionada pela correlação de forças políticas, diferentes atores (governamentais e não governamentais; públicos e privados), que viabilizam o acesso aos serviços de maior densidade tecnológica (PADILHA *et al.*, 2019).

A regionalização da saúde no Brasil tem acontecido para atendimento a interesses de teor municipalista, político-partidário, econômico, privatista e não necessariamente convergentes (Casanova *et al.*, 2017).

Este é um desafio a ser superado. Para isso, é necessário experimentar-se arranjos institucionais que integrem aquilo que foi historicamente fracionado (CAMPOS, 2014).

Moreira, Ferré e Andrade (2017) reforçam o estabelecido na Constituição Federal em que as ações e os serviços públicos de saúde devem integrar uma rede regionalizada e hierarquizada, constituindo um sistema único, descentralizado e financiado pelas três esferas federadas. Sendo assim, as estratégias de financiamento, descentralização e regionalização são imperativas, uma vez que o financiamento, ainda que em níveis satisfatórios e em proporções justas entre entes, se não for pautado por critérios de alocação redistributivos (descentralização) e por um planejamento com ordenamento territorial de base regional (regionalização), não é capaz de superar as barreiras inerentes às profundas desigualdades que marcam o panorama brasileiro.

Os desafios relacionados ao financiamento, à descentralização e à regionalização impulsionaram a implantação das RAS em torno de prioridades estabelecidas, em redes temáticas, como a Rede Cegonha, Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUES), Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), Rede de Cuidado às Pessoas com Deficiências e Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas (MINAS GERAIS, 2010a).

## 2.3 NÍVEIS DE ATENÇÃO À SAÚDE

A RAS é dividida em diferentes níveis assistenciais, nos quais estão abarcados a complexidade do atendimento prestado, bem como sua densidade tecnológica.

### 2.3.1 Nível de Atenção Primária em Saúde

A APS é estruturada como primeiro nível de atenção e porta de entrada do sistema. É constituída por equipe multidisciplinar que tem por objetivo atender toda uma população adscrita, integrando, coordenando o cuidado, e atendendo as suas necessidades de saúde, utilizando-se de tecnologias de baixa densidade. Cabe destaque à função resolutiva dos cuidados primários sobre os problemas mais comuns de saúde e, a partir dos quais, se realiza e coordena o cuidado em todos os pontos de atenção. Sendo assim, a APS tem função coordenadora e ordenadora do cuidado dentro de uma RAS (BRASIL, 2010).

Foram várias tentativas, desde 1920 até os dias atuais para organizar a APS. Entretanto o marco mais relevante ocorreu a partir da criação do PSF, que, posteriormente, devido suas potencialidades foi alterado, em 1994, para ESF, no qual somou-se o Programa Agente Comunitário de Saúde (PACS), com o propósito de dar continuidade à expansão do acesso, consolidar a municipalização e coordenar a integralidade da assistência. Assim, fortalecer os princípios doutrinários do SUS, propondo mudanças na hegemonia do modelo hospitalocêntrico no qual os cidadãos estavam inseridos (BRASIL, 1997; MENDES, 2012; PAIM, 2012).

A ESF fundamenta-se em princípios norteadores como a centralidade na pessoa/família, no vínculo com o cidadão, na integralidade e na coordenação da atenção, na articulação à rede assistencial, na participação social e na atuação intersetorial (ARANTES; SHIMIZU; MERCHAN-HAMANN, 2016). Como primeiro nível de atenção presta atendimento à pessoa e à coletividade, abrangendo a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde (BRASIL, 2010).

Integrando o trabalho da APS, existem os Núcleos Ampliados de Saúde da Família (NASF) formados por equipe multiprofissional, podendo conter médicos, psicólogos, fisioterapeutas, assistentes sociais, farmacêuticos, fonoaudiólogos, nutricionistas, terapeuta ocupacional dentre outras categorias profissionais. Ainda como apoio à APS, tem-se o Programa Melhor em Casa e Consultório na Rua com o propósito de ampliar a assistência às pessoas que necessitam de atendimento domiciliar e àquelas que estão em situação de rua.

Segundo a OMS (2008), um sistema de APS incapaz de gerenciar com eficácia quadros crônicos de doenças, a citar diabetes, hipertensão, Síndrome da

Imunodeficiência Adquirida (SIDA/AIDS) e a depressão irá tornar-se obsoleto em pouco tempo. Atualmente, tais condições são responsáveis por 60% de todo o ônus decorrente de doenças no mundo. No corrente ano, são responsáveis por 80% da carga de doença dos países em desenvolvimento. Posto isso, a APS deve estar capacitada para o cuidado ao atendimento às condições crônicas, a fim de controlar as doenças/agravos de maior relevância.

Como forma de avaliar o cuidado propiciado pela APS, o Ministério da Saúde, criou o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), cujo primeiro ciclo teve início em 2012. Esse programa tinha por objetivo utilizar-se de incentivos financeiros para produzir mudanças nas condições de infraestrutura e funcionamento das unidades básicas de saúde (UBS's), qualificar o acesso e o processo de trabalho na AB (BRASIL, 2012).

Entretanto, em 2019, foi instituído novo programa de financiamento da APS, denominado Previne Brasil, por meio da Portaria 2.979 de 12 de novembro de 2019, que vincula o recebimento de recursos ao desempenho assistencial das equipes, a ampliação do horário de atendimento das UBS's (Programa Saúde na Hora), a informatização da APS (Programa Informatiza APS), equipes de odontologia, dentre outros.

Neste contexto, o modelo da ESF na APS é um dos alicerces de atendimento no SUS.

### **2.3.2 Nível de Atenção Secundária em Saúde**

O segundo nível assistencial de saúde é caracterizado pelo atendimento de densidade tecnológica intermediária, historicamente denominado de atendimento de média complexidade, ou seja, intermediário entre o atendimento primário e terciário. Segundo Brasil (2010), os serviços de APS devem ser apoiados e complementados por pontos de atenção de diferentes densidades tecnológicas para a realização de ações, no lugar e tempo certo. Estes serviços compreendem o atendimento especializado em ambulatórios e hospitais, além dos apoios diagnósticos e terapêuticos como os exames de patologias clínicas, de imagens, a assistência farmacêutica e os sistemas de informação de saúde.

O termo Atenção Secundária (AS) teve sua origem há 100 anos e apareceu

pela primeira vez no informe Dawson, Inglaterra, que apresentava as expressões atenção primária e secundária, como sendo “níveis de atenção em um sistema de saúde, necessário para proporcionar de forma sistemática os serviços de saúde que deveriam estar à disposição dos habitantes de uma determinada região” (OPAS, 1962).

Segundo Erdmann (2013), os tipos de atendimentos realizados na AS compreendem consultas em cirurgias especializadas em ambulatórios e hospitais, tanto de especialidades médicas quanto odontológicas, atendimentos de urgência e emergência, realizados pelo Serviço Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) e Unidades de Pronto Atendimento (UPA's), atendimentos em saúde mental e exames de apoio diagnóstico e terapêutico.

De acordo com Rocha (2014), a AS deve corresponsabilizar-se junto aos demais níveis assistenciais, pelos usuários, cumprindo o seu dever de garantir retaguarda assistencial e consultoria em saúde com a APS, fundamentando um vínculo aos processos cuidadores.

Sendo assim, a AS além de ser uma forma de acesso a serviços de especialidades de saúde, também se configura como uma instância de educação permanente dos profissionais da APS, por meio do matriciamento das ESF para aumento de sua resolutividade (FONSECA, 2019).

Ademais, o papel da AS, não é somente complementar a assistência de saúde oferecida pela APS, mas também oferecer serviços e ações voltados a parcela da população portadora de condições crônicas que já se encontra em alto ou muito alto risco, a fim de minimizar possíveis complicações (OMS, 2003; ERDMANN, 2013).

Nessa perspectiva, algumas ferramentas podem ser utilizadas para viabilizar essa integração entre APS e AS, como por exemplo, os prontuários eletrônicos integrados e a telemedicina. Segundo Piropo e Amaral (2015) e Nunes *et al.* (2016), a telemedicina possibilita a interação entre diferentes serviços e níveis de atenção à saúde, e pode ser aplicada em serviços de saúde como teleconsultorias, teleeducação, videoconferências e o telediagnóstico, adequando-se às necessidades e aos recursos disponíveis.

A média complexidade no SUS está inserida num contexto de grande demanda de produção e expressividade nos gastos em saúde. A visão fragmentada

do sistema, com a produção e o financiamento centrados em procedimentos, são também fatores que interferem no desempenho da média complexidade (LIEBEL *et al.*, 2018).

Nesse sentido, organizar a oferta e a demanda aos procedimentos de média complexidade é necessário, uma vez que um sistema de pagamento fortemente centrado no pagamento por procedimentos, sinaliza para os prestadores de serviços que ofereçam mais serviços e serviços mais caros para maximizar seus investimentos (MENDES, 2011).

Segundo Gomes, Moura e Aguiar (2012), o acesso à Atenção de Média Complexidade configura-se um importante desafio para a garantia da integralidade da atenção no SUS. Isso engloba a transposição de diversos obstáculos como a desintegração e desarticulação entre os níveis de atenção, a precariedade na oferta e qualidade dos serviços, o subfinanciamento e a fragilidade na gestão das filas de espera. Portanto a eficiência e a racionalidade na aplicação destes recursos fazem-se imperativas.

### **2.3.3 Nível de Atenção Terciária em Saúde**

A Atenção Terciária (AT), também conhecida como alta complexidade (AC), constitui-se de um conjunto de procedimentos de elevada especialização, alta densidade tecnológica e/ou alto custo. Em 2002, estava conformada por 10 áreas, a citar oncologia, cardiologia, neurocirurgia, epilepsia, gastroplastia, queimados, implante coclear, labiopalatal, ortopedia e Unidade de Terapia Intensiva (UTI) – é estruturada mediante portarias específicas para cada área, que normatizam e determinam os critérios para habilitar (credenciar) um hospital / serviço para prestar essa assistência ao SUS (BRASIL, 2007).

No material de apoio conhecido como O SUS de A a Z, fornecido pelo Ministério da Saúde e construído conjuntamente pelo Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS), a alta complexidade é definida como um “conjunto de procedimentos que, no contexto do SUS, envolve alta tecnologia e alto custo, objetivando propiciar à população acesso a serviços qualificados, integrando-os aos demais níveis de atenção à saúde” (BRASIL, 2009, p.18).



A organização do sistema de AC em redes tem um importante significado na área da assistência de alta complexidade, uma vez que esses serviços não estão disponíveis em todos os municípios, sendo um atendimento totalmente referenciado (BRASIL, 2017b).

Os procedimentos de média e de alta complexidade são financiados com recursos do teto de custeio de serviços de Média e Alta Complexidade (MAC) e, também, pelo Fundo de Ações Estratégicas e Compensação (FAEC), conforme o atributo de nível de complexidade e forma de financiamento definido para cada procedimento da tabela do Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA), de acordo com a Portaria MS/SAS nº 224/2003 e pela tabela do Sistema de Informações Hospitalares (SIH) (BRASIL, 2007). Os serviços que dependem de alta densidade tecnológica ocorrem dentro de instituições hospitalares ou clínicas altamente especializadas e possuem um custo muito elevado.

Conforme o proposto pelo SUS, a alta complexidade de assistência à saúde necessitaria atender 15% a 20% da demanda de usuários. Entretanto, por conta do pensamento hegemônico dos atores de saúde (usuários, profissionais e gestores), a solução dos problemas dessa área está centralizada em grandes centros tecnológicos, sendo assim, ainda é um desafio a ser enfrentado, a mudança do modelo hospitalocêntrico para um modelo de integração de rede entre os distintos níveis assistenciais (CECÍLIO, 1997).

### **3 OBJETIVO GERAL**

Desenvolver o modelo teórico de assistência ao idoso na RAS que tem orientado a Estratégia Saúde da Família.

#### **3.1 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- 1 Compreender a assistência ao idoso na RAS na perspectiva de profissionais da saúde da ESF.
- 2 Aprender o entendimento dos profissionais da ESF sobre a rede de serviços de saúde para a assistência ao idoso.
- 3 Identificar os entraves para a efetivação da assistência ao idoso na rede de serviços de saúde.

## **4 TRAJETÓRIA METODOLÓGICA**

### **4.1 TIPO DE ESTUDO**

O estudo foi realizado na vertente qualitativa, adotando-se a Teoria Fundamentada em Dados (TFD) ou Grounded Theory (GT), de Strauss e Corbin, e como referencial teórico, o Interacionismo Simbólico (IS). Foi adotado como instrumento, a entrevista individual para a apreensão da percepção dos profissionais sobre a assistência ao idoso na rede de serviços de saúde no município de Uberaba (APÊNDICE A).

A metodologia qualitativa tem como premissa buscar explicações para questões nas quais não se pode quantificar ou generalizar, amparando-se no universo amplo dos significados, valores, crenças, atitudes, em um espaço mais profundo das relações, processos e fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis, permitindo, assim, a avaliação de fenômenos (visíveis ou ocultos), que são imensuráveis, mas que possuem características dos “fatos humanos” (MINAYO, 2002; FLICK, 2009; MUCCHIELLI, 1991).

Segundo Gil (2010), a pesquisa qualitativa favorece o aprofundamento da temática e o desenvolvimento do conhecimento científico, uma vez que por meio desse tipo de pesquisa é possível descrever os fenômenos que são impregnados de significados singulares e subjetivos.

Para Marcus e Liher (2001), a abordagem qualitativa abarca a totalidade dos seres humanos, abordando-os como seres únicos com significados próprios às suas experiências provenientes do contexto da vida.

Segundo Minayo (2010, p.57), “as abordagens qualitativas se conformam melhor a investigações de grupos e segmentos delimitados e focalizados, de histórias sociais sob a ótica dos atores, de relações e para análise de discursos e de documentos”.

#### **4.1.1 Bases Teórico-Metodológicas**

Esse tópico foi especialmente detalhado neste estudo, tendo em vista a necessidade de melhor compreensão da metodologia qualitativa aplicando-se a TFD e utilizando-se como referencial teórico, o Interacionismo Simbólico (IS).

Pretende-se com esta explanação, que possa-se ter maior entendimento sobre a TFD e o IS, e assim compreender de forma clara o produto final deste percurso metodológico, que é a criação de um modelo teórico sobre a assistência ao idoso na RAS de Uberaba-MG, na perspectiva da ESF.

#### 4.1.1.1 O Interacionismo Simbólico

O IS entende que a conduta humana é uma resposta aos estímulos do ambiente, ou seja, após reflexão e observação das pessoas e coisas à sua volta, o indivíduo atribui significados às ações dos outros e delinea sua ação seguindo sua própria interpretação (BLUMER, 1969).

Sendo assim, é permitido ao pesquisador compreender o significado simbólico do que foi coletado, ou seja, ele passa a entender o mundo a partir da perspectiva do sujeito (SANTOS; NÓBREGA, 2002). Dessa maneira, esse referencial vem ao encontro desta pesquisa, haja vista que a assistência ao idoso é construída por diferentes profissionais, que tem suas ações executadas de acordo com o significado que o cuidado ao idoso tem para eles próprios, sendo ainda, influenciados pelo modo que definem a situação que vivenciam e pela maneira que interagem com outros profissionais e com a RAS.

O IS teve sua origem nos pensamentos de clássicos da Sociologia, merecendo destaque, George Herbert Mead, pela formulação dos princípios metodológicos da Interação Simbólica, e seu aluno e seguidor, Herbert Blumer, por trazer à luz a interpretação sistemática dos pressupostos básicos da obra de seu mestre (CHARON, 1989; HAGUETTE, 1990; HERMAN; REYNOLDS, 1994).

Segundo Blumer (1969) e Charon (1989), o IS focaliza a natureza da interação entre os seres humanos mediados pela sociedade, em vez de dar destaque ao indivíduo e suas características de personalidade, ou em como a estrutura social ou situação social causa o comportamento individual. O IS focaliza a dinâmica da atividade social acontecendo entre as pessoas. Desta maneira, o indivíduo é compreendido agindo no presente, pela interação que está acontecendo no momento, onde suas interpretações e perspectivas são construídas.

Em sua perspectiva teórica, o IS compreende a sociedade, a realidade e o indivíduo por meio da interação a partir da utilização da linguagem e a

comunicação. Desta forma, pressupõe que a interação é essencialmente dinâmica e interpretativa, e trata-se de como as pessoas criam, representam e alteram os significados e ações (CHARMAZ, 2009).

De acordo com Blumer (1969), o IS é baseado em 3 premissas:

- o ser humano age em relação às coisas com base no significado que estas têm para ele, desde objetos físicos até ideias e perspectivas;
- o significado destas coisas derivam da interação social que o indivíduo estabelece com seus semelhantes;
- os significados, ou sentidos, são manipulados e modificados pelo indivíduo por meio de sua própria interpretação ao lidar com as situações ou objetos com que ele se depara.

Para a compreensão dessas premissas e do fenômeno em estudo, é fundamental apreender os conceitos de símbolo, self, mente, assumir o papel do outro, linguagem e interação social (CHARMAZ, 2009).

#### a) Símbolo

Os símbolos são o que vemos e como interpretamos, sem eles, os seres humanos não poderiam interagir uns com os outros. São considerados objetos sociais usados pelo ator para representação e comunicação (CHARON, 2010; SANTOS; NÓBREGA, 2002).

#### b) Self

Representa um processo social analítico interior ao indivíduo, é essencialmente reflexivo e possibilita a vida mental ao indivíduo (CHARON, 1989).

#### c) Mente

De acordo com Blumer (1969), a mente é entendida como um processo de interação do indivíduo consigo mesmo, a partir da utilização de símbolos significantes.

#### d) Assumir o papel do outro

Capacidade de se colocar no lugar do outro, antecipando como esse outro

irá pensar, agir e reagir (CARVALHO *et al.*; 2007).

e) Linguagem

É por meio da linguagem que o indivíduo se integra à sociedade e a interage (DUPAS; OLIVEIRA; COSTA; 1997).

f) Interação social

Para Blumer (1969), a interação se dá, quando os indivíduos buscam compreender e interpretar a ação do outro.

Ao interagir, os seres humanos tornam-se objetos sociais uns para os outros; usam símbolos, direcionam o self, engajam-se na ação da mente, tomam decisões, mudam as direções, compartilham perspectivas, definem a realidade e a situação e assumem o papel do outro (CHARON, 2010; DUPAS; OLIVEIRA; COSTA, 1997).

No que concerne ao objeto deste estudo, a perspectiva do Interacionismo Simbólico pode auxiliar a compreender os elementos presentes na construção e na qualificação da assistência prestada ao idoso na RAS, haja vista que essa é construída por diferentes profissionais, em distintos cenários, existindo um dinamismo de relações entre eles.

#### 4.1.1.2 A Teoria Fundamentada nos Dados

A TFD ou GT é um método indutivo-dedutivo no qual produz-se conceitos a partir de dados, buscando compreender as interações entre as pessoas inseridas em determinado contexto social (CRESWELL, 2014).

Foi criado por Glaser e Strauss na década de 60, no qual a partir da coleta e análise de dados de maneira sistemática e contínua é possível gerar e verificar resultados. O resultado desse processo é um modelo descritivo, que permite compreender como e porquê os indivíduos adotam a prática de um comportamento e que corresponde exatamente ao que é questionado aos participantes do estudo (MELLO, CUNHA, 2010; BIDDLE, NIGG, 2000). À vista disso, o objetivo da TFD é gerar uma teoria em vez de verificar uma já existente (GLASER; STRAUSS, 1976).

Entretanto, ocorreu uma ruptura entre os autores. Glaser passou a

entender a TFD na sua abordagem primária, não considerando outros procedimentos analíticos, baseando-se no empirismo objetivo da sua investigação, enquanto Strauss era mais flexível, entendendo que a criatividade do pesquisador lhe permitia utilizar outros meios e tecnologias para conduzir a investigação, como a descrição interpretativa dos dados (TAROZZI, 2011; SANTOS *et al.*, 2016).

A partir daí, diferentes leituras da TFD foram realizadas e estudadas por pesquisadores, desenvolvendo então, três vertentes dessa teoria, a citar, a TFD clássica (ou glaseriana) de Barney Glaser; a straussiana (denominada também de relativista ou subjetiva) que tem como representantes Anselm Strauss e Juliet Corbin e a construtivista, de Kathy Charmaz (KOERICH, *et al.*, 2018).

Glaser afirma que o pesquisador deve delimitar o contexto e entrar no campo sem uma questão de pesquisa definida, permitindo, desta forma, que o fenômeno a ser estudado seja inteiramente fiel à realidade dos sujeitos envolvidos (BANDEIRA DE MEL CUNHA, 2010).

Desta forma, defende a linha da TFD ser autossuficiente para desenvolver uma teoria, haja vista que esta emerge dos dados. Refere que o envolvimento do pesquisador e da literatura prévia interferiria e prejudicaria a análise dos dados e a construção da teoria, portanto, segundo Glaser, exclui-se assim, a necessidade de um referencial teórico para amparar-se (GLASER, 2011).

Apesar disso, Glaser reconhece que os pesquisadores tendem, não intencionalmente, a influenciar a pesquisa com interpretações pessoais. No entanto, ele argumenta que se o pesquisador empregar o percurso metodológico de maneira correta esse possível viés poderá ser corrigido (KENNY, FOURIE, 2015).

Nas vertentes mais contemporâneas da TFD (straussiana e construtivista), é compreendido a contribuição do pesquisador e da revisão da literatura junto ao processo de coleta e análise dos dados, considerando refutável uma neutralidade do pesquisador na pesquisa qualitativa. A revisão da literatura é um importante processo para contextualizar o problema em investigação, delinear o objeto a ser investigado, elucidar necessidades teóricas que surgem durante a análise dos dados e na construção de códigos e categorias (SANTOS *et al.*, 2016).

O quadro 1 abaixo, explicita resumidamente as principais características das três vertentes da TFD.

Quadro 1 - Características centrais da TFD

	Clássica	Straussiana	Construtivista
Paradigma epistemológico	Positivismo	Pós-Positivismo	Construtivismo
Identificação do problema de pesquisa	-Emergente -Sem a necessidade de aprofundamento na revisão de literatura inicial	-Experiência -Pragmatismo -Literatura	-Sensibilização de conceitos -Específicos de cada disciplina
Condução da investigação e desenvolvimento da teoria	Emergência dos dados através da indução e da criatividade	Modelo paradigmático de verificação	Coconstrução e reconstrução de dados para a teoria
Relação com os participantes	Independente	Ativa	Coconstrução
Análise dos dados/codificação	-Aberta -Axial -Teórica	-Aberta -Axial -Seletiva	- Inicial -Focalizada
Avaliação da teoria	-Aplicabilidade -Operacionalidade -Relevância -Modificabilidade	-Ajuste -Compreensão -Generalização teórica -Controle	-Congruência e consistência da teoria em relação ao contexto -Interpretação reflexiva do pesquisador

Fonte: Adaptado de Hunter *et al.* (2011) e Santos *et al.* (2016)

No presente estudo foi utilizado a perspectiva relativista de Strauss e Corbin, da TFD:

Uma Teoria Fundamentada é aquela derivada indutivamente do estudo do fenômeno que representa. Isto é, ele é descoberto, desenvolvido e provisoriamente verificado por meio de sistemática coleta e análise de dados. Portanto, a coleta de dados, análise e teoria possuem relação recíproca entre si. Não se começa com uma teoria para prová-la. Começa-se com uma área de estudo em que se permite a emergência do que é relevante (1990, p. 23).

Vislumbrou-se para este estudo, que a abordagem qualitativa com adoção da TFD se mostrava mais adequada para demonstrar, na percepção dos profissionais da ESF, o funcionamento da RAS para a assistência ao idoso, haja vista que permitiria extrair informações significativas relativas sobre entendimento e ordenamento da rede pelos profissionais da ESF, sobre a assistência oferecida, os entraves encontrados e assim, possibilitar a elaboração do modelo teórico que tem orientado os profissionais da ESF.



#### 4.1.1.2.1 *A Teoria Fundamentada em Dados – vertente relativista*

A TFD é derivada de dados que foram sistematicamente reunidos e analisados por meio de um processo de pesquisa. A finalidade da utilização desse método é construir um modelo teórico, por meio da compreensão das ações dos indivíduos a partir da perspectiva destes. A compreensão dessas ações dar-se-á, primeiramente, por meio da percepção de um problema/preocupação existente, seguida da análise do comportamento dos indivíduos envolvidos e destinados a solucioná-lo (CORBIN, STRAUSS, 2015).

Esse método não parte de pressupostos estabelecidos. A TFD defende o desenvolvimento de teorias a partir da pesquisa baseada em dados, ao invés da dedução de hipóteses analisáveis a partir de teorias existentes (CHARMAZ, 2009; STRAUSS, CORBIN, 2008).

Os autores também não deixam claro a necessidade de utilização de referencial teórico para o aporte à essa metodologia. Porém, cabe destacar que a TFD teve sua origem no IS e esse aporte teórico tem sido comumente utilizado, haja vista que enquanto referencial teórico, dá sustentação a esse método, uma vez que possibilita ao pesquisador focalizar sua análise no significado simbólico, isto é, entender o mundo a partir da perspectiva do indivíduo (BLUMER, 1969; SANTOS, NÓBREGA 2002).

O produto da TFD é um modelo teórico/teoria/matriz teórica, que não é meramente uma descrição de um fato, mas também se estende por envolver interpretações de por que, quando, onde, o que e como os fatos ou acontecimentos ocorrem. “Teorizar é um trabalho que implica, não apenas conceber ou intuir ideias (conceitos), mas também em formular essas ideias em um esquema lógico, sistemático e explanatório” (STRAUSS, CORBIN, 2008, p.34).

A teoria tem um significado mais amplo que uma descrição, ou um ordenamento conceitual ou um conjunto de resultados, como um fluxograma, por exemplo. Ela oferece uma explicação sobre o fenômeno estudado (CORBIN, STRAUSS, 2015).

A análise de dados na TFD na vertente straussiana, compreende três etapas: codificação aberta, axial e seletiva/integrativa:

### Primeira etapa – Codificação aberta

Denominada codificação aberta, o objetivo dessa etapa é realizar uma microanálise, na qual todos os incidentes e códigos in vivo devem ser considerados afim de se evitar o reducionismo da análise dos dados. Nesse momento todos os dados são passíveis de codificação e devem ser categorizados e subcategorizados (GLASER, STRAUSS, 1976).

### Segunda etapa – Codificação axial

Nesta fase, deve ser estabelecida uma interconexão entre as categorias e subcategorias, agrupando-se para a formação de categorias mais gerais e descobrir o principal processo, nominada como variável central, que elucida a ação na cena social (CASSIANI, CALIRI, PELÁ, 1996).

O reagrupamento dos dados é importante, uma vez que irá produzir explicações mais completas e específicas sobre os fenômenos. Para auxiliar na construção e análise da codificação axial, Corbin e Strauss (2015, p.128), sugerem a utilização do paradigma, que é uma ferramenta no qual se reproduz um esquema organizacional, que “ajuda a reunir e ordenar os dados sistematicamente, de forma que estrutura e processos sejam integrados”. Os componentes básicos do paradigma são as *condições*, ou seja, as circunstâncias nas quais os fenômenos são incorporados; as *ações/interações*, que são as respostas das pessoas aos problemas, acontecimentos e fatos; e as *consequências*, as quais são o resultado das ações/interações (CORBIN, STRAUSS, 2015).

### Terceira etapa – Codificação integrativa

Esta etapa tem por finalidade o refinamento das categorias em um modelo analítico, ou seja, a definição da categoria central. A função desse refinamento e integração das categorias é gerar uma teoria substantiva/modelo teórico que possua significado (DANTAS *et al.*, 2009).

De acordo com Corbin e Strauss (2015), é nesta etapa que as categorias, finalmente integradas, assumem o formato de uma teoria.

### Validação da Teoria

O objetivo da TFD é gerar uma teoria ou modelo teórico para uma ação

moldada por um panorama. Desta forma, após a realização das três etapas é necessário a validação do modelo criado. Apesar de não existir estudos na literatura científica brasileira, que descrevem especificamente a validação do modelo teórico (CHARMAZ, 2009), basicamente, a validação consiste em apresentar a teoria/modelo teórico para profissionais detentores do conhecimento da temática levantada ou mesmo a um grupo de participantes da pesquisa para sua avaliação (CASSIANI; CALIRI; PELÁ, 2002; CHENITZ, 1986).

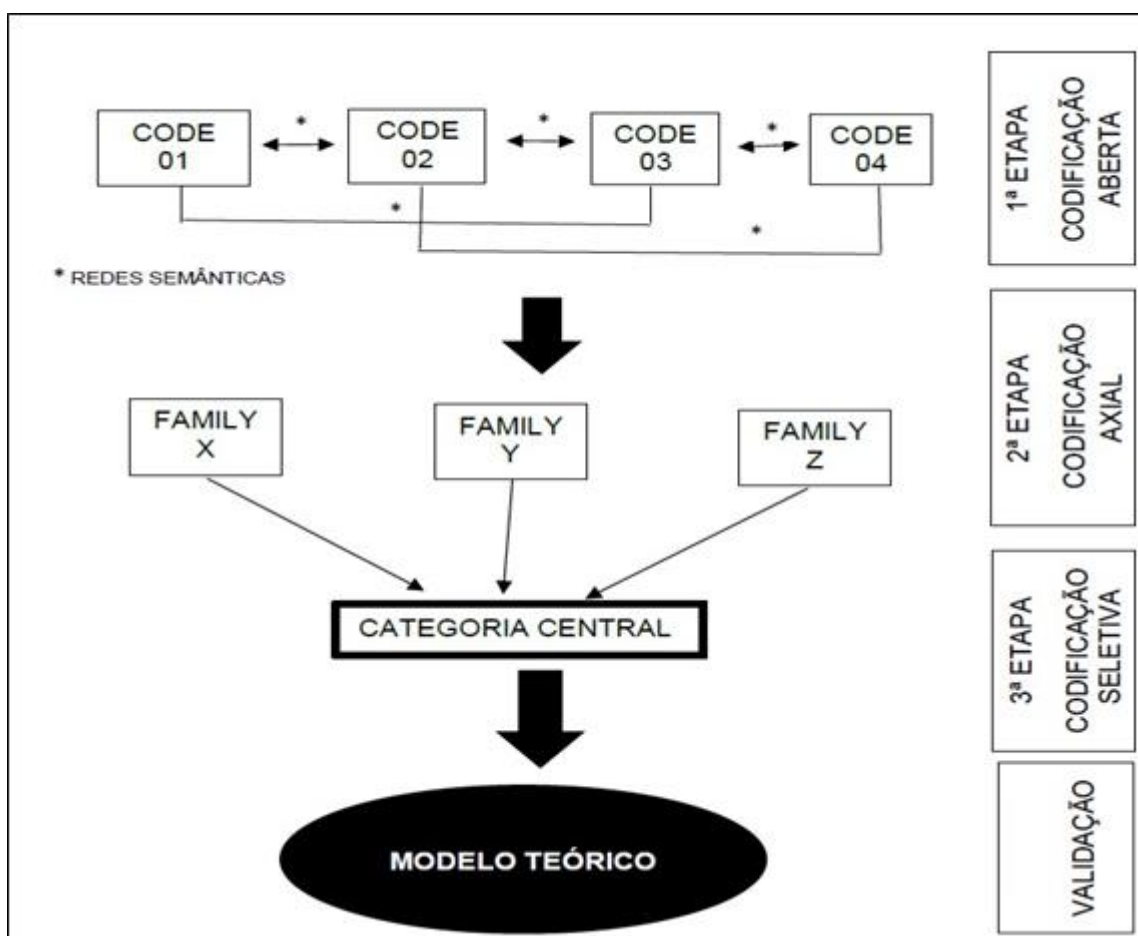
Para a validação do modelo teórico, Corbin e Strauss (2015) sugerem que sejam avaliados quatro critérios centrais para julgar a aplicabilidade da teoria e sua forma de aplicação é livre, podendo o pesquisador utilizar sua criatividade no processo:

1. Ajuste: a teoria é fiel e se ajusta à realidade;
2. Compreensão: a teoria deve ser compreensível e fazer sentido tanto à população estudada quanto aos estudiosos da área focalizada;
3. Generalização teórica: teoria deve ser abstrata o bastante e possuir variação que a torne aplicável a outros contextos relacionados ao fenômeno;
4. Controle: a teoria deve prover controle, pois as relações propostas entre os conceitos podem ser usadas para guiar ações posteriores;

O modelo teórico validado representa a realidade que foi investigada, não sendo algo finalizado, admitindo, assim, modificações e incorporações de novos elementos que apontem o aprimoramento dos conhecimentos em relação ao fenômeno investigado (SANTOS *et al.*, 2016).

Segue abaixo figura 3 que esquematiza as etapas da TFD:

Figura 3 - Etapas da TFD



Fonte: Própria autora, 2020.

#### 4.2 LOCAL

A pesquisa foi desenvolvida no município de Uberaba, com apoio da Secretaria Municipal de Saúde. Considerando as 53 equipes de ESF existentes nos três distritos sanitários do município, foram elencadas para a participação na pesquisa as equipes que possuíam mais e menos idosos cadastrados, respectivamente, em cada um dos distritos sanitários. Essa escolha teve o intuito de ter uma abordagem mais ampla, abrangendo as equipes de ESF que possuíam maior e menor fluxo de atendimento de idosos, podendo desvelar-se as duas extremidades. Segue abaixo a relação das equipes pesquisadas, bem como o quantitativo de idosos cadastrados.

- Distrito I

- Unidade Básica de Saúde Dona Aparecida Conceição – ESF Abadia II – 772

Idosos.

- Unidade de Saúde da Família Dr. Edson Luís Fernandes – ESF Residencial

2000 I – 96 idosos.

- Distrito II

- Unidade de Saúde da Família Lecir Nunes – ESF Parque das Américas II – 795

Idosos.

- Unidade de Saúde da Família Fausto Cunha – ESF Borgico/Calcário – 88 idosos.

- Distrito III

- Unidade Matricial de Saúde Valdemar Hial Júnior – ESF Fabrício – 755 idosos.

- Unidade Matricial de Saúde Aluizio Prata – ESF Cidade Nova – 276 idosos.

#### **4.2.1 Caracterização do cenário da pesquisa**

- **Rede de serviços de Saúde em Uberaba - MG**

De acordo com o Plano Diretor de Regionalização de Saúde de Minas Gerais-PDRS/MG, o município de Uberaba compõe a Região Triângulo Sul, sendo cidade pólo de referência de alta complexidade para outros vinte e seis municípios que englobam a macrorregião, além de referência de média complexidade para sete municípios que compõem a microrregião Triângulo Sul (MINAS GERAIS, 2010a).

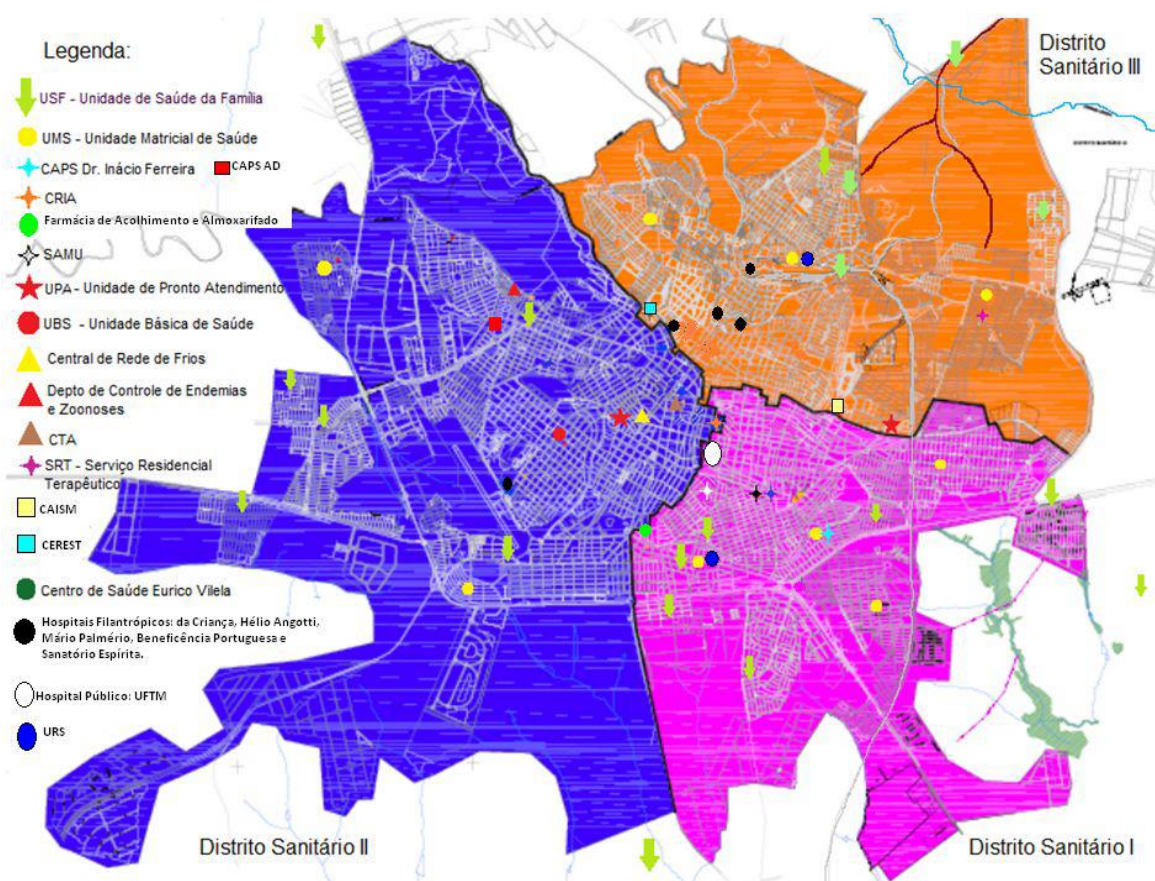
Considerando seu posicionamento estratégico como cidade pólo tanto de

média quanto de alta complexidade, Uberaba torna-se um importante gestor de saúde, sendo assim, são imperiosos o conhecimento e a integração de sua própria rede de serviços de saúde.

Uberaba possui uma população de 60 anos ou mais de 38.202 pessoas, correspondendo a 12,6% da população do município (IBGE, 2012). Para atender a esse grupo o sistema de serviços de saúde do município é constituído por uma rede básica, distribuída em três distritos sanitários de saúde, que prestam atendimento de baixa densidade tecnológica e uma rede de atenção especializada, responsável pelos atendimentos de média e alta complexidade.

Segue abaixo, figura 4 que explica a Rede de Atenção em Saúde de Uberaba, e seus distritos sanitários.

Figura 4 - Rede de Atenção à Saúde de Uberaba, e seus distritos sanitários.



Fonte: Uberaba, 2017

- **Atenção Básica em Saúde**

Em 2022, Uberaba possui uma rede de AB composta por 39 Unidades de Saúde e sete pontos de apoio de atendimento para a zona rural, conforme informações da gestão da Secretaria Municipal de Saúde.

São 20 Unidades Básicas de Saúde (UBS), nove Unidades Matriciais de Saúde (UMS), sete pontos apoios que prestam atendimento de baixa densidade tecnológica em clínica geral, odontologia, pediatria, ginecologia e obstetrícia, enfermagem, com foco na promoção e recuperação de saúde e prevenção de agravos e um Centro Especializado em hanseníase e tuberculose, e atendimentos em hiperdia e vacinação (Centro de Saúde Professor Eurico Vilela).

Para a assistência nestas unidades, o município contava com 51 equipes de saúde da família, composta por médico de saúde da família, enfermeiro, agente comunitário de saúde (ACS), técnico de enfermagem, auxiliar de saúde bucal (ASB) e dentista (UBERABA, 2017), ampliando para 53 equipes em 2022.

São procedimentos comuns nessas unidades: o acompanhamento dos programas do governo, nebulizações, entrega de medicamentos básicos, triagem neonatal, administração de medicamentos, vacinas, curativos limpos, pré-natal, papanicolau e ações de educação em saúde.

Para apoio, as Unidades de Saúde da Família (USF), Uberaba possui seis NASF que são equipes compostas por clínico geral, fisioterapeuta, ginecologista, pediatra, assistente social e psicólogo.

Além desse serviço, o município em parceria com a Universidade Federal do Triângulo Mineiro (UFTM), implantou o Centro de Atenção Integral à Saúde (CAIS), uma UBS conhecida popularmente como Clínica da Família, que presta atendimento de baixa densidade tecnológica para a população do bairro Abadia.

Atendendo ao preconizado na Portaria nº 123, de 25 de janeiro de 2012 (BRASIL, 2012a), o Consultório na Rua, possui uma equipe com um enfermeiro, um assistente social, um técnico de enfermagem e um motorista para atendimento aos usuários em situação de rua.

O Serviço de Atendimento Domiciliar (SAD) também faz parte da rede básica de serviços e é composto por duas equipes, sendo uma Equipe Multiprofissional de Apoio (EMAP), constituída por um nutricionista, um farmacêutico e um assistente

social, além de duas Equipes Multiprofissionais de Atendimento Domiciliar (EMAD), composta por enfermeiro, fisioterapeuta, técnico de enfermagem e médico.

A AB é a porta de atendimento em saúde para o município, na qual todos os pacientes, excetuando-se as urgências, deverão ser atendidos primeiramente para posteriormente, se necessário, serem encaminhados para um serviço de densidade tecnológica superior.

Conforme a portaria nº 1.976, de 12 de setembro de 2014, todos os dados da AB são digitados no programa e-SUS para acompanhamento e monitoramento dos indicadores por todos os entes (BRASIL, 2014).

Caracterizando esse estudo, segue abaixo, Quadro 2 que explicita respectivamente, as unidades de saúde, as ESF, bem como o total de idosos cadastrados de cada distrito, em consolidado realizado pelo Departamento de Atenção Básica junto às equipes do município em 2020. Em destaque estão as equipes selecionadas para esse estudo.

Quadro 2 – Unidades de Saúde por distrito do município de Uberaba/MG.

Unidades de Saúde - Distrito I	Estratégia Saúde da Família	Número de idosos 60 a 79 anos	Número de idosos a partir de 80 anos	TOTAL
UMS Álvaro Guarita	Chica Ferreira	429	55	484
	Gameleira	316	36	352
	Valim de Melo	415	62	477
USF Virilânea Augusta de Lima	Maracanã	209	29	238
UBS Dona Aparecida Conceição Ferreira	<b>Abadia II</b>	<b>579</b>	<b>193</b>	<b>772</b>
	Pq. São Geraldo	371	57	428
	Leblon	581	162	743
UMS Nossa Senhora da Abadia	São Vicente	381	39	420
	Abadia Olhos d'água	585	96	681
	N. Sra. Aparecida	518	147	665
USF Rosa Maria Frange Montes do Nascimento	Costa Teles I	313	52	365
	Costa Teles II	398	53	451
	Gameleira II	296	36	332
USF Édison Reis Lopes	São Cristovão	486	87	573
USF Julieta Andrade Cunha	Recreio dos Bandeirantes	260	38	298
UMS Maria Tereza de Freitas	Bairro de Lourdes	382	44	426
	Manhathan	341	51	392
	Maringá	353	42	395
USF Dr Edson Luiz Fernandes	<b>2000 I</b>	<b>87</b>	<b>9</b>	<b>96</b>
	2000 II	118	9	127
USF Francisco José da Silva	P.Alta/Peiropólis	472	57	529



Unidades de Saúde - Distrito II	Estratégia Saúde da Família	Número de idosos 60 a 79 anos	Número de idosos a partir de 80 anos	TOTAL
UMS Roberto Árabe Abdanur	Tutunas	496	96	592
	Jardim Uberaba	275	43	318
UMS Luiz Meneghello	Volta Grande	309	43	352
	Planalto	277	39	316
USF Lecir Nunes Ramos	Parque das Americas I	446	77	523
	<b>Parque das Americas II</b>	<b>667</b>	<b>128</b>	<b>795</b>
USF Sebastião Lima da Costa	Capelinha / Baixa	120	19	139
UMS George Chirre	Alfredo Freire I	639	83	722
	Alfredo Freire II	153	16	169
USF Beija Flor	Beija Flor	274	29	303
USF Dr. Romes Cecilio	Morumbi	363	39	402
	Pacaembu	326	32	358
USF Jardim Copacabana	Copacabana	223	26	249
USF Fausto Cunha Oliveira	<b>Borgico/Calcário</b>	<b>85</b>	<b>3</b>	<b>88</b>

Unidades de Saúde - Distrito III	Estratégia Saúde da Família	Número de idosos 60 a 79 anos	Número de idosos a partir de 80 anos	TOTAL
UMS Professor Aluizio Prata	<b>Cidade Nova</b>	<b>246</b>	<b>30</b>	<b>276</b>
	Elza Amui	287	29	316
	Antonia Cândida	276	49	325
USF Maria Bárbara de Oliveira	Primavera	214	25	239
	Uberaba I	320	44	364
USF Jacob José Pinto	Amoroso Costa	370	54	424
	Cássio Resende	581	133	714
USF Palmira Conceição Ferreira	Santa Rosa	346	40	386
UMS Ezio de Martino	Jardim Indianópolis	501	107	608
	Boa Vista	393	108	501
USF Dr. Inimá Baroni	Jardim Triângulo	431	67	498
USF Norberto de Oliveira Ferreira	Vila Arquelau	291	54	345
	Morada do Sol	378	71	449
UMS Valdemar Hial Jr.	Espírito Santo	320	53	373
	<b>Fabício</b>	<b>607</b>	<b>148</b>	<b>755</b>
	Santa Terezinha	403	104	507

Fonte: dos autores, 2022.

Os três distritos possuem cadastrados respectivamente, 9.244, 5.326 e 7.080 idosos.

- **Atenção Especializada**

A Atenção Especializada (AE) compreende as ações de assistência de média e alta densidade tecnológica, compreendendo os atendimentos com especialistas, procedimentos de apoio diagnóstico e terapêutico, dispensação de medicamentos, atendimento hospitalar e de urgência e emergência.

Algumas unidades especializadas são do próprio município, ou seja, são

prédios próprios e/ou locados, com servidores municipais, são elas: Unidade Regional de Saúde (URS) Terezinha da Graça Girão de Carvalho; URS Dr. Lineu José Miziara, Centro de Atenção Integral à Saúde da Mulher (CAISM) e Unidade Especializada em Reabilitação (UER).

As URS e CAISM prestam serviços de atendimento especializado tanto médico quanto odontológico, além de exames laboratoriais e de imagem, como radiografias e ultrassonografias. A UER presta atendimento de média densidade tecnológica em fisioterapia, terapia ocupacional, fonoaudiologia e apoio psicológico aos pacientes em reabilitação física.

A entrada dos pacientes nestas unidades ocorre por meio de um sistema de agendamento eletrônico, ou seja, é necessário, primeiramente, que o usuário seja atendido na AB para que esta, como ordenadora do cuidado, o insira neste sistema para a continuidade do seu atendimento na AE.

Uberaba também possui unidades municipais especializadas para atendimento em Saúde Mental: Centro de Atenção Psicossocial “Inácio Ferreira” (CAPS), Centro de Atenção Psicossocial ao Dependente Químico (CAPS-AD), Centro de Atenção Psicossocial Infante Juvenil (CAPSi) e Serviços de Residência Terapêutica (SRT).

Existe uma riqueza de serviços prestados para a assistência psicossocial nessas unidades que englobam consultas em psiquiatria, atendimentos individuais e grupais em psicologia, terapia ocupacional, fisioterapia, fonoaudiologia, cuidados de enfermagem, farmácia com dispensação de medicamentos e fornecimento de refeições (UBERABA, 2017).

Assim como para as demais unidades especializadas, o acesso a esse serviço se inicia na AB, entretanto, para essa modalidade de atendimento, nestas unidades não é necessário o agendamento eletrônico, basta o paciente se dirigir ao centro de atenção psicossocial que será acolhido.

Também são unidades municipais, a Unidade de Pronto Atendimento Rafa Scaff Cecílio e Unidade de Pronto Atendimento Dr. Humberto Ferreira, conhecidas popularmente como UPA São Benedito e UPA Mirante. Estas realizam atendimento de urgência e emergência 24 horas por dia e apesar de serem unidades municipais possuem gestão compartilhada com a Fundação de Ensino e Pesquisa de Uberaba (FUNEPU), entidade contratada para o gerenciamento das UPA's. E ainda, no

Hospital da Criança, é realizado o atendimento de urgência e emergência para crianças de até 13 anos, também chamada informalmente de UPA da Criança. Esta última, recebe incentivos financeiros através do município para a realização dos atendimentos de urgência infantil pelo SUS.

Para complementar os atendimentos ambulatoriais especializados no município, a SMS contrata prestadores de serviços SUS, a citar Hospital Dr. Hélio Angotti, Mário Palmério Hospital Universitário, Hospital de Clínicas da UFTM e Hospital Regional José Alencar.

Além dos atendimentos ambulatoriais, a AE compreende também o atendimento hospitalar e, em Uberaba, fazem parte deste componente o Hospital Dr. Hélio Angotti, Mário Palmério Hospital Universitário, Hospital de Clínicas da UFTM, Hospital Regional José Alencar, Hospital Beneficência Portuguesa, Hospital da Criança e Serviço Integrado de Saúde Dona Maria Modesto Cravo – antigo Sanatório Espírita de Uberaba. A entrada para estes serviços é realizada mediante regulação do município.

O município possui ainda uma Central de Ambulâncias responsável por deslocar usuários, com agendamento prévio, que precisam realizar tratamento fora do domicílio, procedimentos diversos em UPA e Unidades Básicas e Especializadas da rede SUS municipal; hospitais, universidades, laboratórios de análises clínicas e instituições e entidades de saúde conveniadas e contratadas; perícias médicas, apoio a eventos culturais que possuem aglomerações de pessoas (UBERABA, 2017), além do SAMU.

#### 4.3 POPULAÇÃO DO ESTUDO

A população desta pesquisa foi constituída pelos profissionais das equipes da ESF's selecionadas, a citar médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, dentistas, auxiliares de saúde bucal (ASB) e ACS, que atenderam ao critério de inclusão, de ser profissional da ESF alvo da pesquisa atuante há pelo menos seis meses.

Partiu-se de uma população de 57 profissionais, dos quais foram excluídos 13 profissionais, sendo que nove recusaram, alegando desinteresse ou falta de tempo, três estavam afastados de suas atividades laborais e um não atendia ao

critério de inclusão. Logo, a população total do estudo foi de 44 profissionais, sendo 22 ACS, seis técnicos de enfermagem, cinco enfermeiros, cinco médicos, três dentistas e três ASB. A Figura 5 apresenta o fluxograma dos participantes e perdas.

Figura 5 – População do Estudo



#### 4.4 COLETA DE DADOS

A coleta de dados ocorreu entre os meses de março e dezembro de 2021. Os profissionais foram entrevistados, adotando-se a técnica da entrevista semiestruturada realizada individualmente (APÊNDICE A), agendada em data e hora convenientes aos mesmos, na unidade de saúde na qual trabalhavam, gravada em smartfone e posteriormente transcrita na íntegra pela autora para a análise.

Seguindo os preceitos da TFD a qual não se deve formular a questão de pesquisa com clareza anterior, afim de não correr-se o risco de forçar e ou manipular os dados (CORBIN; STRAUSS, 2015), o roteiro de entrevista foi formulado pela pesquisadora a partir de questões norteadoras amplas e flexíveis com o intuito de explorar o fenômeno em profundidade e, previamente, avaliado por três profissionais com *expertise* na pesquisa qualitativa, após suas respectivas assinaturas do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE B). Após

a avaliação desses profissionais, suas contribuições foram somadas ao Roteiro de entrevista.

Antes de iniciar a coleta de dados realizou-se seis entrevistas piloto no mês de março de 2021.

Conforme a coleta de dados acontecia, as questões se ampliavam para atender aos aspectos relevantes que se apresentavam durante as entrevistas. A maioria dos profissionais se mostrou disposta a contribuir com o estudo, no entanto devido o período pandêmico de COVID-19, foi necessária o deslocamento da pesquisadora, por várias vezes, nas unidades para a realização da coleta, devido ao grande fluxo de trabalho desses profissionais.

Os depoimentos dos entrevistados foram categorizados e analisados de forma concomitante, conforme preconiza a TFD.

#### 4.5 ASPECTOS ÉTICOS

Em observação à Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, que trata da pesquisa com seres humanos, o projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Triângulo Mineiro e aprovado (protocolo nº 4.527.244). Os profissionais foram abordados em seu local de trabalho e foi agendado um dia para a entrevista com aqueles que consentiram. Foram apresentados os objetivos, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e oferecidas as informações pertinentes. Somente após a anuência dos entrevistados e a assinatura do referido termo foram iniciadas as entrevistas.

Ressalta-se que em nenhum momento o entrevistado foi identificado nominalmente, sendo identificados por números, minimizando os riscos de quebra de confidencialidade e garantindo a privacidade e o sigilo das informações. Salienta-se que as entrevistas foram realizadas com os profissionais em seu local de trabalho. Reforça-se que todos os cuidados sanitários foram tomados (utilização de álcool gel, distanciamento de dois metros entre entrevistado e pesquisadora, desinfecção de superfície) e que os equipamentos de proteção individual (EPI's), a citar máscara N95 e capote foram utilizados para evitar a transmissão pelo novo coronavírus.

## 4.6 ANÁLISE DOS DADOS

A análise de dados na TFD compreendeu 3 etapas, codificação aberta, codificação axial, codificação seletiva/integrativa e, por fim, a validação do modelo teórico. Foi realizada concomitantemente à coleta de dados e o material levantado foi lançado no software ATLAS/ti 7.0, para a organização dos dados, codificação e elaboração de gráficos e diagramas.

### 4.6.1 Codificação aberta

Na etapa de codificação aberta realizou-se uma microanálise, linha a linha da coleta de dados, buscando-se por similaridades e diferenças nas falas expostas, permitindo assim, a elaboração dos códigos que conceituavam o explicitado nas entrevistas.

Com o auxílio da software ATLAS/ti 7.0, a codificação aberta das 44 entrevistas dos profissionais de saúde levantou diferentes códigos que foram agrupados de acordo com sua similaridade, dando origem a 387 códigos preliminares.

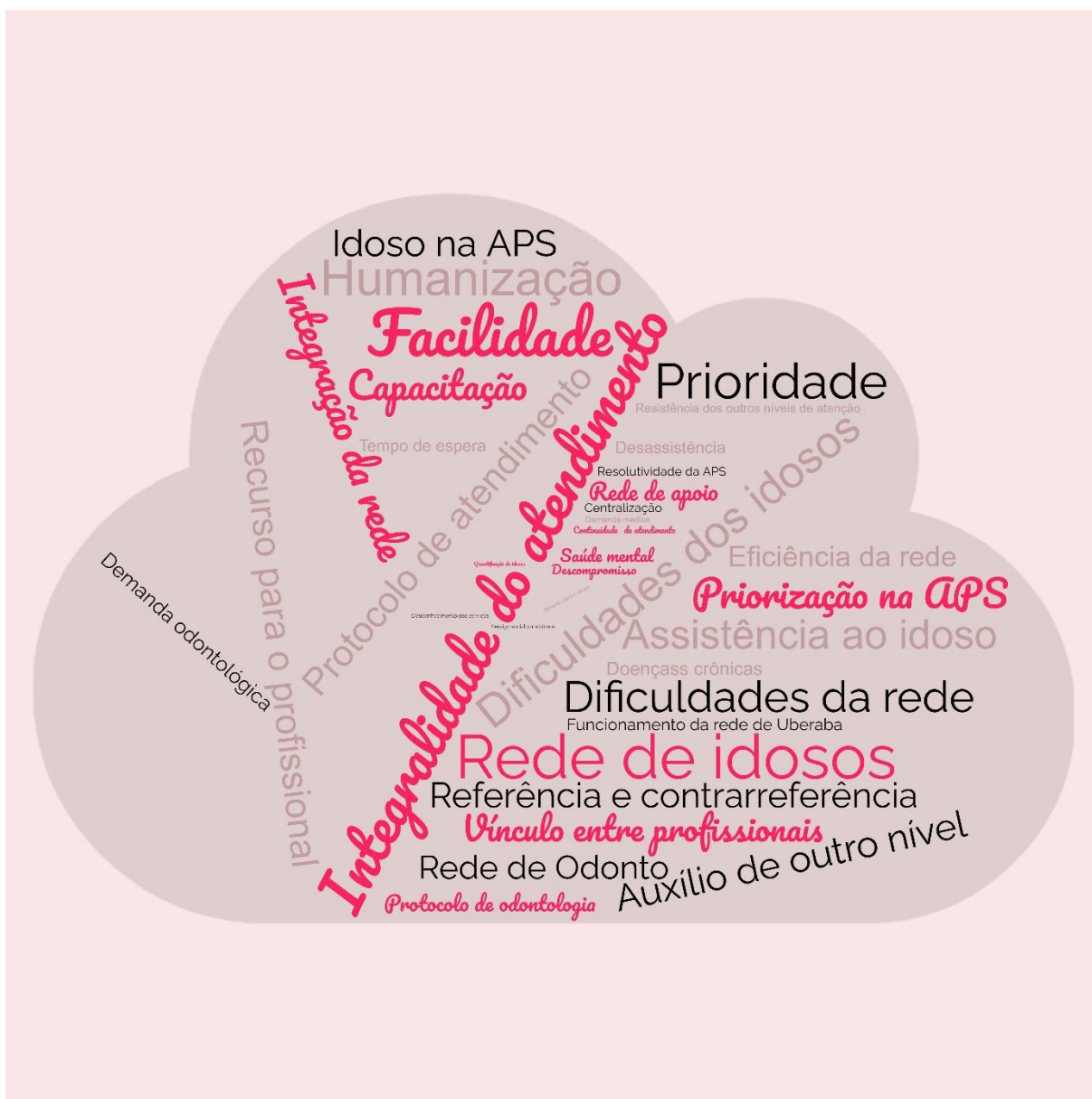
Esses códigos foram reagrupados e refinados ao longo das demais etapas do processo analítico.

Segue abaixo os códigos mais incidentes:

- Rede para o idoso (30 entrevistados)
- Integralidade do atendimento (27 entrevistados)
- Dificuldade dos idosos (22 entrevistados)
- Dificuldades na rede (21 entrevistados)
- Integração da rede (19 entrevistados)
- Protocolo de atendimento (18 entrevistados)
- Referencia e contrarreferencia (17 entrevistados)

O gráfico a seguir, em nuvem de palavras, auxiliou a pesquisadora no evidenciamento da incidência dos principais códigos após o refinamento.

Gráfico 1 – Nuvem de Palavras



Fonte: Própria autora, 2022.

#### 4.6.2 Codificação Axial

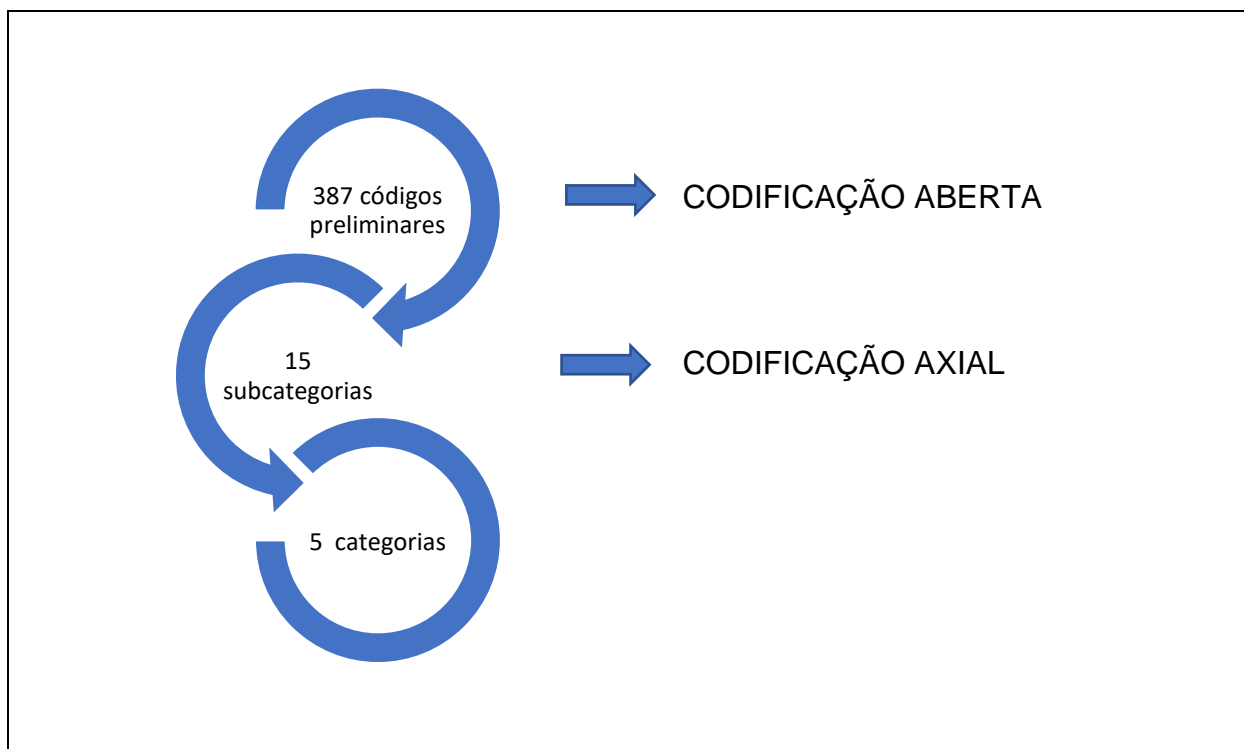
Após o processo de análise minuciosa das entrevistas e levantamento das categorias preliminares realizados na codificação axial, novo reagrupamento dessas categorias foi realizado, emergindo novas categorias/famílias com conteúdo mais denso e refinado que revelavam explicações mais assertivas e completas sobre o fenômeno (CORBIN; STRAUSS, 2015).

Os 387 códigos preliminares levantados na codificação aberta, foram comparados um a um, reanalisados e organizados em 15 subcategorias, cuja

articulação destas fundamentaram o desenvolvimento de cinco categorias.

O quadro 3 abaixo explicita o processo de densificação das categorias.

Quadro 3 - Densificação das Categorias



Fonte: A autora (2021).

Quando se realiza uma análise axial o pesquisador busca por respostas do tipo “por que, de que forma, onde, como, quando, quem e quais resultados”, para que assim possa relacionar as categorias e contextualizar o fenômeno estudado. Desta forma a utilização do modelo de paradigma se destaca como uma ferramenta analítica que permite ao pesquisador realizar essa interconexão das categorias e desenvolver o modelo teórico (CORBIN; STRAUSS, 2015).

Nessa etapa, a pesquisadora utilizou-se dos memos e observações descritas em cada entrevista para o refinamento das categorias e para analisar a relação entre as falas encontradas. Esse foi um processo árduo e intensivo, no qual foi necessário a criação e a desconstrução de diversas categorias, ao agrupá-las por similaridades e diferenças.

#### 4.6.3 Codificação integrativa



A terceira etapa dessa análise tem como objetivo integrar e refinar as categorias, a fim de se desenvolver uma teoria. O primeiro passo na integração é decidir a categoria central (CORBIN; STRAUSS, 2015).

Para a construção de um modelo teórico partiu-se do refinamento de dados e integração de conceitos. Segundo Gomes (2016), a transformação de dados em teoria, dá-se por meio da integração, na qual os dados deixam de ser de apenas um entrevistado e passa a poder ser aplicado a todos os casos vivenciados.

Nessa pesquisa, a apresentação do fenômeno central deu-se após exaustiva análise das conexões e relações entre as categorias e insights advindos da imersão dos dados, convergindo, então, ao modelo teórico, que é o resultado de uma TFD.

O modelo teórico apresentado neste estudo representa como os profissionais tem se orientado na assistência ao idoso na RAS, sendo assim, constituiu-se a representação do fenômeno “Construindo a rede de cuidados aos idosos, sob a ótica da ESF.”

## 5 VALIDAÇÃO

De acordo com Corbin e Strauss (2015), para a validação do modelo teórico, sugere-se que sejam avaliados quatro critérios centrais para julgar a aplicabilidade da teoria e sua forma de aplicação é livre, podendo o pesquisador utilizar sua criatividade no processo:

1. Ajuste: a teoria é fiel e se ajusta à realidade;
2. Compreensão: a teoria deve ser compreensível e fazer sentido tanto à população estudada quanto aos estudiosos da área focalizada;
3. Generalização teórica: teoria deve ser abstrata o bastante e possuir variação que a torne aplicável a outros contextos relacionados ao fenômeno;
4. Controle: a teoria deve prover controle, pois as relações propostas entre os conceitos podem ser usadas para guiar ações posteriores;

A pesquisadora selecionou, aleatoriamente, seis profissionais para a validação da teoria, sendo dois enfermeiros que participaram do estudo; um médico e um ACS que não participaram do estudo e possuíam experiência mínima de um ano na ESF e dois enfermeiros que atuavam na gestão e possuíam expertise na temática abordada. Desta forma, buscou-se elencar profissionais com entendimento do tema, porém com atuações diferentes, para assim abranger de forma mais ampla a compreensão temática e ter uma melhor avaliação do modelo teórico construído.

Em reunião individual com as integrantes a pesquisadora elucidou a TFD, e após a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE C), entregou cópia do modelo teórico, bem como papel e caneta para anotações.

Em debate com a pesquisadora, os participantes reforçaram os termos utilizados e mencionaram que a percepção que eles tinham da rede de cuidado ao idoso reportavam ao seu cotidiano de trabalho, e que ainda vislumbravam outros grupos, além dos idosos, nessa mesma rede. Cabe ressaltar que no momento da validação com os sujeitos, a separação dos critérios foi apenas didática, estes foram referidos de maneira integrada, validando a teoria. Desta forma, os pontos de vistas dos participantes e suas contribuições, confirmaram o modelo teórico apresentado.

## 6 RESULTADOS

Os resultados deste estudo foram apresentados por meio da caracterização dos participantes e da construção de categorias relacionadas à forma assistência que tem orientado os profissionais da ESF de Uberaba-MG.

### 6.1 CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES

Ao todo participaram 44 profissionais de saúde que atuam em equipes da ESF do município de Uberaba-MG. Entre esses, 13 de nível superior, nove de nível técnico e 22 ACS. A tabela 1 apresenta o perfil desses participantes.

Tabela 1 – Perfil dos participantes

Variáveis	Quantitativo em nº	Percentual da amostra
Enfermeiro	5	11,4%
Médico	5	11,4%
Dentista	3	6,8%
Técnico de enfermagem	6	13,6%
ASB	3	6,8%
ACS	22	50%
Sexo feminino	39	88,6
Sexo masculino	5	11,4%
Realizou capacitação em Saúde do Idoso	7	15,9%
Não realizou capacitação em Saúde do Idoso	37	84,1%
1 a 5 anos de atuação na equipe	26	59,1%
6 a 10 anos de atuação na equipe	11	25%
Mais de 10 anos de atuação na equipe	7	15,9%

Fonte: dos autores, 2022.

## 6.2 CATEGORIZAÇÃO

Cada categoria será apresentada juntamente com as subcategorias, seguidas de seus respectivos códigos conceituais, de modo que contribuiu para sistematizar o modelo teórico originado a partir desta pesquisa.

### 6.2.1 Categoria 1 - Demandando assistência aos idosos

Esta categoria diz respeito as demandas advindas das condições crônicas e agudas dos idosos para a prestação de sua assistência.

Compõe esta categoria as seguintes subcategorias:

- Solicitando atendimento na APS e na AS
- Identificando as principais demandas do idoso na APS

No cenário da APS, os profissionais da saúde atuam com a intenção de prestar um cuidado assistencial à saúde da população idosa norteados pela demanda de atendimento que se encontra associada a algumas especificidades do cuidado que seguem: individual, heterogêneo, longitudinal, paliativo e ações coletivas de cuidado para o envelhecimento em geral por aspectos inerentes a funcionalidade. As ações que envolvem estes profissionais e esta população são implementadas sob o fluxo da rede para em muitas dimensões que por vezes são construídas, desconstruídas e tornam a ser reconstruídas.

A subcategoria solicitando atendimento na APS e na AS, compreende a visão que o idoso precisa de um atendimento integral que inclui a assistência de baixa densidade tecnológica, seja de clínico geral, odontologia, saúde mental odontológica além de especialidades constantes na AS.

Os encaminhamentos para os demais serviços da rede podem ser sublinhados por dificuldades que impossibilitam a continuidade do cuidado de maneira efetiva.

Na demanda por saúde mental, por exemplo, pode ser observada um possível despreparo dos profissionais para identificar o que de real compete a saúde mental.

Eles querem é atenção.. é conversa. Às vezes você passa, às vezes, até uma hora, numa única visita. ACS 2

Por vezes, a rede pode experimentar uma força negativa em detrimento de inúmeras interlocuções, em especial, quando se analisam algumas das especialidades médicas e rede hospitalar. Esta compressão não equivale a ausência de assistência, ainda assim ocorre uma interrupção não bem-vinda e sentida pelos profissionais da APS no monitoramento da linha de cuidado de seus usuários.

Nota-se que a assistência prestada ao idoso se desenvolve pela presença de sintomas clínicos, pelas queixas e demandas relacionadas aos diagnósticos de condições crônicas, em outras palavras decorrem pelo paradigma da patogênese e necessitam de intervenções da equipe multiprofissional em saúde. Por consequência do processo das transições demográfica e epidemiológica, as exigências por esta assistência têm sido cada vez identificadas nas instituições de saúde.

As principais demandas dos idosos foram citadas pelos profissionais e organizadas na subcategoria identificando as principais demandas do idoso na APS, e as falas caracterizam estas demandas.

As doenças crônicas também são o centro das falas dos participantes, uma vez que são uma das principais queixas dos pacientes nesta faixa etária, que necessitam de acompanhamento de uma rede e equipe multiprofissional.

... a gente recebe uma demanda muito alta de idosos que querem fazer as consultas de acompanhamento, as consultas de rotina. Tem 6 meses, a maioria tem 1 ano que não fez os exames periódicos...Dessa rotina mesmo. ACS 1

... além das condições crônicas, eles apresentam muita dificuldade com o saneamento básico... eu recebo muita dengue aqui, muita anemia, muita diarreia... ENF 3

... a gente fica atento com câncer bucal, nessa fase... Alguma urgência ... a gente tem que estar sempre atento. Geralmente, já verificar se tem alguma ligação com pressão, se ele tem diabetes, essas doenças crônicas que afetam tudo, inclusive a saúde bucal. DENT 3

... a gente tem muita demanda de hipertensão e diabetes, muito grande. É uma demanda maior ainda de necessidade de receita. ENF 2

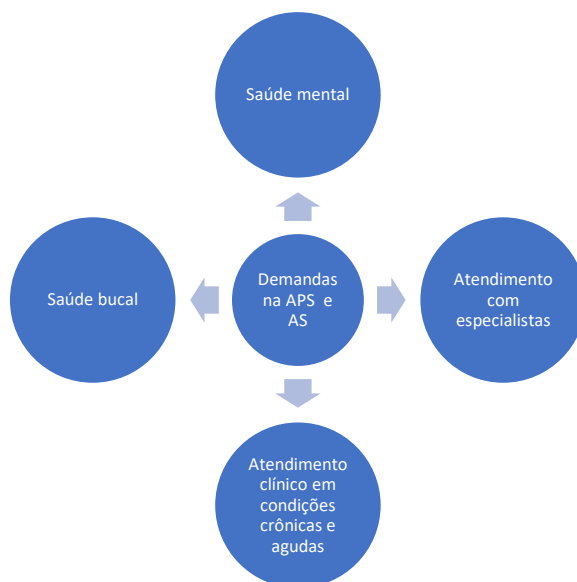
Uma compreensão apreendida pelos idosos e por seus familiares possibilita

uma maior segurança e proteção para que seja contínuo o cuidado com a saúde, especialmente nas ações-reações de autocuidado. Os participantes também destacaram as dificuldades que os idosos tem em entender os aspectos relacionados a sua saúde.

Tem paciente meu que não sabe que tem farmácia aqui dentro. E aqui, assim, “ah, esse remédio aqui eu não estou tomando, porque ele é muito caro”, aí você fala: “mas esse remédio, ele é gratuito, tem aqui”. MED 1

A Figura 6 a seguir facilita o entendimento das principais demandas de assistência na rede pelos idosos:

Figura 6 – Demandando atendimento na APS e na AS



Fonte: dos autores, 2022.

### 6.2.2 Categoria 2 – Revelando as dificuldades/obstáculos para o atendimento à pessoa idosa

Esta categoria diz respeito as dificuldades e obstáculos na consolidação da RAS do idoso na cidade de Uberaba. Contém as dificuldades apresentadas pelos profissionais, a falta de recursos estruturais e humanos, a dificuldade por parte dos idosos em acessar os serviços e a espera por atendimento.

Com a população idosa, o cuidado assistencial transita em demandas por atendimentos ambulatoriais e demanda clínica espontânea. Este fato é decorrente

do elevado número de idosos e pela especificidade que esta assistência ao idoso requer.

É necessário compreender que o cuidado oferecido é mediante um modelo assistencial relacionado a cultura da população, abrindo maior possibilidade de valorização dos serviços especializados e menor dos cuidados oferecidos pela UBS, este último passa a ser entendido, por parte da população, como “porta de entrada para a especialidade médica”. Além disso, a equipe multiprofissional estabelece a linha de cuidado mediada pela conduta médica.

São muitas as barreiras que os profissionais da APS encontram e os sentimentos que vivenciam nesta cultura organizacional e no relacionamento entre profissionais e entre profissional e o próprio paciente. Segue as subcategorias que evidenciam tais fatos:

- Revelando dificuldades na rede de assistência
- Refletindo sobre a desassistência para a população idosa
- Revelando as dificuldades relacionadas a recursos para atendimento adequado ao idoso
- Encontrando dificuldades na operação do sistema de referência e contrarreferência de atendimento

Figura 7 – Revelando as dificuldades/obstáculos para o atendimento à pessoa idosa



Destaca-se nas falas relacionadas a essa categoria a falta de protocolo de atendimento dentro das instituições, que dificulta a padronização dos atendimentos e comunicação dos profissionais. O sistema de referência e contrarreferência, primordial para a integralidade da assistência, é inexistente, apesar da área da odontologia destacar que para eles há um protocolo.

Além desta dificuldade, os participantes destacaram as questões socioeconômicas dos idosos, que muitas vezes impedem os mesmos de irem aos serviços e receberem atendimento, ocasionando a desassistência dos mesmos.

Mas, assim, o nosso atendimento aqui não tem protocolo. Ele é de acordo com a minha conversa com o paciente que eu direciono o atendimento dele, não tem nada. Então, eu acho que é aí que estão as quebras, que a gente precisaria ter protocolo pra gente poder direcionar melhor esse paciente e todo mundo falar a mesma língua, que eu acho que é o mais importante. ENF 1

... Às vezes eles não têm a condição psicológica de estar indo... tem muito idoso meu que reclama: "ah, não vou lá não, isso demora demais, não adianta. Vou esperar fulano se pega pra mim ou meu filho". E aí eles vão ficando na necessidade ali,... esperando. ACS 3

Na zona rural é diferente... eu tenho idoso que não tem carro, não tem quem traz... ACS 2

Pro idoso que, às vezes, não tem o estudo ou não tem uma família, uma rede de apoio, isso é muito difícil pra ele. Então, se a gente tivesse um local onde ele tivesse acesso à uma gama maior de atendimentos, facilitaria muito a vida dele... ACS 1

Porque o idosinho, às vezes, ele não vem, eu tenho muito na minha área, porque ele tem que pagar Uber ida e volta... ACS 4

O desconhecimento dos idosos sobre os serviços ofertados a eles também é destacado pelos participantes como um dificultador da consolidação do atendimento em rede.

Ele tem, às vezes, dificuldade de entender o funcionamento dessa rede. Como que ele tem que ir, onde ele tem que ir, o caminho que ele tem que tomar. DENT 2

A falta de um local específico para o atendimento ao idoso, que facilite tanto o deslocamento deles, quanto a comunicação entre os profissionais é destaque na subcategoria revelando as dificuldades na rede de assistência. A falta de centros de atendimentos específicos para o atendimento especializado ao idoso também



foi citado como dificultador. Apesar do município possuir pontos de apoio, como um centro para acompanhamento e tratamento de casos mais graves de HAS e DM, e um centro de lazer para idosos, não possui nenhuma estrutura específica para o atendimento de demais demandas da população idosa.

Outro ponto levantado foi a sobrecarga de profissionais. A demanda é alta para o reduzido quantitativo de profissionais, podendo incorrer em falhas e desassistências à população.

... não só na atenção primária, estou falando da secundária também, que tem 50 pacientes na tela do médico e ele não sabe o que que faz. Então, ele manda uma referência sem data, sem nada pra mim, entendeu? E eu não culpo ele não. Eu culpo a gestão que não consegue enxergar que estão sobrecarregados todos os setores do serviço. ENF 3

O tempo de espera por atendimento é um ponto essencial para o funcionamento da rede, uma vez que o atendimento ágil é o ponto inicial para um diagnóstico precoce, tratamento eficaz e um bom prognóstico, objetivos primordiais da rede de atenção à saúde.

Tudo tem a fila, né, então é meio complicado, é meio demorado. ACS 2

Já teve casos, que o idoso morreu esperando na fila o exame de coração. ACS 3

Um adequado fluxo de comunicação e troca de informações entre profissionais e serviços, promove melhor entendimento das reais demandas em saúde dos pacientes e garante que o cuidado seja integral e resolutivo.

A comunicação se coloca como fator complementar a infraestrutura da rede. Sem ela, entre todos os níveis da rede, não há como prover um atendimento integral ao paciente. Nas falas fica claro que no município de Uberaba não há essa comunicação por meio da referência e contrarreferência. Os pacientes saem da APS, são encaminhados a atenção especializada e não há a devolutiva do quadro do paciente.

Não tem contrarreferência, as referências que vêm das atenções secundária e terciária são muito mal feitas... caso urgente, precisa de uma atenção maior, eu tento entrar em contato direto com a atenção especializada, da secretaria, aí da atenção especializada a gente passa o caso por e-mail, né, escaneia a referência nossa, manda pra atenção especializada, a atenção especializada tenta o contato com a atenção terciária, e aí vê o que consegue pra essa pessoa. ENF 2

... até hoje não veio nenhuma contrarreferência. Promessas... Todas as reuniões foram combinadas de ter contrarreferência, mas nunca chegou. A gente até coloca na referência: "favor enviar contrarreferência", mas não volta... MED 3

### 6.2.3 Categoria 3 – Operando a rede para o cuidado integral ao idoso

Esta categoria diz respeito ao processo operacional do cuidado no que tange o conceito de rede de atenção, inclui os elementos/situações que possibilitam o surgimento do fenômeno.

Os significados absorvidos podem ser observados pelos momentos de execução de um fluxo de acordo com a necessidade do idoso. A proposta é de atendimento prioritário concretizado pela equipe de saúde da família de sua área adscrita. Segue as subcategorias:

- Reconhecendo o funcionamento da rede de Uberaba
- Refletindo sobre o entendimento dos profissionais sobre a rede
- Refletindo sobre os pontos de apoio na rede para atendimento ao idoso
- Encaminhando os idosos nos diferentes níveis assistenciais

Figura 8 – Operando a rede para o cuidado integral ao idoso.



Fonte: dos autores, 2022.

Por meio da atuação dos profissionais pelo fluxo do cuidado, as ações

assistenciais são prestadas aos idosos. Estas intervenções são destinadas a partir das demandas individuais observadas pelo profissional ou sentidas pelos próprios idosos, desta maneira a rede é determinada. Ressalta-se que este cuidado seja ele primário ou não, deve ser integrado as atribuições privativas da APS e definidas como linha de cuidado.

Na construção desta categoria, agrupou-se questões referentes ao funcionamento da rede, sua integralidade para o atendimento ao idoso e integração entre os demais níveis assistenciais, a inclusão e priorização do idoso na prestação da assistência, bem como sobre os pontos de apoio para salvaguardar a assistência.

Considerando a continuidade do atendimento, os encaminhamentos também se caracterizaram como uma subcategoria importante, ainda mais que se destaca a dificuldade dos mesmos, a demora da fila eletrônica e falta de acesso a encaminhamentos de acordo a urgência do quadro do paciente.

Quando tem (referência) é muito mal feita ainda, quando a gente faz, não tem contrarreferência, então, eu acho que não tem. ENF 2

... o que eu tenho de reclamação também, é com relação, assim, por exemplo, o endócrino falou: "acho que o paciente tem que passar com o cardiologista". E ele encaminhou. Aí ele tem que vir até a unidade pra trocar esse pedido, começar do zero, pra poder conseguir e dar continuidade, entendeu? ACS 20

É, porque assim, na fila eletrônica é todo mundo, não tem prioridade. Eu acho que deveria ter prioridade, um local específico pra idoso. ACS 5

O funcionamento da rede foi destacado na fala de um profissional da classe médica onde o mesmo refere a dificuldade de comunicação entre as diferentes instituições que compõe a rede, como a atenção terciária.

Em relação ao setor terciário.. não tem comunicação nenhuma. A não ser quando o paciente traz pra gente o relatório de alta. E não são todos os hospitais que mandam. Se tem algum protocolo, eu desconheço. O protocolo que a prefeitura tem tentado implantar, ele não é específico pras faixas etárias. MED 1

Quanto a comunicação, é importante destacar que é uma peça-chave na integração da rede, sem a mesma não há atendimento em rede e o idoso possui

uma atenção fragmentada. Em Uberaba é destaca pelas falas dos participantes que não há comunicação entre os serviços.

... Mas, aqui em Uberaba, tem falha. Se não forçar, chegar na atenção secundária, na atenção terciária e falar assim: "eu preciso que vocês façam contrarreferência pra todos os pacientes que chegarem, o telefone da unidade é esse, o profissional que trabalha é esse", entendeu? Nunca vai funcionar, se não for imposto pela gestão. ENF 4

A integralidade também foi destaque nas falas dos sujeitos quando os mesmo refletem que o uso de tecnologias, como o prontuário eletrônico auxilia na integração rápida e eficaz das informações dos pacientes, para o provimento de uma assistência integral.

No prontuário eletrônico, agora, parece que está interligando o da especializada com o da básica. Está começando esse processo. MED 2

Observa-se que a RAS expressa uma sequência de interações onde percebe-se o fluxo da rede com suas constrições e suas ligações. Os profissionais médicos, enfermeiros e dentistas são protagonistas essenciais deste fluxo, pois seu trabalho exige comunicação contínua com os demais serviços da rede de atenção.

Eu acho que ela funciona bem, são situações pontuais, especialidades pontuais, que a gente vê que tem uma dificuldade maior. Mas, de forma geral, eu entendo que ela (RAS) funciona bem ACS 1

A pandemia também se destacou nas falas dos sujeitos na subcategoria Tentando incluir o idoso na rede, uma vez que a pandemia mudou os processos de trabalhos das unidades básicas de saúde, como grupos de HIPERDIA, agendamentos de rotina entre outros. Além disso as falas destacam que os idosos são atendidos no mesmo fluxo que um adulto, sem prioridade ou avaliação da vulnerabilidade advinda pela idade.

Agora, com a pandemia, requer atenção psicológica e não tem, a gente precisa muito. Mental, tem o CAPS, mas não tem para o idoso... ACS 4

Na operação desta rede, também foram citados pelos profissionais sobre os pontos de apoio de assistência ao idoso.

Uberaba tem todas as portas, tem o serviço social dentro da unidade de saúde. Tem o CRAS, que eles podem procurar lá fora, tem no Fórum, por exemplo, então assim, está em todas as classes, que o paciente, o cidadão, digamos assim, precisar, tem. O que acontece, igual eu falo, a procura e o paciente ter essa resposta mais rápido. ACS 6

O conhecimento dos participantes sobre a rede, considerando os determinantes do processo saúde-doença e do cuidado, é essencial, uma vez que expressam como entendem a saúde, a doença e o cuidado, além de estar diretamente relacionada a forma como agem e reagem ao sistema de saúde.

Observou-se que alguns profissionais não entendem o que é uma atenção em rede. A maioria percebe que se deve agilizar o atendimento, e não citam a continuidade do atendimento desse paciente pelos serviços, percebe-se também uma falta de comunicação entre os profissionais da própria APS, e o foco no atendimento apenas na sua unidade, sem entender os demais níveis e considerar a necessidade do indivíduo por demais serviços.

Essa parte, assim, é mais com a enfermagem. Não sei responder (sobre atendimento em RAS). DENT 1

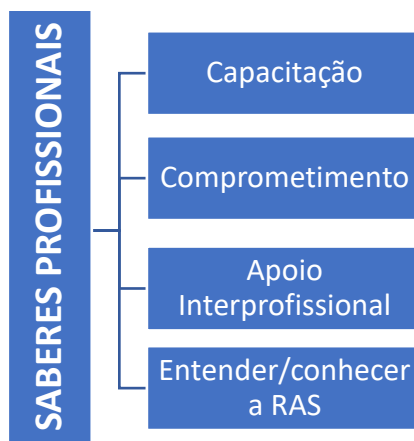
Os recepcionistas, mesmo, entram, veem qual dia que é o médico, se vai conseguir um encaixe, algo assim. Quando estavam os agendamentos de rotina dava certo. ENF 1

#### **6.2.4 Categoria 4 – Lidando com os diferentes saberes profissionais**

Essa categoria considera as reflexões internas dos profissionais e identificam a necessidade do mesmo se relacionar multiprofissionalmente, afim de desenvolver uma ação completa de cuidado ao paciente. O paciente apresenta situações e quadros complexos necessitando de atenção de diversas especialidades e conhecimentos, principalmente os idosos, que geralmente apresentam diversos quadros associados. Nesse sentido as subcategorias encontradas foram:

- Capacitando profissionais para atendimento ao idoso
- Revelando as interações e vínculo entre profissionais

Figura 9 – Lidando com os diferentes saberes profissionais



Fonte: dos autores, 2022.

Quando o profissional não consegue resolver todas as demandas do paciente sozinho, ele entende que o paciente possui demandas de diversas origens, e reconhece que precisará se comunicar e associar outros saberes para resolver as demandas desse indivíduo.

Nesta pesquisa identificou-se nas falas essa necessidade, uma vez que é destacado a falta de formação para a atuação em rede e da atuação multiprofissional, principalmente voltada para o idoso.

A gente não tem aquela formação, aquela coisa pra orientar... a gente precisa passar por um cursinho assim. Porque eu acho que a gente aprende é na prática... ACS 6

Os participantes identificaram como aspectos fundamentais a um cuidado de qualidade, a presença de meios de comunicação eficazes entre os membros da equipe, além da colaboração mútua, bom relacionamento interpessoal, responsabilidade, comprometimento e boa prática em saúde.

As atitudes individuais, porém, também são destaque, uma vez que possibilita a busca do profissional em atender, além do que consegue ofertar, as demandas do paciente.

Porque, aqui nós somos em 4, 5 enfermeiros. Cada um tem o seu jeito de trabalhar. ENF 1

Na nossa área, a gente tenta conversar bastante, a gente tem essa ligação sim. Com o secundário. DENT 3

Eu acho que os funcionários, no caso superiores a mim, enfermeiros, médicos, técnicos, eles eram mais dedicados ao trabalho, eram mais humanos, tinham mais interesse e, com o passar do tempo, isso foi decaindo. ACS 7

A equipe multiprofissional se destacou na fala quando os participantes citaram a importância do serviço social no acompanhamento dos núcleos de famílias com idosos, nesse sentido o apoio deste profissional se tornou evidente, uma vez que para se alcançar o cuidado integral é necessário atuar nas questões sociais desse indivíduo afim de minimizar situações de risco e vulnerabilidade, que possam vir a piorar quadros de saúde.

Assistente social. A gente tem assistente social aqui, aí, tem hora que a gente tem alguns casos assim que a gente pede ajuda pra elas pra elas fazerem a visita, pra ajudarem a gente. TEC ENF 1

É, por exemplo, às vezes, tem situações que a gente precisa do apoio da assistente social. A gente entra em contato com ela. Que ela vem na unidade 2 vezes na semana. Então assim, é muito solto. ACS 1

A articulação da rede de cuidados na APS demonstra uma rede fragmentada, que tenta, a partir da interação dos profissionais e dos níveis de atenção dar continuidade as ações, na tentativa de estabelecer uma linha do cuidado.

É citado pelos profissionais alguns pontos de apoio para que os profissionais da APS possam encaminhar as demandas que não são absorvidas na unidade. Eles passam a ser alternativas para tornar o atendimento mais célere e integral.

Aqui, no caso da odonto, quando o idoso quer fazer uma prótese, a Uniube dá um suporte pra eles. "Tem tantas vagas", aí daqui é encaminhado pra fazer prótese. ACS 11

Tem vários que a gente atende em conjunto com o CRAS. Às vezes a gente que encaminha, às vezes eles que recebem alguma denúncia eu mando um e-mail pra atenção especializada e, geralmente, é atendido. Ou, simplesmente, a gente entra em contato com as unidades da especialidade. ENF 1

Os participantes demonstram suas frustrações quando percebem as possíveis consequências da fragmentação da rede na saúde do usuário,

principalmente decorrentes da demora de acesso aos demais recursos nos outros níveis de atenção. Ressalta-se que essa situação não é exatamente a falta de assistência, mas uma interrupção que os profissionais da APS sentem na continuidade do idoso pela rede.

São os encaminhamentos, às vezes, não depende só daquele outro profissional lá na frente, vai depender de outras pessoas. Dependendo da situação, de vaga hospitalar, então assim, essa parte burocrática está lenta. ACS 6

Quando você precisa de uma atenção diferente do setor secundário ou terciário ou qualquer que seja, pra outro setor da primária, você tem muita dificuldade em alcançar aqui em Uberaba. Independente da idade, não só pro idoso... eu acho que existe uma rigidez muito grande da atenção secundária e terciária. ACS 7

A rede de Uberaba, eu acho que ela é bem deficitária, porque a gente não tem tanto vínculo, principalmente com os especialistas pra realmente ser em rede. Quando a gente encaminha, complica, porque nem sempre a gente tem a contrarreferência. Nem todo profissional preenche o prontuário eletrônico, porque eu sempre leio todas as consultas. MED 1

Alguns depoimentos fundamentam este conceito, a atuação dos profissionais de saúde gera uma interação com a rede, que, devido a sua fragmentação, dificulta a integridade e a celeridade esperada para o processo de cuidado.

Uma interação eficaz entre os profissionais se apresenta como peça fundamental para a produção do cuidado na perspectiva de rede. Nas falas percebe-se que não há um pensamento de atendimento multiprofissional, havendo uma sobrecarga do atendimento do médico e do enfermeiro, tanto pela equipe, quanto pela população.

Porém, a fala de uma médica destaca a importância de uma boa interação profissional, uma vez que quando houve uma interação/comunicação efetiva entre profissionais, ela pode exercer suas funções mais integralmente.

E eu fui surpreendida, porque um cardiologista me mandou uma contrarreferência e isso modificou totalmente o tratamento do paciente, o vínculo com o serviço, então assim, isso deveria ser regra pra todos os lugares. MED 1

Desse modo, percebe-se, que as experiências dos participantes relacionadas ao cuidado na perspectiva da continuidade dentro da rede de atenção



à saúde, quando existente, ocorre quando há relações e articulações intraequipes, junto à gestão e entre profissionais e usuários/família, no entanto, tais relações não estão descritas por meio de protocolos, acontecendo, na maioria das vezes, empiricamente e do desejo de ajudar o paciente.

#### **6.2.5 Categoria 5 – Assegurando o acesso da assistência ao Idoso na rede**

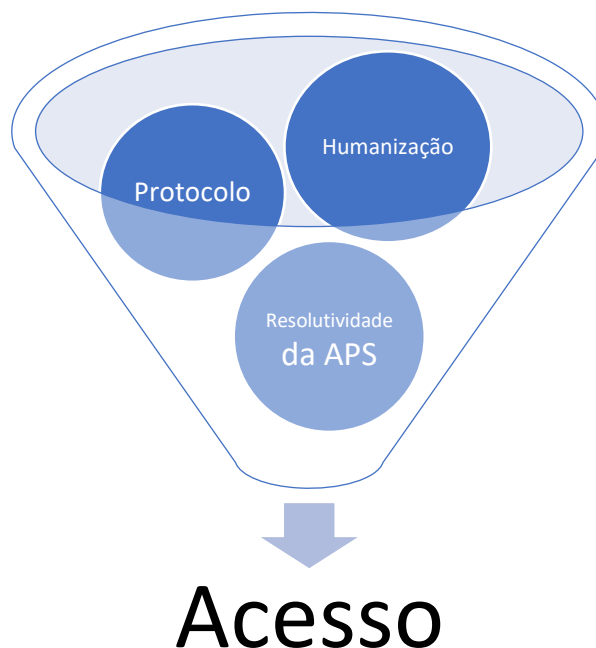
Destacam-se duas situações que estão presentes no cenário de cuidado ao usuário na rede de atenção, a demanda e a oferta dos serviços de saúde na atenção primária. Não há como garantir o cuidado ágil a qual o usuário busca, pois muitas vezes a demanda reprimida supera a oferta de vagas, e em alguns casos é necessário recorrer aos demais níveis de atenção que fazem parte da rede, para a integralidade do atendimento, ocasionando maior demora do mesmo.

Vale ressaltar que buscar atendimento em diferentes locais de atenção não sugere encontrar respostas imediatas aos problemas de saúde, porque a incorporação destes problemas pela rede de serviços é marcada por contratempos que dificultam a resolução imediata, sendo preciso lançar mão de diferentes fluxos de acesso para um cuidado assistencial resolutivo.

Perante a essa conjuntura, a categoria apresentou as seguintes subcategorias:

- Refletindo sobre a humanização do atendimento ao idoso
- Revelando a importância de protocolo de atendimento
- Pensando sobre a resolutividade da APS

Figura 10 – Assegurando o acesso da assistência ao idoso na rede



Fonte: dos autores, 2022.

Na busca para assegurar o acesso da assistência ao idoso na rede do idoso, esbarra-se em alguns entraves que podem dificultar sua entrada, permanência e conclusão de seu atendimento. Destacam-se nas falas dos profissionais, como fatores dificultadores, a condução dos idosos nos diferentes níveis assistenciais, principalmente a dificuldade do acesso dos idosos aos serviços, as questões sociais e as inerentes à sua funcionalidade que impedem o idoso de prosseguir com seu atendimento, além da infraestrutura das unidades, uma vez que a falta de recursos materiais, equipamentos e mobiliários impedem a consolidação de um atendimento de qualidade.

Observa-se que para o enfrentamento a esses entraves, a Gestão tem que tomar papel de destaque. O enfrentamento desses desafios vão além dos cuidados profissionais, necessitando de investimentos e organização do sistema de saúde para a prestação de uma assistência efetiva.

Quando eles têm condição de vir, eles vêm, ou então, quando não tem, a gente vai na casa dos que tem dificuldade de deambulação, né, a gente vai em casa... ACS 3

Muitos deixam de fazer os exames, por conta que não tem condição de ir lá colher o sangue, não tem quem leve, às vezes, não tem dinheiro pra

pagar. ACS 3

Tem coisa que é muito longe, o idoso não consegue chegar, nem todo idoso consegue andar sozinho de ônibus, às vezes ele tem que ir em vários locais pra completar o seu acompanhamento. ENF 2

Porque a comunicação é restrita até nas unidades por falta de estrutura. Nós não temos nem telefone pra ligar pra paciente... MED 4

A humanização no atendimento também é fator crucial na qualidade de assistência. Mesmo existindo uma rede, sem um atendimento humanizado o cuidado não será realizado. A humanização nesta pesquisa é destacada principalmente pelo modo como o profissional lida e atende o idoso, destacando que essa é uma prática que carece de cuidados e uma escuta ativa.

...pra você conseguir falar pro idoso, vocês tem que ter um pouco de paciência... a gente faz orientação até que não é do nosso setor... eles perguntam uma coisa simples, como olhar no meu celular, uma hora. ACS 6

Tem alguns profissionais que ficam naquela coisa de infantilizar muito o idoso. Eu não acho que seja uma coisa certa, sabe... Ver se realmente compreendeu o que está falando, se sua mensagem foi entendida Ter um carinho também, porque você percebe que grande parte da população idosa precisa de uma atenção especial. TEC ENF 4

O problema é essa cultura de que vir no médico é difícil. Então, à medida que a gente vai construindo o vínculo e vai conseguindo quebrar esses padrões, o atendimento vai ficando melhor. E aí eles começam a trazer os netos, começam a trazer os filhos, começam a trazer outras pessoas. MED 1

Um atendimento humanizado e a consolidação da rede de atenção a saúde do idoso pode ser alcançada, ou no mínimo facilitada pela existência de um protocolo de atendimento, ou seja, um fluxo que facilite, oriente e resolva as demandas da população de forma específica e individualizada. Nas falas percebe-se que não há nenhum fluxo para o atendimento ao idoso, ele enfrenta a fila sem o profissional ter a autonomia de colocá-lo como prioridade. Há inclusive limitações no pedido de exames e encaminhamentos, dificultando o acesso fluido do idoso aos serviços que necessita.

A gente não tem acesso, mas a gente percebe que, conforme a idade é mais avançada, os exames e os agendamentos acontecem um pouco mais rápido. ENF 1

Olha, no nível aqui da odontologia, se precisar de algum atendimento à nível secundário, a gente entra em contato com a URS, a gente passa o que está acontecendo e dá continuidade pra esse paciente. DENT 3

Limitação de exames, por exemplo, a gente não tem acesso a todos os exames, por exemplo um quadro demencial, que a gente precisaria de uma tomografia, a gente não tem acesso. Ele precisa passar pra um especialista, ou pro neuro, ou com o geriatra pra conseguir. MED 2

A falta de protocolo traz a tona a capacidade da APS em resolver os problemas e demandas desta população. Muitos participantes citam os grupos, como o Hiperdia como a principal ferramenta da APS para prestar atendimento e resolver as demandas desta população, o agendamento da consulta também é citado, assim como as visitas domiciliares. Porém destaca-se que todos esses procedimentos são feitos de acordo com cada profissional, não havendo, por parte da gestão qualquer protocolo ou fluxo.

Nos grupos de hiperdia, faz um trabalho... completo pra essa população, Mas, na maioria das vezes, ele vai pra uma fila normal igual qualquer outra pessoa. ACS 1

Assim, o idoso que chega numa unidade básica de saúde, na maioria das vezes, é encaminhado para conversar com o enfermeiro da equipe adstrita da ESF, que faz a escuta inicial e acolhimento dessa demanda espontânea. Os atendimentos são de acordo com a necessidade geral dos pacientes, cada profissional segue seu critério e um fluxo próprio uma vez que não existe padronização dos atendimentos e/ou modelo assistencial definido pela gestão.

Outro fator importante é que muitas vezes o desejo do paciente e o serviços disponível e ofertado não se congruem, o que pode gerar conflitos durante o cuidado. A empatia, humanização e agilidade na resolução das demandas dos idosos são fatores essenciais, de acordo com os participantes para um melhor atendimento ao idoso.

Porque a receita, na cabeça do idoso, é um papel e ele tem de passar em uma consulta e esperar 4 horas. Eu acho que isso aí, na minha opinião, é muita dó do paciente. Por causa de um encaminhamento, um idoso de 80 e tantos, ele espera 4 horas. Em pé, porque não tem cadeira também. ACS 4

É o vínculo com a atenção, com a estratégia. O vínculo que tem aqui com a nossa equipe é o que facilita pra eles aí passou do atendimento aqui, se for fazer, por exemplo, um exame laboratorial, tem que fazer um a consulta mais específica, aí a gente já perde o paciente, porque ele vai pra fila e a gente já não sabe quanto tempo. MED 2

### 6.3 O PARADIGMA E DIAGRAMA FINAL DO FENÔMENO

Para a construção da teoria do presente estudo foi utilizado como ferramenta analítica, o paradigma. Este é composto por três códigos teóricos: condições, ações/interações e consequências. As condições dizem respeito a elucidação dos problemas, revelam os eventos que levam a ocorrência ou desenvolvimento do fenômeno. Que, por conseguinte, promoverá ou restringirá uma ação/interação como resposta ao problema elucidado. Os efeitos relacionados a essas ações, serão as consequências (CORBIN; STRAUSS, 2015).

O quadro 4 representa o esquema paradigmático, relacionando o fenômeno central e as categorias e subcategorias levantadas.

Quadro 4 - Paradigma

CODIFICAÇÃO ABERTA	CODIFICAÇÃO AXIAL			CODIFICAÇÃO INTEGRATIVA
CÓDIGOS	SUBCATEGORIAS	CATEGORIAS	CIRCUNSTÂNCIAS	FENÔMENO CENTRAL
	Solicitando atendimento na APS e na AS	Demandando assistência aos idosos	CONDIÇÕES	Construindo a Rede de Cuidados aos Idosos, sob a Ótica da ESF
	Identificando as principais demandas do idoso na APS			
	Revelando dificuldades na rede de assistência	Revelando as dificuldades/obstáculos para o atendimento à pessoa idosa		
	Refletindo sobre a desassistência para a população idosa			
	Revelando as dificuldades relacionadas a recursos para atendimento adequado ao idoso			
	Encontrando dificuldades na operação do sistema de referência e contra referência de atendimento			
	Reconhecendo o funcionamento da rede de Uberaba	Operando a rede para o cuidado integral ao idoso	AÇÕES/INTERAÇÕES	
	Refletindo sobre o entendimento dos profissionais sobre a rede			
	Refletindo sobre os pontos de apoio na rede para atendimento ao idoso			
	Encaminhando o idoso nos diferentes níveis assistenciais			
	Capacitando profissionais para atendimento ao idoso	Lidando com os diferentes saberes profissionais	CONSEQUÊNCIAS	
	Revelando as interações e vínculo entre profissionais			
	Refletindo sobre a humanização do atendimento ao idoso	Assegurando o acesso da assistência ao idoso na rede		
	Revelando a importância de protocolo de atendimento			
	Pensando sobre a resolutividade da APS			

Fonte: dos autores, 2022

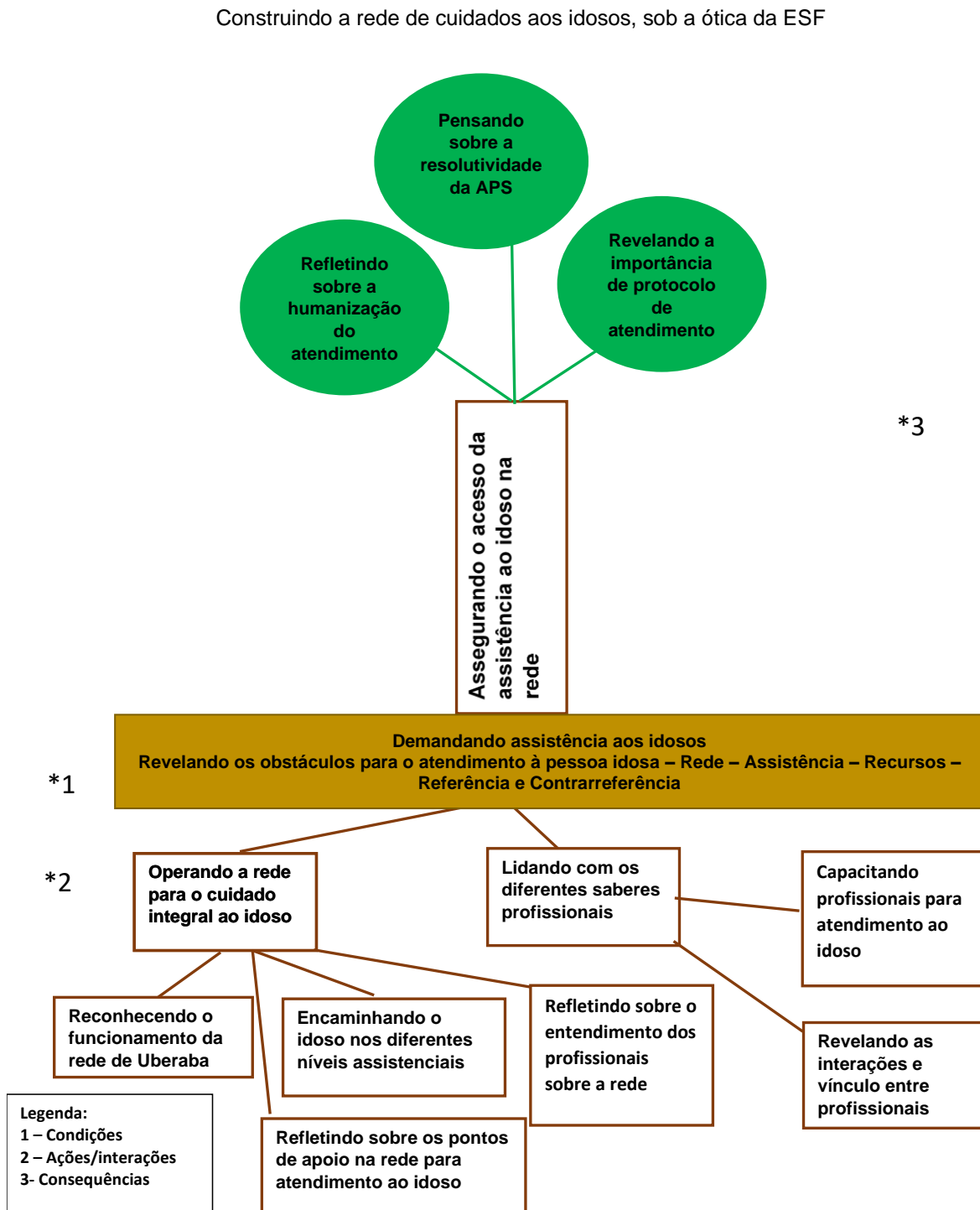
A representação paradigmática do modelo teórico elaborado a partir desse estudo permite a percepção da interconexão entre as categorias, constituindo-se de um processo contínuo, no qual o fenômeno elucidado, integra todas as circunstâncias ou condições que explicam o cuidado do idoso na rede sob a ótica da ESF.

A construção da rede para o cuidado da pessoa idosa sob a perspectiva da ESF, ocorreu devido a necessidade de solucionar as *condições* advindas do contexto do cuidado ao idoso no município de Uberaba, a citar, demandas primárias e especializadas, dificuldades na rede de assistência, integração da rede, integralidade do atendimento, desconhecimento dos serviços disponibilizados, obstáculos para o atendimento à pessoa idosa, que resultaram numa *ação* por parte dos profissionais da ESF, que foi tentar operar uma rede de serviços de saúde, utilizando-se dos escassos recursos, da interação com demais profissionais e com demais níveis de assistência, e ainda, de seu entendimento pessoal sobre funcionamento de rede, na tentativa de proporcionar a continuidade do atendimento do idoso na rede. A *consequência* dessas ações tiveram a intenção de assegurar a assistência ao idoso dentro da rede.

A Figura 11 constitui o diagrama final do fenômeno em estudo, representando o modelo teórico que tem orientado os profissionais da ESF na assistência ao idoso na RAS. Por meio da representação de um modelo arboresco, faz-se a alusão de que para se ter uma árvore forte e saudável, as raízes devem estar profundas em solo fértil.

Desta forma, a árvore representa o acesso assegurado do idoso na rede, ou seja, o idoso assistido; as raízes são referências às ações/interações dos profissionais na assistência ao idoso e o solo representa as condicionalidades que afetam suas raízes e sua árvore.

Figura 11 - Diagrama final do fenômeno em estudo



Fonte: dos autores, 2022.



## 7 DISCUSSÃO

Esta pesquisa resultou na construção de um modelo teórico que representa o fenômeno “Construindo a rede de cuidados aos idosos, sob a ótica da ESF.”

Para discutir os resultados encontrados e assim tornar possível a construção de modelo de assistência aos idosos que tem orientado os profissionais da ESF, foi usado o referencial do Interacionismo Simbólico (IS), uma vez que esse referencial permite reconhecer o cuidado numa perspectiva social de continuidade, compreensão essa, essencial uma vez que a RAS do idoso foi identificada como fragmentada. Assim usando esse referencial seria possível a percepção das relações entre equipes, paciente e sua família.

Nesse contexto o cuidado vai além de procedimentos técnicos e intervenções invasivas, ele permeia as relações afetivas e dimensões simbólicas do indivíduo. Assim, é essencial compreender que o cuidado ao idoso é um fenômeno social e é influenciado por ações e reações, comportamentos e atitudes, sendo assim o referencial do IS é essencial para compreender o âmbito social e relacional do fenômeno (AGUIAR; MENEZES; CAMARGO, 2017).

Como apontado na primeira categoria, é notório que o idoso apresenta demandas e especificidades biopsicossociais muito diferentes da pessoa adulta. Diante desta complexidade, faz-se necessário existir uma ruptura do modelo único para atendimento à população, pois esta assistência delimita a assistência ao cuidado de acordo com as necessidades do sistema e não da individualidade de cada um dos usuários. Assim deve-se fundamentar a implementação de modelos de atenção a idosos que sejam norteados por fluxo no sistema de saúde com uma maior flexibilização e organização das ações de cuidado a partir das demandas dos usuários idosos. Muitos são os desafios para a efetiva instauração de um sistema de saúde flexível e adaptado que eleve a ampliação das possibilidades de cuidados necessários para esta população (COELHO; MOTTA; CALDAS, 2019).

Em virtude de vários aspectos, como demográficos e epidemiológicos, há uma maior demanda de idosos nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), assim inúmeras adversidades ocorrem em relação ao atendimento desta população, muito destes problemas decorrem pela grande especificidade do cuidado prestado à pessoa idosa.

Observou-se que algumas demandas não são solucionadas na APS por desconhecimento dos profissionais sobre a especialidade solicitada. Demandas de Saúde Mental e de especialidades com diagnóstico clínico, são encaminhadas para a AS demasiadamente sem a devida necessidade.

Uma alternativa para este desafio seria a realização do Matriciamento em Saúde e a implementação simples, de um sistema de referência e contrarreferência. Desta forma, profissionais da AS poderiam atuar juntamente com os da APS evitando assim, encaminhamentos desnecessários e morosidade na assistência.

Segundo Figueiredo e Paula (2021), o apoio matricial é considerado determinante no processo saúde-doença, uma vez que aponta e reforça para a troca de experiências como sendo um caminho potente para a construção e reconstrução de conhecimento.

Estudo relata que os participantes ressaltam para que sejam vencidas as dificuldades para o avanço da intersetorialidade, os desafios de trabalhar em parcerias, a falta de recursos, a falta de clareza e de direcionalidade política dos municípios devem ser dominados de forma progressiva. As falas dos anuentes refletem na verdade as tentativas de ações intrasetoriais, e, não ações efetivas. A intersetorialidade é um dos pontos chaves para a desfragmentação das ações e dos serviços de saúde para que seja eficaz o cuidado integral ao idoso. (PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE MINAS GERAIS *et al.*, 2017).

Pesquisa com método de grupos focais revela uma flutuação de opiniões entre o excesso de demanda dos idosos e a carência de recursos humanos, principalmente da categoria médica. As falas trazem a assistência a muitos usuários cadastrados na unidade de saúde, o atendimento a usuários de outras áreas de abrangência e o maior tempo de atendimento despendido ao idoso, todos estes quesitos afetam a produtividade tão cobrada pelos gestores. Neste contexto, há um agravamento pela falta de médicos, dificultando a organização do processo de trabalho das Unidades de Saúde da Família sobrecarregando outros profissionais. Ainda é encontrada uma assistência centrada na consulta médica e o modelo pautado na produção e não na qualidade de resolução das demandas desta população (COELHO; MOTTA; CALDAS, 2019).

Ademais, como exposto na segunda categoria, as dificuldades relacionadas

a escassez de recursos humanos, materiais, estruturais e de tecnologia, são condicionalidades que refletem diretamente na assistência prestada à pessoa idosa. O comprometimento individual e até mesmo de algumas equipes tem colaborado para a integralidade do atendimento do idoso, haja vista que mesmo não existindo um fluxo a ser seguido, os profissionais buscam por outros caminhos considerados “informais”. Entretanto, cabe ressaltar, que essas tentativas informais, não resultam em mudanças coletivas, apenas em benefícios individuais.

Pode-se afirmar que as políticas públicas foram construídas de forma estrutural evidenciando à atenção ao idoso, porém observa-se pelas falas que esta implementação está impregnada por dificuldades tanto as relacionadas aos recursos financeiros quanto aos humanos (PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE MINAS GERAIS *et al.*, 2017).

Além das dificuldades apresentadas pelos profissionais em todas as categorias deste estudo, há também a questão da autonomia e conhecimento por parte dos próprios idosos. Os participantes de um estudo retratam um processo dificultador referente aos próprios idosos, que são resistentes em integrar as ações de prevenção de agravos e promoção à saúde. Este bloqueio pode estar associado ao modelo de saúde centrado na doença, tão vivenciado por esta população. Desta forma este fator interfere diretamente no fluxo da RAS, além da própria falta de conhecimento dos idosos sobre os serviços a eles ofertados (RAMOS; BOCCHI, 2022; PRADO; SANTOS, 2018).

O conhecimento dos serviços de saúde disponibilizados para atendimento ao idoso é fator primordial para a prestação da assistência, haja vista que é preciso além de saber a causa do encaminhamento, o lugar/nível assistencial a que se deve encaminhar o usuário. Contudo, vale destacar que sem comunicação entre os diferentes níveis assistenciais, as lacunas da assistência são reveladas, e a rede desfragmenta-se. Como mostrado nesta categoria, e também no decorrer das demais, os profissionais não identificam a presença da rede, e quando a citam, ou confundem seus conceitos, ou a apresentam fragmentada e sem organização.

Ramos e Bocchi (2022) ressaltam a ausência de uma RAS ao idoso efetiva que realmente integre os diversos níveis de serviços assistenciais que incorporem as necessidades de saúde, bem como as sociais, implementando os princípios do

SUS onde a promoção à saúde deve ser holística aos idosos (RAMOS; BOCCHI, 2022).

Outro estudo, na região metropolitana de Belo Horizonte, cujo objetivo foi avaliar a rede de atenção à saúde do idoso, verificou que, embora avanços tenham sido registrados, ainda são encontradas ações fragmentadas e insuficientes em grande parte dos municípios investigados. Em conclusão, os pesquisadores revelam que o cuidado em rede à pessoa idosa nestes municípios acontece de maneira deficiente corroborando com a literatura científica que traz como principal causa a lentidão nos processos de implementação das políticas públicas (PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE MINAS GERAIS *et al.*, 2017).

A condução dos idosos nos diferentes níveis de atenção se esbarra na falta de implementação de protocolos de encaminhamentos, na falta de informatização da saúde e no desconhecimento dos profissionais.

Estudo aponta que, de maneira geral, não se encontra estruturada uma rede de serviços de saúde específica para a atenção ao idoso. O idoso é acolhido na APS, em que recebe cobertura das equipes de saúde da família, porém a partir deste ponto as dificuldades se instalam (PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE MINAS GERAIS *et al.*, 2017).

Os encaminhamentos realizados pela APS para as especialidades ou mesmo a solicitação de exames de média e alta complexidade feitos pela fila eletrônica são situações dificultadoras. Corroborando com esta pesquisa, um estudo realizado em Pirai revela que na opinião dos profissionais entrevistados, os idosos que se encontram em vulnerabilidade sofrem com uma maior dificuldade para o acesso ao serviço de saúde, pois necessitam de um acompanhante ou, por vezes, do serviço de transporte especializado (COELHO; MOTTA; CALDAS, 2019).

Quando se analisa criteriosamente a RAS, esta não possui uma articulação coesa, principalmente por falta de instrumentações eletrônicas para ocorra uma comunicação rápida e efetiva, este fato pode ser exemplificado por problemas na utilização de prontuário eletrônico, bem como ausência e dificuldades na contrarreferência (RAMOS; BOCCHI, 2022).

A partir dos discursos encontrados nesta pesquisa, é possível compreender que os participantes mesmo reconhecendo que as políticas públicas estão alinhadas e no caminho certo, ainda não conseguem atender a algumas lacunas,

como a RAS ao idoso. Considerando o IS, as pessoas elaboram ferramentas para si mesmas e são capazes de raciocinar e interpretar afim de se adaptar a circunstâncias, de forma flexível, afim de atender os objetivos pré definidos (CHARON, 1989). Sendo assim, buscam através de outras alternativas, prestar assistência ao idoso.

Não há dúvidas que aconteceu nos últimos anos um desenvolvimento grandioso relacionado a legislação relevante a população idosa, as leis e as políticas públicas foram elaboradas expressando um real desenvolvimento baseado nos princípios do SUS, mas o que se constata é que a prática destas ações e intervenções não seguiram esta evolução ao prestar a assistência a este população.

Um fator relevante levantado pelos profissionais e categorizado através da construção da categoria quatro, foi a capacitação profissional. Para se trabalhar em saúde é necessária capacitação para que o profissional se aproprie dos conhecimentos necessários para a condução das demandas do paciente. Ações de educação permanente devem ser um dos pilares das gestões públicas, sempre proporcionando aos profissionais oportunidades de aprendizado e discussão das melhores ações na prática.

Com esta demanda singular, os profissionais de saúde sofrem com a lacuna na formação associadas ao cuidado prestado aos idosos (PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE MINAS GERAIS *et al.*, 2017).

Além da formação profissional, essa categoria apresentou as interações e vínculo entre profissionais. Observa-se que na ausência de protocolos de atendimento, a relação amistosa entre profissionais do mesmo e de diferentes níveis assistenciais auxiliam na resolução de problemas relacionados à assistência aos idosos.

No entanto, animosidades entre profissionais podem acontecer devido encaminhamentos equivocados, o que pode provocar uma descontinuidade de assistência. Saber as atribuições dos profissionais de uma equipe, é condição básica para o atendimento multiprofissional.

Observa-se dentro da própria APS, desconhecimento das ações dos profissionais de apoio à ESF, desperdiçando-se assim, poderosas trocas de experiências para cescimento profissional e para a construção de ações

intersetoriais.

De acordo com o IS, o comportamento dos indivíduos é baseado em atos sociais, e passa a ser avaliado pelas ações manifestadas pelas pessoas, mas também por atividades encobertas, ou seja aquelas influenciadas por experiências internas e vivências interacionais do indivíduo. O comportamento humano, então, deve ser compreendido em termos sociais, e não apenas dependente de vivências internas (STRAUSS; CORBIN, 2009). Sendo assim, a dificuldade de interação e compreensão dos diferentes saberes multiprofissionais, deixam claro o quão desafiante é trabalhar em equipe, portanto para que haja verdadeira mudança é preciso lançar-se mão de uma visão do todo, e não somente do indivíduo.

Colocar-se no lugar do outro é um princípio importante de acordo com o IS, entender como o outro funciona, ou pelo menos esforçar-se para adaptar-se a situações é uma das ferramentas para superar desafios. Permite ao indivíduo “ensinar, aprender, cooperar, agir moralmente, ter simpatia, influenciar, ajudar, proteger-se, controlar suas próprias ações e perceber as consequências de suas ações” (CHARON, 2010).

Assim, reconhecendo as conjunturas do Interacionismo Simbólico, da intersetorialidade e a importância das políticas públicas de saúde para os idosos, os profissionais da ESF, tem buscado alternativas para superar a ausência de protocolos de atendimento e promover uma assistência digna aos idosos.

Na tentativa de assegurar o acesso do idoso na RAS, os profissionais da ESF buscam atender de forma humanizada e resolutiva, ainda no primeiro nível de atenção assistencial. No entanto, o esforço para que se trabalhe em “rede” torna-se mais complicado pela inexistência de um modelo assistencial, dificultando sobremaneira o seu êxito.

Ramos e Bocchi (2022) esclarecem que os entrevistados em sua pesquisa idealizam uma assistência integral ao idoso, mas pelas circunstâncias acabam por ficar sem motivação para exercer a movimentação desta população pela rede de atenção integral ao idoso, pela real diminuição da resolutividade da APS em decorrência da desestruturação da RAS (RAMOS; BOCCHI, 2022).

Segundo Mead, um dos precursores do IS, quando se entende os significados e eles são compartilhados entre pessoas numa mesma situação, há a modificação interna, se modulando condutas de forma coerente e compartilhada

(BLUMER, 1969).

Assim, à luz do IS e das legislações e políticas públicas, percebe-se a necessidade urgente de se trabalhar profundamente os conceitos e aplicações da RAS. Nota-se inúmeros desafios que precisam ser superados para que os princípios do SUS e regulamentos da RAS sejam respeitados (RAMOS *et al.*, 2022)

O produto final deste estudo foi a construção do modelo teórico que tem orientado a assistência aos idosos na rede na perspectiva dos profissionais da ESF, com o fenômeno central “Construindo a rede de cuidados aos idoso, sob a ótica da ESF”. Através desse modelo pode-se observar é que a rede construída pela perspectiva da ESF para atendimento ao idoso, segue muito mais um modelo de “ação e reação”, de ações individuais e/ou de grupos profissionais sem seguir a um protocolo específico, do que como o modelo mais atualizado de rede proposto por Mendes (2010), de uma RAS interconexa e integrada.

Entretanto, vale ressaltar que esses profissionais tentam diariamente “encontrar caminhos” na rede para que o idoso seja atendido e tenha a integralidade do seu atendimento, deixando claro, a fragilidade da gestão pública, no cumprimento mínimo dos princípios que regem o SUS.

## 8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Pode-se concluir que de acordo com os discursos encontrados, os participantes destacam a fragmentação da rede de atenção a saúde do idoso, destacando como grandes dificuldades a comunicação entre os serviços, falta de referência e contrarreferência, falta da continuidade do cuidado, além da falta de recursos humanos e materiais.

Considerando o IS, pode-se perceber a lacuna nas políticas públicas municipais em trabalhar o social, tanto por parte dos profissionais quanto por parte da população. Um dos principais dificultadores identificados pela pesquisa foi a comunicação entre os serviços e profissionais, destacando esse fato como algo essencial a ser trabalhado.

Entretanto ficou evidenciado que os problemas e condições elencados são antigos. O modelo teórico construído, infelizmente, deixa claro que não há uma rede estabelecida, e sim uma tentativa de continuidade do atendimento na rede, sob os esforços dos profissionais nela inseridos, sem orientação, por modelos regulados, da gestão pública.

Acredita-se que essa possa ser uma realidade de muitos municípios. Desta forma, espera-se que o modelo teórico apresentado possa subsidiar a construção de um modelo de cuidado à pessoa idosa na RAS, que considere efetivamente a realidade dos serviços de saúde e que seja voltado para as demandas, necessidades e direitos do idoso em seu contexto de vida.

Como limitação deste estudo destaca-se o próprio método da TFD que permite possíveis críticas ao modelo desenvolvido. Assim não pode-se afirmar que o modelo criado esteja finalizado, podendo, ainda, ser lapidado, através do surgimento de novas informações e inquietações para seu aprimoramento.



## REFERÊNCIAS

AGUIAR, A. C. de S. A.; MENEZES, T. M. de O.; CAMARGO, C. L. de. Significado do cuidar de pessoas idosas sob a ótica do familiar: um estudo interacionista simbólico. **Revista Mineira de Enfermagem**, v. 21, n. 0, 2017. Disponível em: <<http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/1140>>. Acesso em: 4 jul. 2022.

ARANTES, L. J.; SHIMIZU, H. E.; MERCHAN-HAMANN, E. **Contribuições e desafios da Estratégia Saúde da Família na Atenção Primária à Saúde no Brasil: revisão da literatura**. Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 21, n. 5, p. 1499-1510, May 2016. Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232016000501499&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232016000501499&lng=en&nrm=iso)>. access on 22 Feb. 2020.

BARRETO, R. D. O.; CARRIERI, A. D. P.; ROMAGNOLI, R. C. O rizoma deleuze-guattariano nas pesquisas em Estudos Organizacionais. **Cadernos EBAPE.BR**, v. 18, p. 47–60, 17 abr. 2020.

BIDDLE, S. J. H.; NIGG, C. R. Theories of exercise behavior. **Int J Sport Psychol**, v. 31, p. 290-304, 2000.

BLUMER, H. **Symbolic interacionism: perspective e method**. University of Califórnia. Berkeley: 1969.

BRASIL. **Atender o idoso pelo Centro Mais Vida**. 2019. Disponível em <<https://www.gov.br/pt-br/servicos-estaduais/atender-o-idoso-pelo-centro-mais-vida-cmv>>. Acesso em: 25 março 2020.

BRASIL. **Brasil fará parte da pesquisa internacional sobre o idoso** [Internet]. 2017a [acesso em 2018 Out 26]. Disponível em: <<http://www.brasil.gov.br/noticias/saude/2012/10/brasil-fara-parte-de-pesquisa-internacional-sobre-idoso>>. Acesso em: 02 Jun 2020.

BRASIL. Câmara dos Deputados. Decreto nº 1.948, de 03 de julho de 1996. Regulamenta a Lei 8.842, de 04 de janeiro de 1994. Dispõe sobre a Política Nacional do Idoso, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, 4 jul 1996; Seção I. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/decreto/d1948.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/d1948.htm).

BRASIL. Casa Civil. Lei nº. 8.842, de 04 de janeiro de 1994. Dispõe sobre a Política Nacional do Idoso (PNI), cria o Conselho Nacional do Idoso e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, 5 jan 1994. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/L8842.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8842.htm).

BRASIL. [Estatuto do idoso (2003)]. Legislação sobre o idoso : Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003 (Estatuto do idoso) e legislação correlata [recurso eletrônico]. – 3. ed. – Brasília : Câmara dos Deputados, Coordenação Edições Câmara, 2013. 124p.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Assistência de Média e Alta Complexidade no SUS / Conselho Nacional de Secretários de Saúde.** – Brasília :CONASS, 2007. 248 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Caderneta de Saúde da Pessoa idosa.** Brasília, 2014a

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes para o cuidado das pessoas no SUS:** proposta de atenção de modelo integral. Brasília, 2014b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Atenção Especializada.** 2017b. Disponível em <<https://www.saude.gov.br/sistema-unico-de-saude/estrutura-do-sus/770-sistema-nacional-de-saude/40317-atencao-especializada>>. Acesso em 22 de jan. de 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Orientações técnicas para a implementação da linha de cuidado para a atenção integral à saúde da pessoa idosa.** Brasília-DF, 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **O SUS de A a Z : garantindo saúde nos municípios.** Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde. – 3. ed. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2009. 480 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria de Consolidação GM/MS N° 2, de 28 de setembro de 2017.** Anexo XII. Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. Brasília: Ministério da Saúde, 2017a. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0002\\_03\\_10\\_2017.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0002_03_10_2017.html)>. Acesso em: 15 janeiro 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM nº 2.528 de 19 de outubro de 2006. Brasília-DF, 2006. Disponível em <[https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt2528\\_19\\_10\\_2006.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt2528_19_10_2006.html)>. Acesso em: 06 março 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 123, de 25 de janeiro de 2012. **Define os critérios de cálculo do número máximo de equipes de Consultório na Rua (eCR) por Município.** Brasília (DF). 2012a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 399,** de 22 de fevereiro de 2006a. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. Brasília-DF. 2006.

BRASIL. Ministério de Saúde. **Portaria n. 1395,** de 10 de dezembro de 1999. Aprova a Política Nacional de Saúde do Idoso [Internet]. Brasília; 1999 [citado 2009 out. 19]. Disponível em: [http://dtr2004.saude.gov.br/susdeaz/legislacao/arquivo/Portaria\\_1395\\_de\\_10\\_12\\_1999.pdf](http://dtr2004.saude.gov.br/susdeaz/legislacao/arquivo/Portaria_1395_de_10_12_1999.pdf)

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1889, de 18 de novembro de 1997.** Aprova Normas e Diretrizes do Programa Agentes Comunitários da Saúde e do

Programa Saúde da Família. Legislação do SUS. Brasília (DF): CONASS; 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.976, de 12 de setembro de 2014.** Altera e acrescenta dispositivos à Portaria nº 1.412/GM/MS, de 10 de julho de 2013. Brasília (DF). 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010.** Estabelece Diretrizes para a Organização da Rede de Atenção em Saúde no âmbito do SUS. Brasília (DF), 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Princípios do SUS. 2017b. Disponível em <<https://www.saude.gov.br/sistema-unico-de-saude/principios-do-sus>>. Acesso em 02 de nov. de 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica. Saúde mais perto de você: acesso e qualidade da atenção básica (PMAQ-AB).** Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012.

CABRAL, J.F. *et al.* AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DO IDOSO NA PERCEPÇÃO DE PROFISSIONAIS. **Revista Brasileira em Promoção à Saúde**, v. 32, p. 8367, 2019. DOI: 10.5020/18061230.2019.8367.

CAMPOS, G.W.S. **Regionalização é o futuro do SUS**. Brasília: Região e Redes; 2014. [acessado Dez 19]. Disponível em: <http://www.resbr.net.br/regionalizacao-e-o-futuro-do-sus/>.

CASANOVA, A. O. *et al.* A implementação de redes de atenção e os desafios da governança regional em saúde na Amazônia Legal: uma análise do Projeto QualiSUS-Rede. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 4, p. 1209-1224, Apr. 2017. Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232017002401209&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232017002401209&lng=en&nrm=iso)>. access on 23 Feb. 2020. <https://doi.org/10.1590/1413-81232017224.26562016>.

CASSIANI, S. de B.; CALIRI, M.H.L.; PELÁ, N.T.R. A teoria fundamentada nos dados como abordagem da pesquisa interpretativa. **Rev. latino-am. enfermagem**, v.4, n. 3, p. 75-88, dezembro 1996.

CECILIO, L.C.O. Modelos tecno-assistenciais em saúde: da pirâmide ao círculo, uma possibilidade a ser explorada. **Cad Saúde Pública**, v. 13, n. 3, p. 469-478, 1997. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X1997000300022>.

CHARON, J. M. **Symbolic interactionism: an introduction, an interpretation, an integration.** 10a ed. New Jersey: Prentice-Hall; 2010.

CHENITZ, W. C; SWANSON, J. M. (Org). **From practice to Teoria Fundamentada nos Dados.** Canada: Addison-Wesley Publishing Company, 1986.

COELHO, L. P.; MOTTA, L. B. D.; CALDAS, C. P. Rede de atenção ao idoso: fatores facilitadores e barreiras para implementação. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 28, e280404, 25 fev. 2019.

CORBIN, J.; STRAUSS, A. **Basics of qualitative research: Techniques and Procedures for Developing Grounded Theory**. 4a ed. Califórnia: SAGE, 2015.

CRESWELL, J.W. **Investigação Qualitativa e Projeto de Pesquisa: escolhendo entrecinco abordagens**. 3. ed. Porto Alegre (RS): Penso; 2014.

DANTAS, C.C. *et al.* Teoria fundamentada nos dados - aspectos conceituais e operacionais: metodologia possível de ser aplicada na pesquisa em enfermagem. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto , v. 17, n. 4, p. 573-579, Aug. 2009 . Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-11692009000400021&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692009000400021&lng=en&nrm=iso)>. access on 21 may 2020. <https://doi.org/10.1590/S0104-11692009000400021>.

DIAS, Maria Berenice. **Manual de Direito das Famílias**. 11 ed. rev., atual. ampl. , São Paulo: Revista dos Tribunais, 2016.

ERDMANN, A. L. *et al.* A atenção secundária em saúde: melhores práticas na rede de serviços. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto , v. 21, n. spe, p.131-139, Feb. 2013 . Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-11692013000700017&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692013000700017&lng=en&nrm=iso)>. Access on 22 Feb. 2020. <https://doi.org/10.1590/S0104-11692013000700017>.

GOMES, I. M. **Cuidado domiciliar familiar: vivência no pós-transplante de células-tronco hematopoiéticas pediátrico**. 149 f. Tese (Doutorado em Enfermagem), Universidade Federal do Paraná. Curitiba, 2016. Disponível em: . Acesso em: 13 jul. 2021.

PIMENTA, S. H. S.; RODRIGUES, L. R. Integração da rede de serviços de saúde: uma revisão integrativa. **São Paulo: Rev Recien.**, v. 11, n. 35, p. 45-58, 2021.

EVANGELISTA, M. J.O. *et al.* O Planejamento e a construção das Redes de Atenção à Saúde no DF, Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 24, n. 6, p. 2115-2124, June 2019 . Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232019000602115&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232019000602115&lng=en&nrm=iso)>. access on 23 Feb. 2020. Epub June 27, 2019. <https://doi.org/10.1590/1413-81232018246.08882019>.

FACCHINI, L. A.; TOMASI, E.; DILÉLIO, A. S. Qualidade Da Atenção Primária à Saúde No Brasil: Avanços, Desafios e Perspectivas. **Saúde em Debate**, v. 42, n. spe1, p. 208–223, set. 2018.

FERREIRA, T.L.S., SOUZA, A.M.G., MEDEIROS, J.S.S., ANDRADE, F.B.

Avaliação do atributo coordenação do cuidado em serviço de puericultura na Atenção Primária à Saúde. **Revista Ciência Plural.**, v. 3, n. 1, p. 98-107, jul. 2017.

FIGUEIREDO, M. da C., PAULA, F. L. de. Gestão do cuidado e matriciamento na atenção primária à saúde: um relato de experiência . APS EM REVISTA, 3(2), 95–101, set.2021.<https://doi.org/10.14295/aps.v3i2.163>

FLICK, U. **Qualidade na pesquisa qualitativa**. Porto Alegre: Artmed, 2009.

FONSECA, H.L.P. da. A Reforma da Saúde de Brasília, Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 24, n. 6, p. 1981-1990, June 2019 . Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232019000601981&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232019000601981&lng=en&nrm=iso)>. access on 05 Jan. 2020. Epub June 27, 2019. <https://doi.org/10.1590/1413-81232018246.07902019>.

GLASER, B.; STRAUSS, A. **The discovery of grounded theory**. New York: Aldenede Gruyter, 1967. 271p.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2010.

GOLDMAN, S. N. Terceira idade e serviço social. In: CAVALCANTI, L. F.; REZENDE, I. (Org.). **Serviço social e políticas sociais**. Rio de Janeiro: UFRJ, 2006.

GOMES, T.M., MOURA A.T.M.S., AGUIAR, A.C. Dermatologia na atenção primária: um desafio para a formação e prática médica. **Rev Bras Educ Med.**, v. 36, n. 1, p. 125-128, 2012. <https://doi.org/10.1590/S0100-55022012000100017>.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA-IBGE. **Panorama das populações**. 2012. Disponível em <<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/mg/uberaba/panorama>>. Acesso em 05 de maio de 2020

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA-IBGE. **Projeção da população.2013**. Disponível em <<https://www.ibge.gov.br/apps/populacao/projecao/>>. Acesso em 05 de maio de 2020.

KOERICH, C.; COPELLI, F. H. da S.; LANZONI, G. M. de M.; MAGALHÃES, A. L. P.; ERDMANN, A. L. Teoria fundamentada nos dados: evidenciando divergências e contribuições para a pesquisa em enfermagem. **Revista Mineira de Enfermagem**, v. 22, n. 0, p. 1–6, 2018.

LAVRAS, C. Atenção Primária à Saúde e a organização de redes regionais de atenção à saúde no Brasil. **Saude Soc.**, v. 20, n. 4, p. 867-874, 2011.

LIEBEL, G, Reis de Sa Junior A., Campos E.M.S. O desafio da equidade: fatores associados aos gastos com a produção ambulatorial na atenção secundária. **J**

**Bras Econ Saúde.**, v. 10, n. 3, p. 246-254, 2018. DOI: 10.21115/JBES.v10.n3.p246-54.

MACHADO, M.F. A. S. *et al.* Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do SUS: uma revisão conceitual. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 335-342, Apr. 2007. Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-1232007000200009&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-1232007000200009&lng=en&nrm=iso)>. access on 23 Feb. 2020. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232007000200009>.

MARCUS, M.T.; LIEHR, P. R. Abordagens de pesquisa qualitativa. In: LOBIONDOWOOD, G.; HABER, J. **Pesquisa em Enfermagem: métodos, avaliação crítica e utilização**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2001.

MATTOS, Ruben Araujo de. A integralidade na prática (ou sobre a prática da integralidade). **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 5, p. 1411- 1416, Oct.2004. Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2004000500037&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2004000500037&lng=en&nrm=iso)>. access on 23 Feb. 2020. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2004000500037>.

MELLO, R.B., CUNHA, C.J.C.A. Grounded theory. In.: GODOI CK, MELLO RB, SILVAAB, organizador. **Pesquisa qualitativa em estudos organizacionais: paradigmas, estratégias e métodos**. 2. ed. São Paulo: Saraiva; 2010. p. 241-66

MENDES, E. V. As redes de atenção à saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, p. 2297-2305, 2010.

MENDES, A.N., LEITE M.G., MARQUES, R.M. Discutindo uma Metodologia para a Alocação Equitativa de Recursos Federais para o Sistema Único de Saúde. **Saúde Soc.**, v. 20, n. 3, p. 673-690, 2011.

MENDES, E.V. A APS no Brasil. In: Mendes EV. **O cuidado das condições crônicas na Atenção Primária à Saúde: o imperativo da consolidação da Estratégia da Saúde da Família**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde;2012. p. 71-137.

MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde**. / Eugênio Vilaça Mendes. Brasília:Organização Pan-Americana da Saúde, 2011. 549 p.

MENDES, E. V. Comentários sobre as Redes de Atenção à Saúde no SUS. **DIVULGAÇÃO EM Saúde PARA Debate** | rio de Janeiro, n. 52, p. 38-49, OUT 2014

MINAS GERAIS. SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE. **Plano Diretor de Regionalização de Saúde de Minas Gerais**. Belo Horizonte.2010a.Disponível em <<https://www.saude.mg.gov.br/>>. Acesso em: 17 de dez. de 2019.  
MINAS GERAIS. SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE. Resolução nº 2.603 de 7 de dezembro de 2010. Belo Horizonte-MG, 2010b.

MINAYO, M.C. DE S. Hermenêutica-dialética como caminho do pensamento social. In: MINAYO, M. C. S.; DESLANDES S. F. (Orgs), **Caminhos do pensamento: epistemologia e método**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento**: Pesquisa Qualitativa em Saúde. 12.ed. São Paulo: Hucitec-Abrasco, 2010.

MINAYO, M.C.S.; DESLANDES, S.F. **Pesquisa Social**: teoria, método e criatividade. 25. ed. rev. atual. Petrópolis: Vozes, 2007. 108p.

MOREIRA, L. M.C.; FERRE, F., ANDRADE, E. I. G. Financiamento, descentralização e regionalização: transferências federais e as redes de atenção em Minas Gerais, Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 22, n.4, p. 1245-1256, Apr. 2017 . Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232017002401245&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232017002401245&lng=en&nrm=iso)>. access on 23 Feb. 2020. <https://doi.org/10.1590/1413-81232017224.28252016>.

MUCCHIELLI, R. **Les Méthodes Qualitatives**. Paris: Presses Universitaires de France, 1991.

NOSSA HISTÓRIA. EBSEH, [s.d.]. Disponível em <http://www2.ebserh.gov.br/web/hc-uftm/historia>>. Acesso em: 08 jul.2019.

NUNES, A.A., BAVA, M.C.G.C., CARDOSO, C.L., MELLO, L.M., TRAWITZKI, L.V.V. , WATANABE M.G.C., *et al.* Telemedicina na Estratégia de Saúde da Família: avaliando sua aplicabilidade no contexto do PET Saúde. **Cad Saúde Coletiva**, v. 24, n. 1, p. 99-104, 2016. <https://doi.org/10.1590/1414-462X201600010187>.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS -ONU. **Plano de Ação Internacional sobre o Envelhecimento**, Madrid, 2002. Disponível em <<https://nacoesunidas.org/acao/pessoas-idosas/>>. Acesso em 02 de março de 2020.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Cuidados inovadores para condições crônicas: componentes estruturais de ação: relatório mundial**. Brasília; 2003. Disponível em: <<http://www.who.int/chp/knowledge/publications/icccportuguese.pdf>>. Acesso em: 05/06/2019.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. Relatório mundial sobre envelhecimento e saúde [Internet]. Genebra: OMS; 2015. Disponível em: [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/186463/1/9789240694811\\_por.pdf?ua=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/186463/1/9789240694811_por.pdf?ua=1).

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD - OMS. ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD - OPS. **Rede Integradas de Servicios de Salud: Conceptos, Opciones de Política y Hoja de Ruta para Su implementación en las Américas**. Serie La Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas.



Washington DC: OMS/OPS, 2008.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD (OPAS). **Informe Dawson sobre el futuro de los servicios médicos y afines**. Washington: OPAS; 1962.

PADILHA, A. *et al*. Crise no Brasil e impactos na frágil governança regional e federativa da política de saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 12, p. 4509-4518, Dec. 2019. Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232019001204509&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232019001204509&lng=en&nrm=iso)>. access on 23 Feb. 2020. Epub Nov 25, 2019. <https://doi.org/10.1590/1413-812320182412.25392019>.

PAIM, J.S. Atenção Primária à Saúde: uma receita para todas as estações? **Saude Debate**, v. 36, n. 94, p. 343-347, 2012.

PIROPO, T.G.N., AMARAL, H.O.S. Telessaúde, contextos e implicações no cenário baiano. **Saúde Debate**, v. 39, n. 104, p. 279-287, 2015. <https://doi.org/10.1590/0103-110420151040413>.

PLACIDELI, N.; CASTANHEIRA, E. R. L.; DIAS, A.; SILVA, P. A. da; CARRAPATO, J. L. F.; SANINE, P. R.; MACHADO, D. F.; MENDONÇA, C. S.; ZARILI, T. F. T.; NUNES, L. O.; MONTI, J. F. C.; HARTZ, Z. M. de A.; NEMES, M. I. B. Avaliação da atenção integral ao idoso em serviços de atenção primária. **Revista de Saúde Pública**, v. 54, 20 jan. 2020. Disponível em: <<http://www.scielo.br/j/rsp/a/6fvB85XLLv6m3fgzp6zhzWQ/?format=html&lang=pt>>. Acesso em: 18 jun. 2022.

PLACIDELI, N.; BOCCHI, S. Modelos de atenção integral para idosos no mundo: revisão da literatura. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 31, p. e310326, 15 nov. 2021.

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE MINAS GERAIS. Promoção da saúde e intersetorialidade na rede de atenção ao idoso. **Geriatrics, Gerontology and Aging**, v. 11, n. 4, p. 182–188, 2017.

PRADO, N. M. de B. L.; SANTOS, A. M. dos. Promoção da saúde na Atenção Primária à Saúde: sistematização de desafios e estratégias intersetoriais. **Saúde em Debate**, v. 42, p. 379–395, set. 2018.

RAMOS, N. P.; BOCCHI, S. C. M. REDE DE ASSISTÊNCIA INTEGRAL À SAÚDE DO IDOSO: EXPERIÊNCIA DE ENFERMEIROS GERENTES NA ATENÇÃO PRIMÁRIA. **Cogitare Enfermagem**, v. 27, n. 0, 26 abr. 2022. Disponível em: <<https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/78217>>. Acesso em: 10 jun. 2022.

ROCHA, D.C. **Gestão do Cuidado na Atenção Ambulatorial Especializada: Elementos para pensar uma política** [dissertação]. Campinas: Universidade Estadual de Campinas; 2014.

SANTOS, J. L.G. *et al*. Perspectivas metodológicas para o uso da teoria



fundamentada nos dados na pesquisa em enfermagem e saúde. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro , v. 20, n. 3, e20160056, 2016 . Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-81452016000300201&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452016000300201&lng=en&nrm=iso)>. access on 21 June 2020. Epub June 07, 2016. <https://doi.org/10.5935/1414-8145.20160056>.

SILVA, Líliam Barbosa *et al* . Avaliação do cuidado primário à pessoa idosa segundoo Chronic Care Model. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto , v. 26, e2987, 2018 . Available from [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-11692018000100303&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692018000100303&lng=en&nrm=iso)>. access on 21 June 2020. Epub Mar 08, 2018. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.2331.2987>.

SHORTEL, S.M. Crating organized delivery systems: the barriers and facilitators. **Hosp. Health Service Adm.**, v. 38, p. 447-466, 1993.

SCHENKER, M.; COSTA, D. H. da. Avanços e desafios da atenção à saúde da população idosa com doenças crônicas na Atenção Primária à Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 24, p. 1369–1380, 2 maio 2019.

STARFIELD, B. **Atenção primária**: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Tradução: Fidelity Translations. Brasília: Unesco, 2002.

STRAUSS, A.; CORBIN, J. **Pesquisa qualitativa**: técnicas e procedimentos para o desenvolvimento de teoria fundamentada. (Tradução Luciane de Oliveira da Rocha). 2. ed., Porto Alegre: Artmed, 2009.

TAVARES, Renata Evangelista *et al* . Envelhecimento saudável na perspectiva de idosos: uma revisão integrativa. **Rev. bras. geriatr. gerontol.**, Rio de Janeiro , v. 20, n. 6, p. 878-889, Dec. 2017 . Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1809-98232017000600878&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-98232017000600878&lng=en&nrm=iso)>. access on 21 June 2020. <http://dx.doi.org/10.1590/1981-22562017020.170091>.

THIOLLENT, M. **Metodologia da pesquisa-ação**. São Paulo: Cortez, 2008.  
 UBERABA. SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE, 2017. **Plano Municipal de Saúde 2018 – 2021**. Uberaba. Disponível em <<http://www.uberaba.mg.gov.br/portal/acervo//saude/arquivos/2017/Plano%20Municipal%20de%20Saude%202018-2021%20aprovado%20pelo%20CMS.pdf>>. Acesso em: 08 jul.2019.

TORRES, K. R. B. de O.; CAMPOS, M. R.; LUIZA, V. L.; CALDAS, C. P. Evolução das políticas públicas para a saúde do idoso no contexto do Sistema Único de Saúde. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 30, 23 set. 2020. Disponível em: <<http://www.scielo.br/j/physis/a/XqzFgPPbgmsKyJxFPBWgB3K/?lang=pt>>. Acesso em: 18 jun. 2022.

VECCHIA, M.D. **Trabalho em equipe na atenção primária à saúde**: o processo

grupal como unidade de análise da dialética cooperação-trabalho coletivo [tese]. Botucatu (SP):Faculdade de Medicina de Botucatu; 2011.

WEYKAMP, J.M. *et al.* Serviço de Atenção Domiciliar e as Redes de Atenção à Saúde. **RevFundCareOnline**, out./dez., v. 11, n. 5, p. 1117-1121, 2019.DOI: <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2019.v11i5.1117-1121>.

## APÊNDICE A

### ROTEIRO DE ENTREVISTA

#### 1. CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA

Indivíduo: N° \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_ anos completos

Sexo: 1 ( ) Feminino 2 ( ) Masculino

Estado civil

- ( ) Solteiro
- ( ) Casado
- ( ) Viúvo
- ( ) Divorciado( ) Separado
- ( ) União estável

Renda individual:

( ) De 1 a 2 salários mínimos ( ) De 3 a 5 salários mínimos ( ) mais de 5 salários mínimos

#### 2. CARACTERIZAÇÃO PROFISSIONAL

Categoria profissional:

Possui pós graduação: 1 ( ) Sim 2 ( ) Não

Se sim, qual?

Vínculo de trabalho

- ( ) Efetivo
- ( ) Contrato

Já fez alguma capacitação para atendimento ao idoso? ( ) Sim ( ) Não

Se sim, qual?

Qual Unidade de Saúde você trabalha?

Qual ESF faz parte?

Carga horária: 1 ( ) 20 horas 2 ( ) 30 horas 3 ( ) 40 horas

Há quanto tempo trabalha nesta ESF?

## **Entrevista**

O que vc entende por RAS? Fale sobre a rede de serviços de saúde do município no qual atua.

Como você percebe/entende sobre a rede de serviços de saúde para idosos?

Fale sobre a assistência ao idoso do município no qual atua.

Fale sobre o seu atendimento ao idoso.

No seu cotidiano de trabalho, quais demandas de idosos costuma atender?

Na área adscrita da sua ESF há idosos? Que tipo de demandas apresentam?

Em sua avaliação, a rede de serviços de saúde do município atende de maneira integral o idoso?

Quais fatores facilitadores do cuidado ao idoso nessa rede? Quais os fatores dificultadores do cuidado ao idoso nessa rede?

Considerando a assistência integral, conte-me como você percebe o atendimento realizado ao idoso.

Você faria sugestões para a organização do fluxo de atendimento do idoso?

Que instituições costuma acionar para atendimento dos idosos?

## **APÊNDICE B**

### **TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Você está sendo convidado para participar da pesquisa “ASSISTÊNCIA AO IDOSO NA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE SOB A PERSPECTIVA DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA: UM MODELO TEÓRICO”. O objetivo dessa pesquisa é desenvolver um modelo teórico sobre o atendimento ao idoso na rede de serviços de saúde de Uberaba, na perspectiva dos profissionais da Estratégia Saúde da Família. Caso você aceite participar desta pesquisa, você atuará como perito de metodologia de pesquisa para a realização de validação aparente e de conteúdo dos roteiros de entrevista apresentados pela pesquisadora. Os roteiros serão entregues pela pesquisadora para validação em data e horário de estipulados pelos peritos, conforme sua disponibilidade.

Os participantes não terão seus nomes expostos e serão identificados por números.

Espera-se que de sua participação na pesquisa traga benefícios ao sistema de serviços de saúde do seu município, com melhoras informacionais e científicas que possam posteriormente ser aplicadas na área a fim de melhorar o funcionamento da Rede de Atenção à Saúde ao Idoso.

Você poderá obter quaisquer informações relacionadas a sua participação nesta pesquisa, a qualquer momento que desejar, por meio dos pesquisadores do estudo. Sua participação é voluntária, e em decorrência dela você não receberá qualquer valor em dinheiro. Você não terá nenhum gasto por participar nesse estudo, pois qualquer gasto que você tenha por causa dessa pesquisa lhe será ressarcido. Você poderá não participar do estudo, ou se retirar a qualquer momento, sem que haja qualquer constrangimento junto aos pesquisadores, ou prejuízo quanto ao seu trabalho, bastando você dizer ao pesquisador que lhe entregou este documento. Você não será identificado neste estudo, pois a sua identidade será de conhecimento apenas dos pesquisadores da pesquisa, sendo garantido o seu sigilo e privacidade. Você tem direito a requerer indenização diante de eventuais danos que você sofra em decorrência dessa pesquisa.

Contato dos pesquisadores:

**Pesquisador (Orientador):**

Nome: Leiner Resende Rodrigues

E-mail: leiner.r.rodrigues@gmail.com Telefone: (34) 99975-7708 Endereço: Rua Conde Prados, 155, Abadia, Uberaba – MG.

**Pesquisador:**

Nome: Sheron Hellen da Silva Pimenta E-mail: sheronhsilva@yahoo.com.br Telefone: (34)99924 5951

Em caso de dúvida em relação a esse documento, favor entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, pelo telefone (34) 3700-6803, ou no endereço Av. Getúlio Guaritá, 159, Casa das Comissões, Bairro Abadia – CEP: 38025-440 – Uberaba-MG – de segunda a sexta-feira, das 08:00 às 12:00 e das 13:00 às 17:00. Os Comitês de Ética em Pesquisa são colegiados criados para defender os interesses dos participantes de pesquisas, quanto a sua integridade e dignidade, e contribuir no desenvolvimento das pesquisas dentro dos padrões éticos.

Eu,\_\_\_, li e/ou ouvi o esclarecimento acima e compreendi para que serve o estudo e a quais procedimentos serei submetido. A explicação que recebi esclarece os riscos e benefícios do estudo. Eu entendi que sou livre para interromper minha participação a qualquer momento, sem justificar minha decisão e que isso não afetará o meu trabalho. Sei que meu nome não será divulgado, que não terei despesas e não receberei dinheiro para participar do estudo. Concordo em participar do estudo “ASSISTÊNCIA AO IDOSO NA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE SOB A PERSPECTIVA DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA: UM MODELO TEÓRICO”, e receberei uma via assinada deste documento.

Uberaba, ...../ ...../.....

---

Assinatura do participante

---

Leiner Resende Rodrigues	Pesquisadora	Sheron Hellen da Silva	Pimenta
responsável		Pesquisador assistente	
(34) 9975-7708		(34) 99924-5951	

## APÊNDICE C

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

(para profissionais da ESF e da validação)

Você está sendo convidado para participar da pesquisa “ASSISTÊNCIA AO IDOSO NA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE SOB A PERSPECTIVA DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA: UM MODELO TEÓRICO ”. O objetivo dessa pesquisa é desenvolver um modelo teórico sobre o atendimento ao idoso na rede de serviços de saúde de Uberaba, na perspectiva dos profissionais da Estratégia Saúde da Família. Caso você aceite participar desta pesquisa será necessário atender a entrevista, na qual será discutido sobre o seu entendimento referente a rede de serviços, quais os fatores facilitadores e dificultadores de atendimento ao idoso que você percebe existir, bem como suas sugestões para a melhoria da integração dos pontos de saúde para a assistência aos idosos. A entrevista será realizada na unidade de saúde, a qual você trabalha, na cidade de Uberaba – MG, e a duração é livre, de acordo com a disponibilidade do entrevistado, na data e horário estipulado pelo participante para que o pesquisador esteja na unidade.

Os participantes não terão seus nomes expostos e serão identificados por números.

Espera-se que de sua participação na pesquisa traga benefícios ao sistema de serviços de saúde do seu município, com melhoras informacionais e científicas que possam posteriormente ser aplicadas na área a fim de melhorar o funcionamento da Rede de Atenção à Saúde ao Idoso.

Você poderá obter quaisquer informações relacionadas a sua participação nesta pesquisa, a qualquer momento que desejar, por meio dos pesquisadores do estudo. Sua participação é voluntária, e em decorrência dela você não receberá qualquer valor em dinheiro. Você não terá nenhum gasto por participar nesse estudo, pois qualquer gasto que você tenha por causa dessa pesquisa lhe será ressarcido. Você poderá não participar do estudo, ou se retirar a qualquer momento, sem que haja qualquer constrangimento junto aos pesquisadores, ou prejuízo quanto ao seu trabalho na Unidade de Saúde, bastando você dizer ao pesquisador que lhe



entregou este documento. Você não será identificado neste estudo, pois a sua identidade será de conhecimento apenas dos pesquisadores da pesquisa, sendo garantido o seu sigilo e privacidade. Você tem direito a requerer indenização diante de eventuais danos que você sofra em decorrência dessa pesquisa.

Contato dos pesquisadores:

**Pesquisador (Orientador):**

Nome: Leiner Resende Rodrigues

E-mail: leiner.r.rodrigues@gmail.com Telefone: (34) 99975-7708 Endereço: Rua Conde Prados, 155, Abadia, Uberaba – MG.

**Pesquisador (orientando):**

Nome: Sheron Hellen da Silva Pimenta E-mail: sheronhsilva@yahoo.com.br Telefone: (34)99924 5951

Endereço: Av. Dr Paulo Rosa, 387, Jardim Induberaba, Uberaba – MG

Em caso de dúvida em relação a esse documento, favor entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, pelo telefone (34) 3700-6803, ou no endereço Av. Getúlio Guaritá, 159, Casa das Comissões, Bairro Abadia – CEP: 38025-440 – Uberaba-MG – de segunda a sexta-feira, das 08:00 às 12:00 e das 13:00 às 17:00. Os Comitês de Ética em Pesquisa são colegiados criados para defender os interesses dos participantes de pesquisas, quanto a sua integridade e dignidade, e contribuir no desenvolvimento das pesquisas dentro dos padrões éticos.

Eu, \_\_\_\_\_,  
 li o esclarecimento acima e compreendi para que serve o estudo e a quais procedimentos serei submetido. A explicação que recebi esclarece os riscos e benefícios do estudo. Eu entendi que sou livre para interromper minha participação a qualquer momento, sem justificar minha decisão. Sei que meu nome não será divulgado, que não terei despesas e não receberei dinheiro para participar do estudo. Concordo em participar do estudo “A REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE DO IDOSO SOB A PERSPECTIVA DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA: UM MODELO TEÓRICO”, e receberei uma cópia de minhas respostas pelo e-mail fornecido para respostas ao questionário e uma via assinada deste documento.

Uberaba, ...../ ...../.....

---

Assinatura do participante

---

Leiner Resende Rodrigues	Sheron Hellen da Silva Pimenta
Pesquisadora responsável	Pesquisador assistente
(34) 9975-7708	(34) 99924-5951