

UNIVERSIDADE FEDERAL DO TRIÂNGULO MINEIRO

MANOELA DE ABREU

EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE E VALIDAÇÃO DE ROTEIRO DE VÍDEO
EDUCATIVO ACERCA DO ACOLHIMENTO À PESSOA IDOSA NA ATENÇÃO
PRIMÁRIA À SAÚDE.

UBERABA/MG

2025

MANOELA DE ABREU

EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE E VALIDAÇÃO DE ROTEIRO DE VÍDEO
EDUCATIVO ACERCA DO ACOLHIMENTO À PESSOA IDOSA NA ATENÇÃO
PRIMÁRIA À SAÚDE.

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação *stricto sensu* em Atenção à Saúde, área de concentração Saúde e Enfermagem, da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, como requisito para obtenção do título de Doutor.

Linha de Pesquisa: Atenção à saúde das populações.

Eixo temático: Saúde do adulto e do idoso.

Orientador: Prof. Dr. Álvaro da Silva Santos.

UBERABA/MG

2025

**Catálogo na fonte: Biblioteca da Universidade Federal do
Triângulo Mineiro**

A146e Abreu, Manoela de
Educação permanente em saúde e validação de roteiro de vídeo educativo acerca do acolhimento à pessoa idosa na atenção primária à saúde / Manoela de Abreu. -- 2025.
121 f. : il., fig., tab.

Tese (Doutorado em Atenção à Saúde) -- Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Uberaba, MG, 2025
Orientador: Prof. Dr. Álvaro da Silva Santos

1. Saúde do idoso. 2. Humanização da assistência. 3. Acolhimento. 4. Tecnologia educacional. 5. Atenção primária à saúde. 6. Educação continuada. I. Santos, Álvaro da Silva. II. Universidade Federal do Triângulo Mineiro. III. Título.

CDU 613.98

MANOELA DE ABREU

**EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE E VALIDAÇÃO DE ROTEIRO DE VÍDEO
EDUCATIVO ACERCA DO ACOLHIMENTO À PESSOA IDOSA NA ATENÇÃO
PRIMÁRIA À SAÚDE.**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação *stricto sensu* em Atenção à Saúde, área de concentração Saúde e Enfermagem, da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, como requisito para obtenção do título de Doutor.

Linha de pesquisa: Atenção à saúde das populações.

Eixo Temático: Saúde do adulto e do idoso.

Uberaba, 20 de fevereiro de 2025.

Banca Examinadora:

Prof. Dr. Álvaro da Silva Santos – Orientador
Universidade Federal do Triângulo Mineiro

Prof^a. Dra. Divanice Contim
Universidade Federal do Triângulo Mineiro

Prof. Dr. Guilherme Rocha Pardi
Universidade Federal do Triângulo Mineiro

Prof^a. Dra. Luciana Mara Monti Fonseca
Universidade de São Paulo

Prof^a. Dra. Maria Cristina Traldi
Faculdade de Medicina de Jundiaí

AGRADECIMENTOS

A Deus pela minha vida, pela oportunidade, força de vontade e fé que me guia.

Ao meu parceiro, Mateus, que me apoiou e amparou em todos os momentos difíceis e compreendeu cada inquietação e compartilhou da alegria nas conquistas.

Aos meus pais, Marlene e Manoel, que sempre me incentivam e deram todo suporte. Se estou aqui, conquistando e realizando sonhos, é porque vocês acreditam e confiam no meu potencial.

À minha irmã, Maria Paula, que não está comigo fisicamente, mas que é meu maior incentivo e motivo de toda minha coragem.

À minha parceira de jornada, doutoranda Hélia, por estar comigo desde o início, embarcar nessa pesquisa e tornar os dias mais agradáveis trazendo conforto e paciência.

Ao meu orientador, Prof. Dr. Álvaro da Silva Santos, por segurar minha mão, confiar na minha competência, pela sinceridade, pela troca de conhecimento, empatia e perseverança.

Aos meus amigos, pelo apoio e principalmente compreensão pelas minhas ausências.

A todos os professores e colaboradores da Pós-graduação em Atenção à Saúde da Universidade Federal do Triângulo Mineiro.

A todos, que de alguma maneira, contribuíram para a concretização dessa tese. Muito obrigada.

“Eu acredito demais na sorte. E tenho constatado que, quanto mais duro eu trabalho, mais sorte eu tenho.”

Coleman Cox

RESUMO

O envelhecimento populacional exige políticas públicas eficazes para garantir um acesso igualitário e universal, conforme preconizam o Estatuto do Idoso e os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável da ONU. O acolhimento, princípio da Política Nacional de Humanização, deve garantir que o idoso receba atenção integral, sendo um processo dinâmico e participativo. No entanto, na prática, ele é frequentemente confundido com triagem administrativa, sem considerar o real significado da escuta qualificada. O estudo objetivou desenvolver ação de Educação Permanente em Saúde e roteiro de vídeo educativo com informações sobre humanização, acolhimento e escuta qualificada à pessoa idosa na Atenção Primária à Saúde. Trata-se de um estudo metodológico, de desenvolvimento transversal, com base na pesquisa de intervenção e pesquisa-ação; realizado em Unidades Matriciais de Saúde de Uberaba, Minas Gerais. Foi desenvolvido em etapas e ocorreu no período de março de 2022 a novembro de 2024: fase exploratória para validação dos instrumentos, descrição das unidades matriciais e revisões integrativas; levantamento, análise e categorização dos dados coletados; elaboração de estratégias para mudanças, resultando em ações de Educação Permanente e no desenvolvimento de um roteiro de vídeo educativo. Os dados quantitativos foram analisados por média e desvio padrão e porcentagem, enquanto os qualitativos seguiram a Análise de Conteúdo de Bardin. Foram analisadas a percepção dos profissionais e idosos identificando lacunas no conhecimento e na prática. Os profissionais reconheceram a importância da humanização, mas relataram dificuldades devido à sobrecarga, infraestrutura inadequada e falta de capacitação. O acolhimento foi frequentemente confundido com triagem; e a escuta qualificada, apesar de valorizada, nem sempre foi efetiva. Entre os idosos, a maioria se sentia acolhida, embora muitas vezes interpretassem acolhimento apenas como bom atendimento. Relataram dificuldades na comunicação com os profissionais e na compreensão das orientações de saúde. As ações de Educação Permanente foram desenvolvidas em quatro encontros com diferentes equipes, contextualizando o tema, os conceitos pela literatura e os resultados das fases da pesquisa de campo; a dinâmica “árvore de problemas” foi proposta como atividade ao final do encontro com problematizações vindas das falas dos profissionais e idosos entrevistados. As ações contribuíram para divulgação dos resultados e promoveram reflexões sobre mudanças na prática, destacando a necessidade de melhoria na comunicação profissional-usuário. O vídeo educativo foi desenvolvido para esclarecer conceitos fundamentais sobre humanização e acolhimento, validado por *experts* de conteúdo e técnica. Os resultados apontam que, embora haja reconhecimento da importância

da humanização na Atenção Primária, desafios estruturais e operacionais dificultam sua implementação plena. A humanização na Atenção Primária requer capacitação contínua dos profissionais e estratégias inovadoras para os usuários, como as tecnologias audiovisuais, para garantir um atendimento mais efetivo e eficaz aos idosos. O estudo contribui para os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável 3 e 10, propondo estratégias para melhorar a qualidade do atendimento e reduzir desigualdades no acesso à saúde.

Palavras-chave: Humanização dos Serviços; Acolhimento; Saúde do Idoso; Tecnologia Educacional; Educação Permanente; Atenção Primária à Saúde; Práticas Educativas.

ABSTRACT

Population aging requires effective public policies to ensure equal and universal access, as recommended by the Statute of the Elderly and the UN Sustainable Development Goals. Reception, a principle of the National Humanization Policy, should ensure that the elderly receive comprehensive care, being a dynamic and participatory process. However, in practice, it is often confused with administrative triage, without considering the real meaning of qualified listening. The study aimed to develop Permanent Health Education action and educational video script with information on humanization, reception and qualified listening to the elderly in Primary Health Care. This is a methodological, cross-sectional study, based on intervention research and action research; carried out in Matrix Health Units in Uberaba, Minas Gerais. It was developed in stages and took place from March 2022 to November 2024: exploratory phase for validation of instruments, description of matrix units and integrative reviews; collection, analysis and categorization of collected data; development of strategies for change, resulting in Permanent Education actions and the development of an educational video script. Quantitative data were analyzed using mean, standard deviation and percentage, while qualitative data followed Bardin's Content Analysis. The perceptions of professionals and elderly individuals were analyzed, identifying gaps in knowledge and practice. Professionals recognized the importance of humanization, but reported difficulties due to overload, inadequate infrastructure and lack of training. Reception was often confused with triage; and qualified listening, although valued, was not always effective. Among the elderly, most felt welcomed, although they often interpreted reception as just good care. They reported difficulties in communicating with professionals and in understanding health guidelines. Permanent Education actions were developed in four meetings with different teams, contextualizing the theme, concepts from the literature and the results of the phases of the field research; the "problem tree" dynamic was proposed as an activity at the end of the meeting with problematizations coming from the statements of professionals and elderly individuals interviewed. The actions contributed to the dissemination of results and promoted reflections on changes in practice, highlighting the need for improved communication between professionals and users. The educational video was developed to clarify fundamental concepts about humanization and care, and was validated by content and technical experts. The results indicate that, although the importance of humanization in Primary Care is recognized, structural and operational challenges hinder its full implementation. Humanization in Primary Care requires ongoing training of professionals and innovative

strategies for users, such as audiovisual technologies, to ensure more effective and efficient care for the elderly. The study contributes to Sustainable Development Goals 3 and 10, proposing strategies to improve the quality of care and reduce inequalities in access to health care.

Keywords: Humanization of Assistance; User Embrace; Health of the Elderly; Educational Technology; Continuing Education; Primary Health Care; Educational Intervention.

RESUMEN

El envejecimiento poblacional requiere políticas públicas efectivas para garantizar un acceso igualitario y universal, tal como lo recomiendan el Estatuto de las Personas Mayores y los Objetivos de Desarrollo Sostenible de la ONU. La acogida, principio de la Política Nacional de Humanización, debe garantizar que las personas mayores reciban una atención integral, siendo un proceso dinámico y participativo. Sin embargo, en la práctica a menudo se confunde con una evaluación administrativa, sin considerar el significado real de una escucha cualificada. El estudio tuvo como objetivo desarrollar acción de Educación Permanente en Salud y guión de vídeo educativo con informaciones sobre humanización, acogida y escucha cualificada a las personas mayores en Atención Primaria de Salud. Se trata de un estudio metodológico, de desarrollo transversal, basado en la investigación-intervención y la investigación-acción; realizado en Unidades de la Matriz de Atención a la Salud de Uberaba, Minas Gerais. Se desarrolló en etapas y se desarrolló de marzo de 2022 a noviembre de 2024: fase exploratoria para validación de instrumentos, descripción de unidades matriciales y revisiones integradoras; recopilación, análisis y categorización de los datos recopilados; desarrollo de estrategias de cambio, resultantes en acciones de Educación Permanente y el desarrollo de un guión de video educativo. Los datos cuantitativos se analizaron utilizando media, desviación estándar y porcentaje, mientras que los datos cualitativos siguieron el análisis de contenido de Bardin. Se analizó la percepción de los profesionales y de las personas mayores, identificando lagunas en el conocimiento y la práctica. Los profesionales reconocieron la importancia de la humanización, pero reportaron dificultades por sobrecarga, infraestructura inadecuada y falta de capacitación. Lo acogimiento se confundía con el triaje; y la escucha cualificada, aunque valorada, no siempre fue efectiva. Entre las personas mayores, la mayoría se sentían acogidas, aunque a menudo interpretaban la bienvenida simplemente como un buen servicio. Reportaron dificultades para comunicarse con los profesionales y comprender las pautas de salud. Las acciones de Educación Permanente se desarrollaron en cuatro reuniones con diferentes equipos, contextualizando la temática, los conceptos en la literatura y los resultados de las fases de investigación de campo; la dinámica del “árbol de problemas” se propuso como actividad al final del encuentro con problematizaciones provenientes de los discursos de los profesionales y ancianos entrevistados. Las acciones contribuyeron a la difusión de resultados y promovieron reflexiones sobre cambios en la práctica, destacando la necesidad de mejorar la comunicación profesional-usuario. El video educativo fue desarrollado para aclarar conceptos fundamentales

sobre humanización y recepción, validado por expertos en contenido y técnicos. Los resultados indican que, si bien existe reconocimiento de la importancia de la humanización en la Atención Primaria, desafíos estructurales y operativos dificultan su plena implementación. La humanización en Atención Primaria requiere la formación continua de los profesionales y estrategias innovadoras para los usuarios, como las tecnologías audiovisuales, para garantizar una atención más eficaz y eficiente a las personas mayores. El estudio contribuye a los Objetivos de Desarrollo Sostenible 3 y 10 al proponer estrategias para mejorar la calidad de la atención y reducir las desigualdades en el acceso a la salud.

Palabras clave: Humanización de la Atención; Acogimiento; Salud del Anciano; Tecnología Educativa; Educación Permanente; Atención Primaria de Salud; Práctica Educativa.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 -	Árvore de problemas e nuvem de soluções, apresentada aos profissionais participantes da EP.....	32
Quadro 1 -	Fase e etapas do desenvolvimento de um roteiro de vídeo educativo. Uberaba/MG, 2025.....	34
Quadro 2 -	Critérios para seleção dos validadores <i>experts</i> de conteúdo e técnica. Uberaba/MG, 2025.....	35
Quadro 3 -	Categorias referentes à questões sobre a humanização. Uberaba/MG, 2025.....	43
Quadro 4 -	Categorias referentes à questões sobre o acolhimento. Uberaba/MG, 2025.....	44
Quadro 5 -	Categorias referentes à questões sobre a escuta qualificada. Uberaba/MG, 2025.....	45
Quadro 6 -	Categorias referentes às perguntas do questionário de idosos usuários. Uberaba/MG, 2025.....	47
Quadro 7 -	Síntese dos resultados das árvores de problemas preenchidos pelos profissionais presentes nas ações de EP. Uberaba/MG, 2025.....	51
Quadro 8 -	Roteiro do vídeo educativo sobre Humanização, acolhimento e escuta qualificada ao idoso na APS. Uberaba/MG, 2025.....	54

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Validação das perguntas do diário de campo. Uberaba/MG, 2025.....	38
Tabela 2 - Validação das perguntas do questionário semiestruturado destinado aos profissionais. Uberaba/MG, 2025.....	39
Tabela 3 - Validação das perguntas do questionário semiestruturado destinado aos idosos usuários. Uberaba/MG, 2025.....	40
Tabela 4 - Dados sociodemográfico dos profissionais. Uberaba/MG, 2025.....	42
Tabela 5 - Dados sociodemográfico dos idosos usuários. Uberaba/MG, 2025.....	47
Tabela 6 - Pontuação dos validadores <i>experts</i> de conteúdo pelo instrumento IVCES e apresentação do IVC. Uberaba/MG, 2025.....	56
Tabela 7 - Pontuação dos validadores <i>experts</i> de técnica pelo instrumento proposto para avaliação. Uberaba/MG, 2025.....	58
Tabela 8 - Porcentagem de aprovação dos validadores <i>experts</i> de técnica. Uberaba/MG, 2025.....	58

LISTA DE SIGLAS

AB	Atenção Básica
APS	Atenção Primária à Saúde
ES	Educação em Saúde
EP	Educação Permanente
HIPERDIA	Hipertensão e Diabetes
IVC	Índice de Validade de Conteúdo
IVCES	Instrumento de Validação de Conteúdo Educacional em Saúde
MS	Ministério da Saúde
ODS	Objetivos de Desenvolvimento Sustentável
PA	Pesquisa-ação
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNH	Política Nacional de Humanização
PNPI	Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa
SUS	Sistema Único de Saúde
TE	Tecnologia Educacional
TCAM	Teoria Cognitiva da Aprendizagem Multimídia
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS	Unidades Básicas de Saúde
UMS	Unidades Matriciais de Saúde

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	17
1.1	ACOLHIMENTO AO IDOSO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: TEORIA E PRÁTICA.....	19
1.2	IMPORTÂNCIA DA EDUCAÇÃO PERMANENTE QUANTO ESTRATÉGIA EDUCATIVA.....	21
1.3	O USO DA TECNOLOGIA EDUCACIONAL DO TIPO VÍDEO NA EDUCAÇÃO EM SAÚDE DOS IDOSOS	22
2	JUSTIFICATIVA	24
3	OBJETIVOS	25
3.1	OBJETIVO GERAL.....	25
3.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	25
4	MATERIAIS E MÉTODOS	25
4.1	TIPO DE ESTUDO	25
4.2	ETAPAS DA PESQUISA	26
4.2.1	Pesquisa de campo	26
4.2.1.1	<i>Fase Exploratória</i>	27
4.2.1.2	<i>Levantamento, análise e significação dos dados coletados</i>	29
4.2.1.3	<i>Elaboração de estratégias para possíveis mudanças/soluções</i>	30
4.2.1.4	<i>Intervenção/ação e divulgação externa</i>	33
4.2.1.5	<i>Análise dos dados da pesquisa de campo</i>	33
4.2.2	Construção de um roteiro para vídeo educativo	34
4.2.2.1	<i>Fase de pré-produção</i>	34
4.2.2.2	<i>Análise dos dados da validação do roteiro do vídeo educativo</i>	36
4.3	ASPECTOS ÉTICOS E LEGAIS DA PESQUISA.....	37
5	RESULTADOS	37
5.1	PESQUISA DE CAMPO	37
5.1.1	Fase exploratória	37
5.1.2	Levantamento, análise e significação dos dados coletados	42
5.1.3	Elaboração de estratégias para possíveis mudanças/soluções	49
5.1.3.1	<i>Primeiro produto: Ações de EP</i>	49
5.1.3.2	<i>Segundo produto: Construção e validação do roteiro do vídeo educativo</i>	52
5.1.3.1.1	<i>Pré-produção: ideia e sinopse</i>	52

5.1.3.1.2	Pré-produção: argumento	53
5.1.3.1.3	Pré-produção: roteiro.....	53
5.1.3.1.4	Validação do roteiro por <i>experts</i> de conteúdo.....	56
5.1.3.1.5	Validação do roteiro por <i>experts</i> de técnica	57
5.1.4	Intervenção/ação e divulgação externa.....	59
5.1.4.1	<i>Resultado das ações de EP.....</i>	59
6	DISCUSSÃO	60
7	CONCLUSÃO	86
	REFERÊNCIAS	88
	APÊNDICE A – Roteiro do Diário de Campo	100
	APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) para profissionais (pesquisa de campo).....	101
	APÊNDICE C - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) para idosos usuários (pesquisa de campo)	104
	APÊNDICE D – Questionário semiestruturado para profissionais (pesquisa de campo)	106
	APÊNDICE E - Questionário semiestruturado para idosos usuários (pesquisa de campo)	107
	APÊNDICE F – Carta Convite.....	108
	APÊNDICE G – Formulário <i>online</i> para caracterização dos validadores <i>experts</i> (vídeo educativo)	109
	APÊNDICE H – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) para validadores <i>experts</i> de técnica e conteúdo (vídeo educativo)	110
	APÊNDICE I – Formulário para avaliação de técnica do roteiro do vídeo educativo	112
	APÊNDICE J – Árvores de problemas e nuvens de soluções (ação de Educação Permanente)	115
	ANEXOS A - Instrumento de Validação de Conteúdo Educacional em Saúde (IVCES).....	118
	ANEXO B – Parecer consubstanciado do CEP	119

1 INTRODUÇÃO

O crescente número de pessoas idosas na sociedade estabelece a necessidade de formulação das políticas públicas fundamentais, com ações de prevenção e cuidados, através de uma rede de serviços e ações no campo da proteção social (Miranda; Mendes; Silva, 2016).

A partir de bases teóricas de documentos internacionais, instituiu-se a Lei Federal n. 10.711/2003, o Estatuto do Idoso. Sobre o direito à saúde do idoso, destaca-se o capítulo IV, artigo 15, “É assegurada a atenção integral à saúde do idoso, por intermédio do Sistema Único de Saúde (SUS), garantindo-lhe o acesso universal e igualitário, em conjunto articulado e contínuo das ações e serviços, para a prevenção, promoção, proteção e recuperação da saúde, incluindo a atenção especial às doenças que afetam, preferencialmente, os idosos” (Brasil, 2003).

Diante desse contexto, os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) da Agenda 2030 da ONU (2015) ressaltam a importância de assegurar uma vida saudável e promover o bem-estar para todas as idades, conforme expresso no ODS 3 - Saúde e Bem-estar. Além disso, o ODS 10 - Redução das Desigualdades busca garantir a inclusão social e econômica de todas as pessoas, independentemente da idade. Assim, políticas e práticas voltadas para o envelhecimento ativo e saudável são fundamentais para atingir esses objetivos globais, garantindo que a população idosa tenha acesso a cuidados adequados e oportunidades de participação na sociedade (ONU, 2015).

Os serviços de saúde, cada vez mais, precisam responder com eficácia às múltiplas necessidades do idoso, não só de prevenção e controle de doenças, mas também da promoção de um envelhecimento ativo e saudável, visando a sua maior autonomia e bem-estar (Veras, 2023).

Dentro das diretrizes da Política Nacional de Humanização (PNH) está o acolhimento, na qual tem uma importância significativa na organização dos serviços públicos de saúde, uma vez que incorpora o aspecto ético e político; apresenta outro modo de se produzir saúde; e constitui uma ferramenta tecnológica relacional de intervenção na escuta, na construção de vínculo, na garantia do acesso com responsabilização e na resolutividade dos serviços (Brasil, 2013b).

O acolhimento é uma ação que pressupõe mudança interacional entre os profissionais de saúde e os usuários, considerando sua rede social e abrange relação de saberes, necessidades, possibilidades, que são constantemente renovados; não é um espaço ou um local determinado e nem pressupõe hora ou um profissional determinado para desenvolver o

processo (Ferreira *et al.*, 2018).

É importante ressaltar que quando se trabalha com a humanização no atendimento ao usuário, a primeira ação a ser realizada pelo profissional e por toda equipe, ao receber a pessoa que procura o cuidado em saúde, é o acolhimento visando uma escuta qualificada (Coelho; Jorge, 2009).

Para que os idosos usuários da rede de Atenção Primária à Saúde (APS) possam se conscientizar não só sobre sua saúde, mas para se perceberem como participantes ativos da sua própria transformação são necessárias estratégias que visam à relação dialógico-reflexiva entre profissional e paciente, chamada “Educação em Saúde” (ES) (Mallmann *et al.*, 2015).

Os processos de educar em saúde podem acontecer em diversas situações e cenários e é necessário compreender os conceitos que permeiam esse ato para que seja possível e executada da maneira correta a ação pela qual será exercida em determinada pesquisa ou estudo.

Diante disso, é relevante destacar que existem três nomenclaturas análogas, porém com conceitos diferentes em que a ação educar em saúde se faz presente. A *Educação em Serviço*, o primeiro conceito operacionalizado, propõe que ocorra o desenvolvimento do profissional por meio de ações educativas no ambiente de trabalho para que ele consiga relacionar a teoria com sua prática diária, sem muitas formalidades (Farah, 2003), apenas para dar conteúdo à demanda que aparece no serviço.

Já o termo *Educação Continuada*, progresso da Educação em Serviço, resulta de um processo evolutivo de atividades de treinamento e capacitação dos profissionais para atualização de procedimentos e técnicas que por eles são desenvolvidos (Sardinha Peixoto *et al.*, 2013), mas permanece sem muita formalidade e planejamento.

Por sua vez, a ação intitulada *Educação Permanente* (EP) é conceituada como aprendizagem no trabalho, em que o aprender e o ensinar são incorporados ao cotidiano de trabalho e propõe que, a educação se faça a partir da problematização da prática (Sardinha Peixoto *et al.*, 2013), ocorrendo com certa formalidade e amadurecendo algumas práticas errôneas, sendo essa nomenclatura a mais apropriada quando se trata de praticar a ação direcionada ao profissional.

Essas três concepções estão relacionadas ao profissional, em que práticas educativas são inseridas para promover o desenvolvimento profissional e pessoal (Paschoal; Mantovani; Méier, 2007).

A ação educar em saúde também ocorre no sentido do usuário, da população, do

coletivo. O termo *Educação Sanitária* que anteriormente visava somente informar para a saúde modificou-se para *Educação em Saúde* (ES); assumindo um papel estratégico de romper e contribuir na formação de novas subjetividades, de autonomia, tornando o cidadão crítico e preventivo (Renovato; Bagnato, 2012), contudo os termos conversam entre si e são paralelos.

Partindo desse propósito, qualquer ação de educação na saúde estabelece que uma metodologia participativa e ativa seja empregada para que o sujeito ocupe a centralidade do seu processo educativo (Renovato; Bagnato, 2012).

Assim sendo, os recursos tecnológicos se constituem em metodologias ativas de ensino e são ferramentas primordiais para o processo de ensino e aprendizagem favorecendo conhecimentos e habilidades; sendo nesta perspectiva, o vídeo, pela sua adequabilidade e aplicabilidade à população, um recurso inovador em saúde; e quando o diálogo com o usuário/paciente é mediado por uma tecnologia educativa inovadora compreende-se como cuidado humanizado com intuito de promover a emancipação dos indivíduos (Barros *et al.*, 2012; Dalmolin *et al.*, 2017).

O uso do vídeo pode motivar, fortalecer, proporcionar maior entendimento e aprendizagem das temáticas projetadas, por isso é considerado inovador, além de utilizar a tecnologia audiovisual que proporcionar maior compreensão e clareza (Dalmolin *et al.*, 2017). Portanto as tecnologias educativas audiovisuais se estabelecem como ferramentas para contribuir com as ações de ES.

Dentre as tecnologias educacionais para idosos na comunidade, identificadas em uma revisão integrativa, o vídeo educativo surgiu como ferramenta que promoveu melhorias de desfechos distintos em experimentos com esse público (Sá *et al.*, 2019). Estudos mostram que pacientes idosos demonstram interesse especial pelo uso de dispositivos audiovisuais, como televisão e rádio, para obterem informações de saúde (Lima *et al.*, 2017; Rachmawati; Sahar; Wati, 2019).

Apesar da compreensão das vantagens do vídeo para a ES, nota-se ainda que poucos estudos desenvolvem e validam esse material para idosos (Abreu *et al.*, 2024).

1.1 ACOLHIMENTO AO IDOSO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: TEORIA E PRÁTICA

O acolhimento por definição, segundo o Ministério da Saúde (MS), é uma ação de aproximação, “estar com”, “estar perto de”, sendo assim uma atitude de inclusão; e é nesse

sentido que o acolhimento é uma das diretrizes de maior relevância ética/estética/política da PNH do SUS (Brasil, 2010a).

Na teoria, o acolhimento deve ser feito com uma escuta qualificada em todos os locais e momentos do serviço de saúde, garantindo aproximação dos usuários às tecnologias adequadas as suas necessidades, seja em atividades pontuais ou isoladas como em ações coletivas (Brasil, 2010a; Brasil, 2013b).

No campo prático da saúde, entretanto, a noção de acolhimento é identificada ora pela recepção administrativa e ambiente confortável ao usuário ora como uma ação de triagem administrativa e encaminhamentos para serviços especializados (Brasil, 2010a).

O processo de envelhecimento torna o indivíduo mais susceptível a problemas físicos, biológicos, emocionais, sociais, entre outros e com isso, fica evidente o aumento da demanda pelos serviços de saúde, principalmente na APS; ou seja, os idosos buscam cada vez mais o acesso à saúde, porém, na maioria das vezes, o acolhimento para esta demanda demonstra-se fragilizado (Bastos *et al.*, 2022; Medeiros *et al.*, 2018).

Medeiros e colaboradores (2018) analisaram a perspectiva do idoso na Atenção Básica (AB) sobre o acolhimento e apontaram que os idosos compreendem o acolhimento como cuidado, carinho e respeito; no entanto, o estudo traz que na prática o acolhimento se reduz a consultas médicas e encaminhamentos.

Assim como o estudo de Ferreira e colaboradores (2018) apontou que para os idosos a definição do acolhimento encontra-se ainda confusa, primária e pouco visível, refletindo assim na dificuldade destes em identificar o verdadeiro significado do acolhimento; levando também a percepção da falta de conhecimento dos usuários sobre seus direitos dentro da PNH.

Ainda nesse ponto de vista, outro estudo buscou compreender o acolhimento em Unidades de Pronto Atendimento na perspectiva de idosos e familiares, levando em consideração a PNH; o desfecho apontado foi que a maioria mostrou satisfação com o atendimento prestado pelos profissionais, principalmente em relação à escuta qualificada; porém, dificuldades como: tempo de espera, grande demanda, incompatibilidade da infraestrutura e carência de profissionais foram relatadas; apontando que os enfermeiros são os principais profissionais em destaque nesse contexto, no entanto, ainda é necessário promover a qualificação na assistência de todos profissionais (Scolari *et al.*, 2020).

Estudos que identifiquem o conhecimento dos usuários e dos profissionais que prestam o acolhimento sobre o que é na teoria e se o mesmo se reproduz na prática ainda estão escassos no Brasil.

A PNH sustenta os princípios do SUS nos serviços de saúde a partir do envolvimento dos profissionais, gestores e usuários e ela se consolida como uma forma de EP; por isso utilizar a PNH em prol da saúde do idoso é importante, pois proporciona ações de promoção, prevenção, assistência e reabilitação com o intuito de auxiliar positivamente no processo de envelhecimento; ou seja, para que os profissionais consigam realizar um acolhimento efetivo é preciso uma EP na humanização (Bastos *et al.*, 2022).

Além da EP, que são ações voltadas para os profissionais, também se faz imprescindível ações dos profissionais voltadas para os usuários, a ES. A ES deve fundamentar uma relação dialógico-reflexiva entre o profissional e o cliente/paciente/usuário para que estes participem ativamente da sua saúde e bem-estar (Lima; Mortoza; Pereira, 2021).

Há lacunas existentes também quando se trata de intervenções inovadoras de ES para com os idosos, necessitando de metodologias que atentem para a complexidade do envelhecimento e que relacionem os fatores que cercam o indivíduo (crenças, valores, modo de vida) e quando o assunto é “acolhimento” está clara a insuficiência no conhecimento teórico e prático dessa ação, por isso estratégias educativas que demonstrem sobre o que é ser acolhido e como esse acolhimento pode acontecer são fundamentais para propiciar satisfação para ambos (profissionais e usuários) (Ferreira *et al.*, 2018; Mallmann *et al.*, 2015).

1.2 IMPORTÂNCIA DA EDUCAÇÃO PERMANENTE QUANTO ESTRATÉGIA EDUCATIVA

As intervenções educativas utilizam ferramentas que favorecem a mediação de processos de ensinar e aprender na prática da ES com a comunidade e para EP com os profissionais; instrumentalizar os profissionais é fundamental para facilitar processos de saúde nos diferentes cenários da APS (Carvalho *et al.*, 2018).

A EP torna os processos educativos perceptíveis e efetivos qualificando a assistência prestada na atenção à saúde; quanto mais se implementa ações de EP, melhor os processo de trabalho e conseqüentemente melhor a prática profissional e os processos de saúde (Peruzzo *et al.*, 2022).

No estudo de Silva e colaboradores (2021b) os profissionais de saúde entrevistados sobre a gestão do cuidado em uma unidade básica no contexto da Covid-19, apontaram que as tecnologias que mais fazem uso são as leves, destacando o acolhimento como uma ferramenta essencial. Porém, a gestão do cuidado necessita ser aprimorada e assim, precisa-se repensar o

acolhimento, a EP e até mesmo o uso de tecnologias digitais (Silva *et al.*, 2021b).

O acolhimento junto a prática da escuta qualificada deve legitimar o que o usuário transmite, tendo que ocorrer em todas as relações de cuidado (Porto *et al.*, 2022). Para promover saúde os profissionais precisam estar seguros e capacitados diante de qualquer temática, a EP contemplada à pessoa idosa é um desafio visto à diversidade dessa população, porém, é fundamental para ressignificar, transformar hábitos e manutenção do bem-estar biopsicossocial (Oliveira *et al.*, 2021).

Os espaços de diálogo são fundamentais para o desenvolvimento da EP e ferramentas para protagonizar os profissionais e sua busca por novos saberes e práticas são relevantes para a implantação da humanização no serviço, além de materiais de apoio como tecnologias de fácil acesso nos ambientes de trabalho (Lopes *et al.*, 2019).

A utilização de metodologias ativas nas ações de EP torna o ensino-aprendizagem mais significativo, rompendo com os paradigmas tradicionais de tecnicistas de aprendizagem; objetivando a interação ensino/serviço/comunidade em um viés problematizador, coletivo e interdisciplinar (Jacobovski; Ferro, 2021).

1.3 O USO DA TECNOLOGIA EDUCACIONAL DO TIPO VÍDEO NA EDUCAÇÃO EM SAÚDE DOS IDOSOS

A industrialização não trouxe somente a modernização, mas também a valorização da ciência e a partir desta, o avanço tecnológico, que na área da saúde se direcionou para melhores condições de vida, de saúde e principalmente acesso a informação para pacientes (Barra *et al.*, 2006).

O enfermeiro e outros profissionais, nos processos de ação em ES, podem utilizar de materiais que buscam facilitar a comunicação e entendimento da população e com isso os recursos tecnológicos apresentam avanços evidentes no plano do cuidado, pois tem como meta a melhora direta da prestação de atendimentos aos pacientes e seus familiares, podendo, os recursos tecnológicos, atuar como mediadores ressignificando, fortalecendo e requalificando o cuidado e partir disso conscientizando para possíveis mudanças (Dalmolin *et al.*, 2017; Nietzsche *et al.*, 2012).

A Tecnologia Educacional (TE), dentro do contexto educativo, é conceituada como uma dimensão dos saberes e práticas que promovem mediações entre os sujeitos (e entre sujeitos e objetos); é como um dispositivo de mediação que regula e constitui subjetividades para dar sentido às coisas: corpo, sexualidade, morte, saúde, doença, velhice, identidade

profissional, entre outras (Nespoli, 2013).

As TE podem ser incorporadas por meio de equipamentos e veiculadas através de produtos tecnológicos (como programas audiovisuais ou de uso da computação) ou apenas transmitida (como metodologias, processos, estratégias e táticas) (Lobo, 2021; Nespoli, 2013).

As tecnologias do cuidado em enfermagem utilizadas pelo enfermeiro para o cuidado ao indivíduo são divididas em leves, leves-duras e duras; sendo as leves chamadas de tecnologia das relações, pois, diz respeito ao acolhimento, ao vínculo, a automatização do sujeito através do diálogo e/ou de uma escuta qualificada; as leves-duras que correspondem aos saberes estruturados que operam na equipe de saúde, sendo a intervenção no usuário a partir de saberes específicos e as tecnologias duras referem-se aos equipamentos tecnológicos, máquinas, normas, estruturas organizacionais (Merhy, Chakkour, 2006; Merhy; Feuerwerker, 2016).

Um recurso tecnológico eficiente, de fácil compreensão, de caráter atrativo e dinâmico apontado é o vídeo, que ultrapassa a barreira da comunicação na forma escrita e contribui com a construção do conhecimento despertando o interesse do idoso (Sá *et al.*, 2020).

Não há concordância, nem explicações entre alguns trabalhos no julgamento da classificação do tipo de tecnologia em que o vídeo se encontra, ora leve, ora dura, ora leve-dura (Mota *et al.*, 2022; Prevedello; Dotto; Dantos, 2020; Silva *et al.*, 2020) e, quiçá isso ocorra ou por considerar a complexidade de todo processo de produção ou pela sua aplicabilidade leve como ação de ES.

Entretanto Dalmolin e colaboradores (2020) determinaram que o vídeo educativo quando inserido no contexto de trabalho educativo no processo de cuidar, sendo produzidos e utilizados na intenção de fortalecer o desenvolvimento dos indivíduos, é considerado uma tecnologia leve. Visto que eles passam a serem instrumentos facilitadores para propagar informações, saberes e orientações para inovar e socializar um conhecimento de forma mais interativa, dinâmica e criativa (Salbego *et al.*, 2018).

Berkhout e colaboradores (2018) investigaram os efeitos dos recursos audiovisuais na promoção da saúde em salas de espera da atenção primária, e verificou que, outros recursos como cartazes e panfletos não demonstraram qualquer efeito, já as gravações em vídeos/apresentações de slides em telas de TV e tablets pareceram ser eficientes em aumentar o conhecimento da população, porém ainda existem poucas evidências que comprovam isso.

O vídeo educativo pode ser considerado um artifício influente e significativo quando a questão é facilitar a interlocução do conhecimento científico com a prática de cuidado, concedendo uma nova perspectiva para as ações de ES, principalmente para a população idosa

(Dalmolin *et al.*, 2020; Sá *et al.*, 2020). Além também de ter um maior alcance de divulgação, leitura e portabilidade devido, atualmente, a intensa utilização de aparelhos móveis faz com que o idoso cada vez mais, busque o domínio dessas tecnologias para se tornar parte ativa da sociedade (Mota *et al.*, 2022).

2 JUSTIFICATIVA

A população idosa está ganhando espaço por conta do aumento da expectativa de vida e prevenir agravos e promover saúde nesses indivíduos é um desafio diário para os profissionais da saúde, pois são adultos e experientes na vida, além de ter o poder de decisão sobre ela. Os idosos, por conta do processo de envelhecimento, passam a ter dificuldades de compreensão. Assim, ressignificar a vida e mais especificamente os hábitos é palavra de ordem para se revisar e modifica-los.

Ações para educar em saúde e de EP têm de ser capazes de gerar aprendizado, memórias, que são essenciais no ensino com os idosos e precisa gerar autonomia para sensibilizá-los a mudança de hábitos (Costa, 2020).

Tecnologias educacionais são estratégias para inovar na educação; e, na saúde, o processo de educação da população e do coletivo deve acompanhar a evolução e integração dos outros setores, sobretudo para promover o cuidado (Silva; Carreiro; Mello, 2017).

As tecnologias educativas no cuidado entrelaçam o processo de cuidar (saberes científicos aplicados por meio de técnicas, procedimentos e conhecimentos durante o cuidado em Enfermagem) e o processo educar (que são as estratégias e metodologias ativas que auxiliam a formação de níveis de consciência entre os sujeitos) (Nietsche *et al.*, 2012) e uma das principais tecnologias possíveis que contribui para compreensão de diversos assuntos e mais adequada é o vídeo (Araújo *et al.*, 2017).

É substancial que se incorpore, nos vídeos, por exemplo, o contexto dos usuários e também dos profissionais com dados equivalentes a realidade; pois assim, pode fortalecer o papel ativo dos sujeitos usuários na tomada de decisões e no engajamento terapêutico (Martins *et al.*, 2011; Silva *et al.*, 2020).

ES e EP com vistas à população idosa se fazem cada vez mais necessárias devido ao crescimento dessa população nas últimas décadas e também pelos “problemas” vivenciados (Oliveira *et al.*, 2021).

Esse trabalho parte do pressuposto ações de EP são insuficientemente efetivadas com temáticas sobre humanização na saúde do idoso (Bastos *et al.*, 2022) e que o vídeo educativo,

como ação de ES é pouco explorado no campo de prática, notadamente para população idosa, pela alta complexidade na produção, construção e validação; além de não ser um recurso lucrativo e precisar de outras ferramentas para sua execução que os próprios locais muitas vezes não têm como oferecer, como televisão.

3 OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

Desenvolver ação de Educação Permanente em Saúde e roteiro de vídeo educativo com informações sobre humanização, acolhimento e escuta qualificada à pessoa idosa na Atenção Primária à Saúde.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- a) Investigar na produção científica acerca do acolhimento à pessoa idosa na Atenção Primária à Saúde e sobre a utilização da tecnologia educacional audiovisual no formato vídeo para a educação em saúde da população idosa;
- b) Analisar os conhecimentos dos profissionais e dos idosos usuários da rede de APS acerca da humanização, do acolhimento e da escuta qualificada a pessoa idosa;
- c) Capacitar profissionais da rede de APS, através de ações de Educação Permanente, sobre humanização, acolhimento e escuta qualificada à pessoa idosa na APS;
- d) Construir um roteiro de vídeo educativo sobre humanização, acolhimento e escuta qualificada à pessoa idosa na APS;
- e) Validar o roteiro do vídeo educativo com *experts* de conteúdo e técnica, na área da Saúde do Idoso e da Comunicação.

4 MATERIAIS E MÉTODOS

4.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo metodológico e de desenvolvimento transversal, com base na pesquisa de intervenção na qual foi construído e validado um roteiro de um instrumento de tecnologia educacional do tipo vídeo educativo.

O estudo metodológico está destinado a desenvolver métodos de obtenção e organização de dados e a pesquisa de intervenção se refere ao processo de planejar, desenvolver e disseminar uma intervenção (Polit; Beck, 2019), nesse caso uma intervenção educativa do tipo EP.

A pesquisa foi desenvolvida em etapas e ocorreu no período de março de 2022 a novembro de 2024: inicialmente foram validados os instrumentos da pesquisa de campo (questionário semiestruturado para profissionais, questionário semiestruturado para idosos e roteiro de diário de campo) e em seguida coletaram-se os dados referentes a esses instrumentos com idosos usuários e profissionais da saúde atuantes na APS acerca da humanização, do acolhimento e da escuta qualificada à pessoa idosa. A partir desses resultados realizou-se uma intervenção de campo – EP/capacitação (primeiro produto) e criou-se e validou um roteiro de vídeo educativo (segundo produto).

4.2 ETAPAS DA PESQUISA

4.2.1 Pesquisa de campo

A pesquisa de campo foi realizada através do programa de extensão intitulado “Escuta qualificada no acolhimento de idosos na rede de APS” aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Triângulo Mineiro (CEP/UFTM) sob o parecer número 5.702.181 de 2022.

A estratégia metodológica deste estudo foi a pesquisa-ação (PA) com abordagem quali-quantitativa, na qual levantou o conhecimento dos profissionais e dos idosos usuários acerca da humanização, do acolhimento e da escuta qualificada para compreender a temática na perspectiva dos mesmos dentro da APS do município de Uberaba – Minas Gerais (MG), bem como a capacitação para os profissionais e validação de uma TE do tipo vídeo educativo acerca dos resultados encontrados.

A PA foi utilizada por ser uma pesquisa com base empírica que é elaborada em associação com uma ação ou com a resolução de um problema coletivo, na qual os pesquisadores e participantes estão envolvidos de modo cooperativo ou participativo (Thiollent, 2022).

O cenário do estudo foram as Unidades Matriciais de Saúde (UMS) do município de Uberaba, MG. O município conta com três distritos sanitários, com 39 Unidades Básicas de Saúde (UBS) e dessas, nove são UMS. A escolha pela unidade matricial ocorreu, pois, elas têm uma amplitude e oferta de ações em saúde maior diferentemente das UBS que realizam atendimentos de menor complexidade (Brasil, 2004). Além de que, a escolha pelas UMS ocorreu também por questões operacionais de facilitação, porque representam uma modalidade diferenciada em relação às demais unidades (extensão de horário, médico especialista, oferta diferenciada de procedimentos e outros).

Esse estudo aconteceu em seis, das nove UMS de Uberaba, visto que três foram excluídas, pois o gerente da unidade não tinha disponibilidade em nos atender, uma unidade possuía vínculo com outra Universidade e a outra foi utilizada como pré-teste da validação dos instrumentos de pesquisa (questionários e diário de campo) pela Vali-Quali de Torlig e colaboradores (2022).

A proposta metodológica de Thiollent (2022) norteou a pesquisa de campo, cujo processo é dividido em quatro etapas descritas a seguir: fase exploratória; levantamento, análise e significação dos dados coletados; elaboração de estratégias para possíveis mudanças/soluções e intervenção/ação e divulgação externa.

4.2.1.1 Fase Exploratória

Esta etapa consiste em descobrir/reconhecer o campo de pesquisa e estabelecer um primeiro levantamento (ou “diagnóstico”) da situação e dos problemas prioritários (Thiollent, 2022).

No primeiro momento, antes da ida a campo, validaram-se os instrumentos da pesquisa.

A qualidade da pesquisa qualitativa está sujeita a múltiplos fatores, a validação dos instrumentos de coleta de dados pode indicar o desenvolvimento, a melhoria e a reflexão sobre a pesquisa. A Vali-Quali de Torlig e colaboradores (2022) é aplicável a roteiros de entrevistas estruturadas ou semiestruturadas, roteiros de questões para grupos focais e perguntas abertas de questionários, com uma margem para aplicar os critérios preliminares de validação à coleta de dados qualitativos. De acordo com o método, o formulário de validação do roteiro, foi submetido para três validadores *experts* no assunto (prático, teórico e metodológico). Os instrumentos Roteiro de Diário de Campo e os Questionários semiestruturados foram validados pela técnica Vali-Quali (Torlig *et al.*, 2022), antes da sua aplicabilidade à campo.

O método consiste em apresentar aos *experts* o roteiro das perguntas propostas com estrutura teórica e conceitual de cada para que os mesmos avaliem dimensão de conteúdo e semântica com atributos estabelecidos (alinhamento com os objetivos, aderência aos constructos, clareza de linguagem e expectativa qualitativa) (Torlig *et al.*, 2022). Dessa forma, os *experts* pontuam de 0 a 5 cada questão de acordo com a dimensão e os atributos; a média total calculada varia de $\geq 1,0$ até 5,0, sendo $\geq 1,0$ e $< 2,5$ exclusão da questão, $\geq 2,5$ e $< 4,5$ modificação necessária da questão, $\geq 4,5$ e $< 5,0$ modificação opcional e 5,0 aprovação total da questão. A modificação necessária ocorre somente se o pesquisador julgar pertinente e

justificável (Torlig *et al.*, 2022).

A validação do roteiro do diário de campo e dos questionários semiestruturados a partir da orientação da Vali-Quali de Torlig e colaboradores (2022) apresenta-se pela pontuação geral da pergunta, condição de aprovação com ou sem modificações e as perguntas validadas.

Após validação dos instrumentos, diante da metodologia e seu roteiro proposto e baseado em sua flexibilidade, a pesquisa percorreu da seguinte maneira: os pesquisadores, após as reuniões de apresentação com as partes interessadas (gerentes das UMS) e treinamento da equipe de pesquisa, foram nas unidades para caracterizar o local de pesquisa no que se refere ao acolhimento à população idosa por meio de um roteiro de Diário de campo (APÊNDICE A).

Os estudos exploratórios com viés qualitativo vêm frequentemente recorrendo-se a escrita de diários de campo como ferramenta metodológica para registro e posterior análise da experiência do pesquisador e dos participantes, pois é pela compreensão da descrição dos processos observados e as impressões do pesquisador que os fenômenos estudados recebem maior atenção (Kroef; Gavillon; Ramm, 2020).

Além disso, para fundamentação da temática e investigação na produção científica foram elaboradas duas revisões integrativas.

A primeira revisão intitulada “Acolhimento ao idoso na Atenção Primária à Saúde: revisão integrativa” investigou como acontece o acolhimento à pessoa idosa na APS; na qual a estratégia utilizada foi: População/ Interesse/ Contexto (PICo) (Lockwood; Munn; Porritt, 2015; Stern *et al.*, 2020) sendo P= Idosos, I= Acolhimento/ Escuta qualificada e Co= Atenção Primária à Saúde; assim considerando a pergunta norteadora do estudo: “*O que as produções científicas apresentam sobre o acolhimento ao idoso na Atenção Primária à Saúde?*”.

As buscas por produções científicas aconteceram entre os meses de abril e maio de 2023, e as bases de dados utilizadas foram: Literatura Latino Americana e do Caribe (LILACS), por meio da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS); Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (MEDLINE), pelo portal PubMed; Cummulative Index to Nursing and Allied Health Literature (CINAHL); Scopus (Elsevier); Web of Science; Science Direct; EMBASE (Elsevier); Scientific Eletronic Library Online (Scielo); Revistas Científicas da América Latina y el Caribe, España y Portugal (Redalyc) e Base de dados de Enfermagem (BDENF) pelo portal CAPES (Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior).

A busca dos artigos foi realizada por duas pesquisadoras independentes, e a triagem por três pesquisadoras também independentes e, a plataforma utilizada foi Rayyan Qatar Computing Research Institute (Rayyan QCRI) (Ouzzani *et al.*, 2016) para organização e seleção das produções encontradas nas bases de dados. Além disso, seguiram-se as recomendações do Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analysis (PRISMA) (Page *et al.*, 2021). A seleção partiu da leitura de título e resumos para posteriormente fazer a leitura do artigo na íntegra.

Os artigos foram categorizados por similitudes temáticas, considerando aqueles direcionados a usuários e outros ligados aos profissionais de saúde; sendo as categorias: “Acolhimento na perspectiva de idosos” e “Acolhimento aos idosos segundo profissionais de saúde”.

A segunda revisão intitulada “Uso de vídeo como recurso na educação em saúde para idosos: revisão integrativa” investigou a utilização da tecnologia educacional audiovisual no formato vídeo para a educação em saúde da população idosa e está publicada na Revista Eletrônica de Comunicação, Informação & Inovação em Saúde (Reciis) (Abreu *et al.*, 2024).

4.2.1.2 Levantamento, análise e significação dos dados coletados

Esta etapa consiste no levantamento de dados relativos à situação-problema, a análise qualitativa e na interpretação em conjunto dos pesquisadores dos dados coletados considerando as referências documentais relacionadas à temática Humanização, acolhimento e escuta qualificada (Koerich *et al.*, 2009; Thiollent, 2022).

Os dados foram coletados presencialmente nas UMS do município de Uberaba. Inicialmente foi feita leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) para os profissionais (APÊNDICE B) e para os idosos usuários (APÊNDICE C) e posteriormente, com aceite para participar da pesquisa, a aplicação dos questionários semiestruturados validados na fase anterior (profissionais e idosos usuários) (APÊNDICE D) (APÊNDICE E). Os questionários compreendiam questões para caracterização da amostra (dados sociodemográficos) e questões para identificar as situações-problemas acerca da humanização no atendimento à saúde de pessoas idosas.

Em relação à amostra, a PA considera que para praticar um efeito conscientizador e de mobilização em torno de uma ação coletiva deve-se incluir o conjunto da população de interesse sob forma de questionários e discussão em grupos; a representatividade numérica pode fazer desaparecer as minorias e as ideias de uma minoria, que por vezes, podem ser mais

expressivas do que da maioria; além da tendência a dar uma visão “conformista” da realidade, sendo inadequado afirmar que cada indivíduo vale por um e que cada opinião é equivalente a qualquer outra (Thiollent, 2022).

A pesquisa se preocupou em compreender, aprender e apreender a temática investigada (Thiollent, 2022), tanto pelos profissionais quanto pelos idosos, visto que são eles que contribuem com a prática e consolidação do sistema de saúde.

Nesta etapa foram levantadas informações sobre “humanização, acolhimento e escuta qualificada a pessoa idosa nas redes de APS”, os dados qualitativos foram analisados e interpretados utilizando a Análise de Conteúdo de Bardin (Bardin, 2016) na qual se criaram categorias baseadas nas falas dos profissionais e dos idosos.

O resultado da análise e criação das categorias instrumentalizou os pesquisadores para o desenvolvimento de ações de EP com estratégias empenhadas na temática proposta e na possível solução dos problemas expostos e para elaboração de um roteiro de uma TE do tipo “vídeo educativo”; além disso, diante dos nossos resultados também foram observados que há carência em complitude conceitual.

4.2.1.3 Elaboração de estratégias para possíveis mudanças/soluções

Nesta etapa, após identificação dos problemas advindos da fase anterior, foram elaborados produtos que visam à transformação da realidade investigada sobre o acolhimento e escuta qualificada à pessoa idosa na APS.

Os produtos planejados, no intuito de intervir nos dois grupos (profissionais e idosos), foram: ações de Educação Permanente para profissionais da rede de APS do município e construção e validação de um roteiro de uma TE do tipo vídeo educativo para idosos usuários.

a) Primeiro produto – Ações de EP:

As ações de EP tiveram como princípio a participação (como aponta a PA), mediada pelo diálogo e a colaboração entre os pesquisadores e os envolvidos na situação pesquisada, na tentativa de superar o distanciamento do embasamento teórico e da situação problema de fato, contribuindo assim com experiências, vivências e conhecimentos da realidade, na iniciativa de refletir sobre possíveis mudanças (Corrêa; Campos; Almagro, 2018).

A ação foi baseada nos resultados coletados dos questionários semiestruturados validados e analisados, nas revisões integrativas e nos documentos do Ministério da Saúde e literatura científica. As ações de capacitação ocorreram em quatro dias diferentes para equipes diferentes, sendo esses dias alinhados às agendas de espaços de capacitação promovidos pela

equipe médica da APS do município de Uberaba. O conteúdo exposto pelos pesquisadores foi análogo em todos os dias de capacitação.

O conteúdo da EP deu-se da seguinte maneira: inicialmente apresentaram-se conceitos teóricos sobre a temática (Humanização, acolhimento e escuta qualificada) baseada em documentos do Ministério da Saúde (Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNPI); Política Nacional de Atenção Básica (PNAB); Política Nacional de Humanização (PNH); HumanizaSUS - Documento base para gestores e trabalhadores do SUS; Acolhimento à demanda espontânea: queixas mais comuns na atenção básica; Acolhimento à demanda espontânea; Orientações técnicas para a implementação de Linha de Cuidado para Atenção Integral à Saúde da Pessoa Idosa no SUS e Acolhimento nas Práticas de Produção de Saúde) e na literatura científica.

Em seguida, os pesquisadores expuseram os resultados da pesquisa vindo dos questionários (dados sociodemográficos da amostra e as categorias e falas dos entrevistados); e logo após, foi proposto uma dinâmica com todos os presentes utilizando uma metodologia ativa. Para o desenvolvimento da dinâmica orientou-se os profissionais a se dividirem em três grupos, na qual, para cada grupo, foi entregue uma árvore de problemas com falas diferentes das outras árvores. A finalidade foi o trabalho em grupo, pensamento coletivo e reflexões sobre a problemática.

Para essa dinâmica utilizou-se a metodologia “árvore de problemas”. Tal estratégia desenvolve a análise de problemas pela identificação das causas e efeitos relativos a um problema central por meio de uma representação gráfica da situação ou problema (tronco), das causas (raízes) e dos efeitos (galhos e folhas) (Camargo; Daros, 2018).

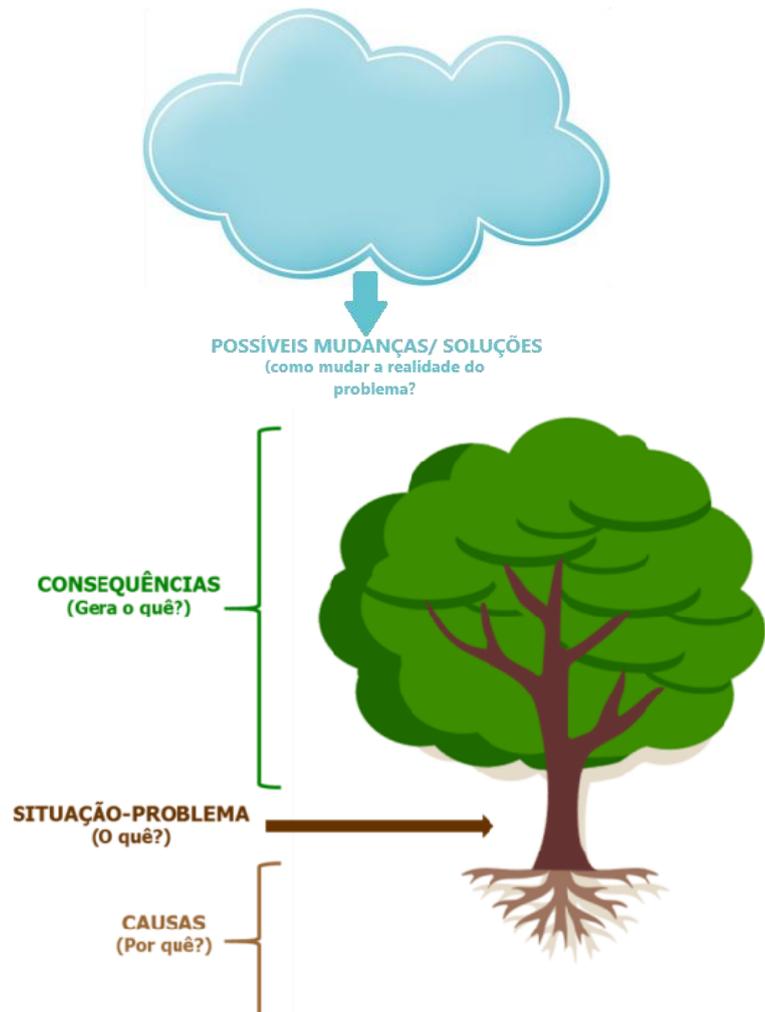
A escolha pela “árvore de problemas” ocorreu por ser uma metodologia com capacidade de análise, associação e desenvolvimento de ideais, trabalho em equipe e reflexão e tomada de decisão (Welter; Foletto; Iensen Bortoluzzi, 2020).

O problema central foi colocado no centro do papel (tronco da árvore). Foram utilizados trechos das falas dos participantes da pesquisa de campo dos diferentes segmentos (gerentes, profissionais e idosos). Acima do problema, foram destinados espaços para os efeitos ou consequências derivadas do problema (galhos e folhas – copa da árvore); abaixo do problema central, foram colocadas as causas que levaram àquele problema (raízes da árvore) (Camargo; Daros, 2018). Acima da árvore, uma nuvem, espaço reservado para as proposições de soluções dos problemas apresentados. Todas as partes (exceto o problema que já estava na folha) foram preenchidas pelos participantes da EP. Ao final, todas as árvores de problemas com soluções preenchidas foram expostas (pelo projetor) e discutidas coletivamente com

todos os presentes.

A Figura 1 representa a árvore de problemas juntamente com a nuvem de soluções.

Figura 1. Árvore de problemas e nuvem de soluções, apresentada aos profissionais participantes da EP. Uberaba/MG, 2025.



Fonte: Camargo; Daros, 2018.

b) Segundo produto – Roteiro de vídeo educativo:

A TE se reproduz nos materiais educativos, cuja direção deva ser facilitar o trabalho da equipe de saúde para comunicar e orientar não somente pacientes/clientes/usuários, mas também seus familiares, no intuito de se comprometer com a transformação social da pessoa envolvida, de forma coerente, contínua e sensibilizada com o desenvolvimento social e político do coletivo; sendo os vídeos aplicados de maneira mais independente, em diversos locais e quando o paciente quiser; além de ser divertido e usado por pessoas com alfabetização limitada (Abu Abed *et al.*, 2014; Áfio *et al.*, 2014).

Construiu-se e validou um roteiro de vídeo educativo como estratégia para intervenção futura.

4.2.1.4 Intervenção/ação e divulgação externa

Esta etapa compreendeu a intervenção/ação no sentido de aliar a pesquisa e ação simultaneamente e no retorno da pesquisa aos participantes e outros membros do mesmo contexto social (Thiollent, 2022).

Após cada dia de ação de EP, ao final da apresentação e da dinâmica “árvore de problemas”, disponibilizou-se um QR *code* com acesso a um formulário *online* de avaliação e satisfação da EP realizada pelos profissionais pesquisadores.

Os profissionais participantes avaliaram as seguintes perguntas: “*Você considera a possibilidade da mudança na sua prática a partir das reflexões proporcionadas nesse dia de atividade?*”; “*Você consegue identificar soluções para mudar a realidade do acolhimento na sua unidade de trabalho?*”; “*Qual a sua satisfação com a atividade que você participou hoje? (escala de 1 a 5)*” e “*Comentários/sugestões sobre a ação de Educação Permanente (opcional)*”.

A avaliação da intervenção EP aconteceu no sentido de retornar aos pesquisadores sobre as ações de capacitação e sobre as suas realidades dentro do contexto de trabalho.

4.2.1.5 Análise dos dados da pesquisa de campo

Para o tratamento dos dados do diário de campo foi realizada uma análise descritiva para a compreensão do cenário estudado. A análise descritiva é a fase inicial do processo de estudo dos dados, utiliza-se métodos de estatística descritiva para organizar, resumir e descrever os aspectos importantes de um conjunto de características observadas ou comparar tais características entre dois ou mais conjuntos (Reis; Reis, 2002).

Os dados quantitativos foram armazenados e sistematizados numa planilha de dados digitalizada, no programa *Microsoft Excel* e apresentados como média e desvio padrão e porcentagem.

Para o tratamento e análise dos dados qualitativos, utilizou-se a Análise de Conteúdo de Bardin (Bardin, 2016) respeitando as fases: (1) pré-análise, que consiste na organização do material, escolha dos documentos para análise, formula-se hipóteses e elaboram-se indicadores que nortearão a interpretação final; (2) exploração de material, que é a organização da codificação que compreende a escolha das unidades de registro, presença de elementos ou palavras significativas ou não e escolha das categorias e (3)

tratamento dos resultados que é a fase na qual se ocupa em trabalhar com os assuntos relacionados ao tópico inferência, compreendendo e criticando as falas dos participantes.

4.2.2 Construção de um roteiro para vídeo educativo

Optou-se pela construção e validação de um roteiro de vídeo educativo de intervenção social, pois se trata de um recurso que transpassa a dificuldade da comunicação na forma escrita, além de propagar conhecimento rápido e ser disponibilizada ao alcance de qualquer pessoa, intensificando orientações para mudanças de comportamento (Sá *et al.*, 2020).

Para construção do roteiro do vídeo serão seguidas as etapas de pré-produção, apresentadas no Quadro 1.

Quadro 1 – Fase e etapas do desenvolvimento de um roteiro de vídeo educativo. Uberaba/MG, 2025.

FASE	ETAPAS	DESCRIÇÃO
Pré-produção	Etapa 1	Construção da sinopse, argumento e do roteiro.
	Etapa 2	Validação de conteúdo e de técnica do roteiro por <i>experts</i> .
	Etapa 3	Finalização do roteiro do vídeo educativo.

Fonte: Kindem e Musburger (2009).

4.2.2.1 Fase de pré-produção

Esta fase compreendeu-se pela preparação, planejamento e organização estrutural do roteiro do vídeo a ser produzido, abrangendo as etapas da idealização (Kindem; Musburger, 2009).

Inicialmente elaborou-se uma sinopse do roteiro do vídeo por escrito, considerando os resultados da pesquisa de campo sobre o acolhimento e escuta qualificada prestada pelos profissionais com os idosos usuários, considerando a PNH, Política Nacional da Pessoa Idosa (PNPI), entre outros documentos.

Após a elaboração da sinopse criou-se um argumento, pois é por meio dele que se determina o objetivo do vídeo e descreve de forma compreensível como as cenas serão retratadas (Kindem; Musburger, 2009).

A seguir, foi construído o roteiro detalhando tudo que acontecerá no vídeo educativo na qual foi utilizada linguagem própria e de fácil entendimento, bem como legendas disponíveis. Nessa fase é importante se reiterar dos vídeos educativos existentes e de como é apresentada a parte “educativa” e buscar peculiaridades da linguagem técnica e específica da área de comunicação (Kindem; Musburger, 2009).

Após a primeira versão do roteiro pronta iniciou o processo de validação por *experts* de conteúdo e técnica.

A validação de conteúdo foi baseada no julgamento de sete *experts* na área de Geriatria/Gerontologia podendo ser das seguintes áreas: Enfermagem, Psicologia, Medicina, Terapia Ocupacional, Nutrição, Fisioterapia e Educação Física e a validação da técnica foi baseada no julgamento de quatro *experts* na área de Comunicação Social ou Cinema. É fundamental que os avaliadores sejam *experts* na área de interesse do constructo para uma validação adequada à representatividade ou relevância do conteúdo submetido à análise (Hulley *et al.*, 2008).

A seleção de amostra dos validadores *experts* definiu-se por meio da técnica de rede ou “bola de neve”. Essa técnica é útil na localização de amostras com características específicas, não sendo tão fáceis de encontrar de outras formas; ao enviar o roteiro para o *expert* escolhido, solicitou-lhe sugestão de outros possíveis *experts* (Lobiondo-Wood; Haber, 2010).

Como critério de exclusão estabeleceu-se a ausência de resposta do profissional ao convite para ser validador *expert* e o preenchimento incompleto do instrumento de avaliação.

Os critérios para seleção dos validadores *experts* de conteúdo e técnica apresentam-se no Quadro 2.

Quadro 2. Critérios para seleção dos validadores *experts* de conteúdo e técnica. Uberaba/MG, 2025.

Conteúdo	Técnica	Pontuação
Doutor na área de interesse (saúde do idoso)	Doutor na área de Comunicação Social ou Cinema	4
Mestre na área de interesse (saúde do idoso)	Mestre na área de Comunicação Social ou Cinema	3
Com especialização na área	Com especialização na área	2
Experiência na atenção primária por pelo menos dois anos	Desenvolvimento de trabalhos na área de produção de mídias interativas ou vídeos	2
Experiência profissional no cuidado com o idoso	Experiência de pelo menos dois anos em desenvolvimento de mídias interativas ou vídeos	1
Publicações em periódicos na área do idoso	Publicações em periódicos na área da comunicação	2

Fonte: elaborado pela autora, 2025.

A carta convite (APÊNDICE F) foi enviada juntamente com o formulário *online* com questões para caracterização dos *experts* (de técnica e conteúdo) (APÊNDICE G), com o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE H), com o roteiro do vídeo educativo e com o instrumento para preenchimento, apenas dos *experts* de conteúdo, “Instrumento de Validação de Conteúdo Educacional em Saúde” (IVCES)

(ANEXO A) que é uma ferramenta inovadora a ser empregada para validar conteúdos educativos disponibilizados em matérias como vídeos, álbuns, cartilhas, jogos, *websites* e *softwares*, na qual três domínios são avaliados (objetivos, estrutura/apresentação e relevância) (Leite *et al.*, 2018) e com roteiro elaborado por Anjos (2011) e adaptado por Luna (2014) (APÊNDICE I) com as variáveis julgadas pertinentes para avaliar a técnica, como: conceito da ideia; construção dramática; ritmo; personagens; potencial dramático, diálogos, estilo visual, público referente, estimativa de produção, funcionalidade, usabilidade, eficiência e resultado final da análise.

A avaliação da técnica se faz importante para entender se a abordagem do conteúdo educativo ao longo do vídeo é de fácil assimilação para o público-alvo, ou seja, se ele está adequado para finalidade em que se propoe (Luna, 2014).

4.2.2.2 Análise dos dados da validação do roteiro do vídeo educativo

As informações devolvidas pelos *experts* foram organizadas no *Microsoft Excel* e tabeladas. Cada avaliação foi analisada individualmente, levando em consideração cada item a ser julgado. Os resultados das ferramentas (conteúdo e técnica) ocorreram por meio do cálculo de porcentagem.

O IVCES utiliza escala tipo *Likert* que varia de zero a dois, sendo: 0 - discordo; 1 - concordo parcialmente; e 2 - concordo totalmente; e utiliza de um espaço qualitativo para comentários e sugestões (Leite *et al.*, 2018).

Para validação do conteúdo do IVCES utilizou-se o Índice de Validade de Conteúdo (IVC) considerando a concordância mínima dos *experts* de 0,8, calculada pela soma das respostas dividida pela soma de todas as respostas (Alexandre; Coluci, 2011). Como o cálculo de todos os IVC deram a pontuação máxima, não houve necessidade de modificação do conteúdo; no entanto, diante de alguns comentários/sugestões, algumas alterações foram realizadas no intuito de aprimorar ainda mais o roteiro do vídeo educativo.

Para validação dos dados dos avaliadores de técnica utilizou-se somente o cálculo das porcentagens e levou-se em consideração a etapa final com a decisão dos *experts* de Aprovação, Aprovação com modificações e Reprovação.

A próxima etapa compreendeu-se pela finalização do roteiro.

Para a fase de desenvolvimento do *storyboard* e produção do vídeo educativo

sugere-se utilização da Teoria Cognitiva da Aprendizagem Multimídia (TCAM) em que diz que a construção do conhecimento ocorre por meio da estimulação simultânea de diferentes canais sensoriais (verbal/auditivo e visual/pictórico); tornando a estratégia baseada em multimídia eficiente, pois apresenta simultaneamente imagens e conteúdo verbal (Mayer, 2014).

4.3 ASPECTOS ÉTICOS E LEGAIS DA PESQUISA

Em respeito às questões éticas de pesquisas que envolvam seres humanos definidas pelo Conselho Nacional de Saúde (Lei 466/12) o estudo foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Triângulo Mineiro (CEP/UFTM) sob número do parecer 6.529.593 de 2023 (ANEXO B).

Este estudo é parte do projeto “Escuta qualificada no acolhimento de idosos na rede de Atenção Primária à Saúde”, também aprovado pelo CEP/UFTM sob número do parecer 5.702.181 de 2022.

Todas as etapas do projeto incluíram assinatura do TCLE pelos participantes, após leitura e explicação minuciosa pelos pesquisadores, sobre os objetivos e finalidade do trabalho, bem como garantia de sigilo das informações e respeito à liberdade de retirada do consentimento e/ou desistência em participar da pesquisa a qualquer momento.

Para cada grupo de participantes um TCLE foi estruturado garantindo os preceitos éticos e os riscos da pesquisa.

Todos os locais para realização da pesquisa de campo foram contatados, mostrando todas as documentações da pesquisa para autorização da realização da mesma.

5 RESULTADOS

5.1 PESQUISA DE CAMPO

5.1.1 Fase exploratória

a) Validação dos instrumentos de pesquisa

Os instrumentos de pesquisa (Roteiro de Diário de Campo e os Questionários semiestruturados para profissionais e idosos) foram validados pela técnica Vali-Quali (Torlig *et al.*, 2022).

Nas tabelas abaixo se encontram a pergunta proposta, que foi a pergunta elaborada inicialmente com bases teóricas antes do parecer dos validadores *experts*; a pontuação geral da pergunta, média da pontuação de todos os *experts*, numa escala de 0 a 5; a aprovação,

exclusão, modificação ou inclusão de algum item na pergunta, sendo essa indicação baseada na pontuação geral; e, as perguntas validadas com as modificações/adequações pertinentes.

No roteiro do Diário de campo foram elaboradas oito perguntas, na qual somente uma foi reajustada de acordo com a orientação para o próprio pesquisador que realizou a observação do campo de pesquisa. As demais foram aprovadas sem modificações. A Tabela 1 evidencia as perguntas referentes ao Diário de campo.

Tabela 1. Validação das perguntas do diário de campo. Uberaba/MG, 2025.

Perguntas propostas	Pontuação geral da pergunta	Aprovação, exclusão, modificação ou inclusão	Perguntas validadas
Quando a unidade de saúde está aberta, o idoso consegue receber atendimento no mesmo dia em que ele o procura?	4,6	Aprovada sem modificações	Quando a unidade de saúde está aberta, o idoso consegue receber atendimento no mesmo dia em que ele o procura?
Existe alguma ferramenta de comunicação não presencial que os idosos possam entrar em contato caso precisem de atendimento e orientação?	4,5	Aprovada sem modificações	Existe alguma ferramenta de comunicação não presencial que os idosos possam entrar em contato caso precisem de atendimento e orientação?
Qual a rotina para marcar consultas de retorno nas unidades de saúde? Há alguma dificuldade ou benefício para a população idosa?	4,4	Não tiveram modificações, pois os pesquisadores não acharam necessário.	Qual a rotina para marcar consultas de retorno nas unidades de saúde? Há alguma dificuldade ou benefício para a população idosa?
Descreva no seu ponto de vista o que verificou sobre: a) Presença de sala exclusiva para acolhimento	4,8	Aprovada sem modificações	Descreva no seu ponto de vista o que verificou sobre: a) Presença de sala exclusiva para acolhimento
Descreva no seu ponto de vista o que verificou sobre: b) Acolhimento ao usuário	4,5	Aprovada sem modificações	Descreva no seu ponto de vista o que verificou sobre: b) Acolhimento ao usuário
Descreva no seu ponto de vista o que verificou sobre: c) Tipo de orientação	4,5	Aprovada sem modificações	Descreva no seu ponto de vista o que verificou sobre: c) Tipo de orientação
Descreva no seu ponto de vista o que verificou sobre: d) Nível de resolutividade	4,3	Aprovada com modificações acerca das orientações de preenchimento para os pesquisadores observadores.	Descreva no seu ponto de vista o que verificou sobre: d) Nível de resolutividade (identificação de riscos, necessidade e demandas de saúde; utilização de tecnologias de cuidado individual e coletivo; construção de vínculos e intervenções e ampliação da autonomia dos indivíduos e grupos sociais)
Descreva no seu ponto de vista o que verificou sobre: e) Características da escuta ao usuário	4,6	Aprovada sem modificações	Descreva no seu ponto de vista o que verificou sobre: e) Características da escuta ao usuário

Fonte: elaborado pela autora, 2025.

No questionário elaborado para os profissionais foram criadas sete perguntas e quatro delas foram modificadas, perante apreciação dos *experts*, com a inclusão das respostas objetivas “Sim/Não” com a junção da descrição em qual resposta for mais pertinente. As demais foram aprovadas sem modificações. A Tabela 2 evidencia as perguntas referentes ao Questionário dos profissionais.

Tabela 2. Validação das perguntas do questionário semiestruturado destinado aos profissionais. Uberaba/MG, 2025.

Perguntas propostas	Pontuação geral da pergunta	Aprovação, exclusão, modificação ou inclusão	Perguntas validadas
O que você entende por humanização nos serviços de saúde?	4,7	Aprovada sem modificações	O que você entende por humanização nos serviços de saúde?
Existem ações de humanização na sua unidade?	4,4	Aprovada com pequenas modificações.	Existem ações de humanização na sua unidade de trabalho? () Sim, descreva aquela (s) que você considera () Não
Como é realizado o acolhimento na unidade que você trabalha?	4,9	Aprovada sem modificações	Como é realizado o acolhimento na unidade que você trabalha?
Para você a atividade de acolhimento é resolutiva?	4,8	Aprovada com modificações, inclusão do Sim/Não e descreva.	Para você a atividade de acolhimento é resolutiva? () Sim () Não, descreva
O que você entende por escuta qualificada?	4,9	Aprovada sem modificações	O que você entende por escuta qualificada?
Você acha que ocorrem ações de escuta qualificada na sua prática?	4,8	Aprovada com modificações do Sim/Não.	Você acha que ocorrem ações de escuta qualificada na sua prática? () Sim, quais? () Não
Você sente alguma dificuldade para realizar o acolhimento do idoso?	4,8	Aprovada com modificações Sim/Não.	Você sente alguma dificuldade para realizar o acolhimento do idoso? () Sim, por quê? () Não

Fonte: elaborado pela autora, 2025.

No questionário elaborado para os idosos foram desenvolvidas sete perguntas e apenas uma pergunta foi modificada para melhor entendimento dos idosos, pois, na concepção dos *experts* a palavra “queixa” deveria ser trocada por “problemas”. Uma pergunta não foi modificada, no entanto, pelo parecer dos *experts* e a julgar pertinente, incluiu-se uma nota para o pesquisador que realizou a entrevista com o idoso. As demais foram aprovadas sem modificações. A Tabela 3 evidencia as perguntas referentes ao Questionário dos idosos.

Tabela 3. Validação das perguntas do questionário semiestruturado destinado aos idosos usuários. Uberaba/MG, 2025.

Perguntas propostas	Pontuação geral da pergunta	Aprovação, exclusão, modificação ou inclusão	Perguntas validadas
Quando você chega à unidade e passa pela recepção, quem é o profissional que te atende primeiro?	4,7	Aprovada sem modificações	Quando você chega à unidade e passa pela recepção, quem é o profissional que te atende primeiro?
Você sente que suas dúvidas ou queixas são sempre resolvidas na unidade?	4,6	Aprovada sem modificações	Você sente que suas dúvidas ou queixas são sempre resolvidas na unidade?
Você entende todas as explicações que são passadas aqui pelos profissionais? (Cuidados em casa)	4,6	Aprovada sem modificações	Você entende todas as explicações que são passadas aqui pelos profissionais? (Cuidados em casa) - orientações
O que é acolhimento para você?	4,7	Aprovada sem modificações	O que é acolhimento para você?
Você consegue colocar suas queixas relacionadas ao seu estado de saúde durante o atendimento? () Sim () Não () Às vezes. Se não ou às vezes, porquê	4,4	Aprovada com modificações	Você consegue falar seus problemas relacionados ao seu estado de saúde durante o atendimento? () Sim () Não () Às vezes Se não ou as vezes, porquê?
Tem alguma dificuldade em falar sobre algum assunto? () Sim () Não () Às vezes Se não ou às vezes, quais assuntos têm dificuldades?	4,3	Aprovada sem modificações na pergunta, no entanto, com algumas notas para o entrevistador.	Tem alguma dificuldade em falar sobre algum assunto durante a sua permanência na unidade ? (orientação para entrevistador: explicar que pode ser durante o contato do idoso com qualquer profissional) () Sim () Não () Às vezes Se não ou às vezes, quais assuntos tem dificuldades?
Você acha importante receber orientações sobre o atendimento na unidade de saúde? () Sim () Não Se sim, quais assuntos destacaria?	4,5	Aprovada sem modificações	Você acha importante receber orientações sobre o atendimento na unidade de saúde? () Sim () Não Se sim, quais assuntos destacaria?

Fonte: elaborado pela autora, 2025.

b) Descrição do local de pesquisa

Para reconhecimento do campo de pesquisa e para fazer primeiro levantamento do local e das situações-problemas acerca da temática proposta utilizou-se o diário de campo. Seis UMS foram visitadas e observou-se semelhança entre os locais.

O atendimento nas UMS acontece de duas formas: com agendamento, na qual o idoso chega à recepção, é direcionado para a triagem e fica aguardando consulta com especialista; e, sem agendamento, na qual o idoso chega à recepção, ocorre uma escuta inicial rápida e será feito agendamento de consulta ou orientação, num segundo caso, a depender da queixa, será

encaminhado para a triagem. Em nenhuma das UMS ficou evidente o acolhimento como descrito na PNH.

A triagem ocorre com a equipe de enfermagem para aferição de sinais vitais, e, que na maioria das UMS, faz uma primeira escuta rápida, prática e pertinente. Não há, em nenhuma UMS, atendimento preferencial ou prioritário para o idoso. Em alguns casos, a escuta é mais detalhada e minuciosa no atendimento médico. Todas as unidades praticam o programa HIPERDIA (Hipertensão e Diabetes) e buscam desenvolver algumas atividades na sala de espera e outros grupos. As orientações (independente de qual profissional as faça) são verbais e quase não existem informações visuais (como placas de identificação e cartazes). A única ferramenta de comunicação não presencial é o telefone e nem sempre supre todas as dúvidas dos idosos.

c) A produção de duas revisões integrativas foi realizada com propósito de investigar e fundamentar a temática.

A primeira revisão (Acolhimento ao idoso na Atenção Primária à Saúde: revisão integrativa) incluiu sete artigos, sendo: cinco pesquisas científicas (quatro artigos qualitativos e um artigo quanti-qualitativo), um relato de experiência e um artigo de reflexão, todos desenvolvidos e publicados no Brasil.

Os sete artigos apontaram que o acolhimento é uma prática de cuidado de impacto extremamente positivo quando realizada de modo adequado e condizente com seu conceito na teoria. Entretanto, a perspectiva do idoso e do profissional é completamente diferente, devido a isso duas categorias foram criadas.

A categoria “Acolhimento na perspectiva de idosos” demonstrou que muitos não sabem ou não conhecem o verdadeiro significado do acolhimento segundo às políticas públicas, no entanto, os que conhecem e sabem se sentem acolhidos e percebidos para além da patologia que possuem, mesmo que dificuldades internas e externas atrapalhem o bom êxito dessa prática.

A categoria “Acolhimento aos idosos segundo profissionais de saúde” apresentou que alguns fatores relevantes colaboram para o não entendimento e para o acolhimento inadequado, sendo elas a infraestrutura, gestão da própria unidade de saúde e limitação da aprendizagem dos próprios que trabalham dentro dessas unidades.

A segunda revisão já publicada (Uso de vídeo como recurso na educação em saúde para idosos: revisão integrativa) demonstrou que a TE audiovisual do tipo vídeo é insuficientemente desenvolvida, validada, aplicada e avaliada; no entanto, as produções

científicas existentes tem desfecho positivo com conteúdo importante para ES, como riscos quedas, fragilidade, envelhecimento ativo, demência, medicamentos, entre outros (Abreu *et al.*, 2024). Os vídeos podem ser estratégias de referência para educação e promoção em saúde da população idosa, beneficiando tanto os idosos quanto os profissionais que podem adotar essa estratégia na prática clínica.

5.1.2 Levantamento, análise e significação dos dados coletados

Nessa fase participaram os profissionais da APS e os idosos usuários, no entanto, cada amostra respondeu o questionário destinado, respectivamente.

Em relação aos profissionais, participaram 21 de seis UMS, das quais sexo feminino (90,5%), solteiro (42,9%), técnico de enfermagem (38,1%) e enfermeiro (23,7%), com tempo de formado em 14,6 anos, foram predominantes. A Tabela 4 apresenta as características sociodemográficas dos profissionais entrevistados.

Tabela 4. Dados sociodemográfico dos profissionais. Uberaba/MG, 2025.

DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS	MÉDIA/DP E PORCENTAGEM
Idade	44,1 (10,9)
Gênero	90,5% Feminino 9,5% Masculino
Situação Civil	42,9% Solteiro(a) 28,6% Casado(a) 19% Divorciado(a) 9,5% Outros
Profissão	38,1 % Técnico de Enfermagem 23,7 % Enfermeiro 9,5% Técnica de saúde bucal 9,5% Nutricionista 4,8% Médico 4,8% Psicólogo 4,8% Fisioterapeuta 4,8% Assistente social
Tempo de formado (anos)	14,6 (6,5)

Fonte: elaborado pela autora, 2025.

A pesquisa permitiu a captação de 18 categorias. Nos Quadros (3, 4 e 5) abaixo foram divididas em assuntos (Humanização, Acolhimento e Escuta Qualificada), com a apresentação das categorias e das falas dos profissionais entrevistados.

Quadro 3. Categorias referentes à questões sobre a humanização. Uberaba/MG, 2025.

Significado de humanização	
Compreensão de humanização como acolhimento	<p>“Acolhimento humanizado, começa pelo acolhimento, atividades de promoção tem que focar nas necessidades do paciente e saber os determinantes sociais da saúde para entender ambiente do paciente, para acolher ele e iniciar atendimento. Associar conhecimentos técnicos aos populares, entender as crenças...” (q1 p3)</p> <p>“Entender o que o paciente precisa e acolher da melhor forma possível e tratar da melhor forma possível.” (q1 p4)</p> <p>“Acolhimento do paciente, como porta de entrada de diagnóstico precoce.” (q1 p6)</p> <p>“Acolhimento e escuta do paciente, qual a demanda e queixa, não ter medo de tocá-los.” (q1 p7)</p> <p>“Acolher pessoas que não tem condições.” (q1 p16)</p> <p>“Bom acolhimento com os pacientes.” (q1 p17)</p> <p>“Acolher o paciente independente da doença, e sim como pessoa.” (q1 p19)</p> <p>“Eu entendo que é a questão de fazer um bom acolhimento né, o cliente, paciente ter uma equipe multidisciplinar a disposição né, ter uma escuta, ter também uma, assim, é muitas referências em relação a boa alimentação, aos cuidados de higiene, cuidados de alimentação, é também em relação, a atividades físicas né, eu acho que é assim uma promoção de autocuidado assim.” (q1 p21)</p>
Tratamento igualitário e empático	<p>“Tentar atender o que o cliente realmente busca.” (q1 p1)</p> <p>“Tratar a pessoa de forma igual, perceber as necessidades, olhar como se fosse alguém da família.” (q1 p2)</p> <p>“Tratar o outro como quer ser tratado, ter paciência, entender o problema e tentar solucionar da melhor forma.” (q1 p5)</p> <p>“Tratamento ao paciente com dignidade e respeito.” (q1 p8)</p> <p>“Atendimento Igualitário a população, que atende as necessidades, a demanda.” (q1 p9)</p> <p>“Um bom relacionamento com a comunidade.” (q1 p11)</p> <p>“Se colocar no lugar dele, acolher as dores, suas necessidades de forma sistêmica além do que ele traz de demanda.” (q1 p12)</p>
Realizar escuta qualificada direcionada a resolatividade	<p>“Aberto para uma escuta qualificada, saber ouvir o paciente.” (q1 p10)</p> <p>“Receber bem, dar atenção.” (q1 p13)</p> <p>“Acolher bem o paciente e tentar resolver as necessidades o mais rápido possível” (q1 p14)</p> <p>“Atendimento qualificado, ouvir o usuário, levar em consideração as vivências.” (q1 p15)</p> <p>“Começa na porta quando recebe paciente, ouve necessidades busca onde tem seu atendimento e encaminha.” (q1 p18)</p> <p>“Então, acho que humanização é saber acolher bem o paciente né, é conferir suas queixas, tentar ajudar o paciente no que ele precisa, nas necessidades né, acho que é isso, saber encaminhar o paciente, ajudar mesmo no que ele precisa, tentando resolver o problema desse paciente.” (q1 p20)</p>
Existência de ações de humanização	
Ações voltadas para a comunidade: atividades grupais e sociais	<p>“Sim. Atividade física, grupo de tabagismo, HIPERDIA.” (q2 p6)</p> <p>“Sim. Atividade física, em todos os atendimentos, dentro e fora da comunidade.” (q2 p8)</p> <p>“Sim. Forma de recepção do paciente, atendimento domiciliar.” (q2 p9)</p> <p>“Sim. Eventos junto com as escolas e com a comunidade de acordo com os temas de cada mês.” (q2 p11)</p> <p>“Sim. Profissionais tentam ouvir, busca ativa profissionais oferecem serviços que são oferecidos na unidade.” (q2 q12)</p> <p>“Sim. Educação continuada, acolhimento do paciente, grupos.” (q2 p14)</p> <p>“Sim. Inclusão com a sociedade, busca ativa.” (q2 p16)</p>
Capacitação do manejo profissional para melhorar o atendimento	<p>“Sim, por parte da minoria de profissionais...” (q2 p3)</p> <p>“Sim. Treinamentos e com profissionais da recepção.” (q2 p7)</p> <p>“Sim. A palestras e cursos para melhor atendimento.” (q2 p13)</p> <p>“Tem, aqui todo mundo acolhe né, tenta resolver, o máximo, assim, dos problemas do paciente.” (q2 p20)</p>

Nem sempre tem ações de humanização pela alta demanda e falta de recursos humanos	<p>“Sim. Depende da demanda do paciente, se adequa para conseguir resolver o problema.” (q2 p2)</p> <p>“Sim. Dentro do possível profissionais tentam acolher e escutar a grande demanda, atrapalha e faltam recursos humanos” (q2 p15)</p> <p>“Não mais, já teve, é a um tempo atrás, mas infelizmente devido a situação não.” (q2 p21)</p>
Oferecer acesso à informação com vistas a resolutividade	<p>“Sim. Escuta, agendamento médico e encaminhamento. Informar.” (q2 p18)</p> <p>“Sim. Atender, informar para onde deve ir.” (q2 p19)</p>

Fonte: elaborado pela autora, 2025.

Quadro 4. Categorias referentes à questões sobre o acolhimento. Uberaba/MG, 2025.

Forma de realização do acolhimento	
Recepcionar, direcionar, orientar, encaminhar se necessário a depender da demanda	<p>“Feito pela enfermeira. Vê o que o paciente necessita, se for urgente encaminha para o médico, senão pede para voltar. As ACS também sempre trazem demanda.” (q3 p2)</p> <p>“Quando chegar pacientes, dentro das possibilidades acolhe, orienta, oferece o que pede.” (q3 p5)</p> <p>“Quando tem a demanda, tem a visita.” (q3 p6)</p> <p>“Recepção e bairros.” (q3 p7)</p> <p>“Recepcionando os pacientes, verificando o caso.” (q3 p11)</p> <p>“Demanda espontânea e uma vez na semana pelo HIPERDIA.” (q3 p13)</p> <p>“Faz triagem do paciente e avalia o caso, agenda consulta ou encaixes são realizados sinais vitais, avaliação clínica.” (q3 p14)</p> <p>“Ah, eu tento ajudar, tento ajudar, converso com as meninas, a questão de agendar consulta, até mais rápido, porque você tem que ver a necessidade do paciente né, o que ele precisa.” (q3 p20)</p>
Realizado pela equipe de enfermagem e também por outros profissionais	<p>“Divisão de área de abrangência, ele é direcionado para a estratégia de saúde da família, a enfermagem que vai recepcionar o paciente.” (q3 p9)</p> <p>“Atendimento da psicologia, ela atende o que está agendado, e o que chega demanda espontânea, acolhimento das 10 a 12:30 na quarta.” (q3 p12)</p> <p>“Enfermagem organiza.” (q3 p15)</p> <p>“Tem dias de agendamento, visitas domiciliares, agente comunitário de saúde nas casas” (q3 p16)</p> <p>“Começa no portão, a técnica vai de um por um, entender o que precisa.” (q3 p17)</p> <p>“Ficam os técnicos e enfermeiros na frente. Sem falar no serviço psicólogo, nutricionista, fisioterapeuta.” (q3 p18)</p> <p>“Paciente chega na recepção, passa pela triagem da enfermagem, depois ficam na sala de espera.” (q3 p19)</p>
Não é realizado da maneira adequada pela falta de estrutura organizacional da unidade	<p>“Tem sala comum com cadeiras, não tem estrutura adequada, é precária.” (q3 p3)</p> <p>“Nada muito estruturado. Paciente procura e enfermeira informa. Não é bem feito.” (q3 p4)</p> <p>“Escuta inicial não está presente” (q3 p8)</p> <p>“Olha, a gente tenta, o máximo, a gente tenta o máximo com o espaço que a gente tem, raramente o idoso aqui vêm só, então a gente conversa com a família né, e a gente tenta ali na sala de enfermagem, quando a gente precisa de um pouco mais de privacidade, a gente leva o idoso ali né, ai a gente faz esse acolhimento, ai a gente percebe se a demanda é médica, se a demanda é social, se a demanda é de fisioterapia, então assim fica muito, muito deficitário, mas assim geralmente a gente não faz o acolhimento individual assim, geralmente sempre tem outro paciente na sala também aguardando o atendimento.” (q3 p21)</p>
Percepção sobre a resolutividade por meio do acolhimento	

Há resolutividade apesar de problemas estruturais e a depender do profissional	<p>“Sim. Às vezes os pacientes vêm só para conversar, principalmente no HIPERDIA.” (q4 p2)</p> <p>“Em partes. Depende do profissional que tá atendendo.” (q4 p3)</p> <p>“Sim. Mas tem coisas que não, por exemplo: medicamentos, SAMU. Ficam de mãos atadas.” (q4 p5)</p> <p>“Não. Falta recursos humanos, sobrecarga profissional.” (q4 p6)</p>
Dificuldade em realizar o acolhimento	
Dificuldade de entendimento e falta de acompanhamento	<p>“Sim, dos idosos com esquecimento, senilidade, demência sem acompanhante.” (q7 p7)</p> <p>“Sim. A questão de entendimento deles, fazer com que eles entendam a conduta..” (q7 p9).</p> <p>“Não. Só os confusos, são poucos.” (q7 p14)</p> <p>“Sim. Idoso desacompanhado que não entende o que foi dito e não tem contato com familiares para passar a orientação.” (q7 p17)</p> <p>“Sim. Imediatismo do idoso; com acompanhante. Pressão. (q7 p18)</p>
Falta estrutura na unidade	<p>“Sim, por que não tem estrutura, não tem nem sala.” (q7 p3)</p> <p>“Sim, por falta de estrutura.” (q7 p4)</p> <p>“Sim. Não tem estrutura, não tem uma sala, às vezes tem que atender na recepção onde está cheio de gente. A falta de estrutura dificulta muito o atendimento.” (q7 p15)</p>

Fonte: elaborado pela autora, 2025.

Quadro 5. Categorias referentes à questões sobre a escuta qualificada. Uberaba/MG, 2025.

Significado de escuta qualificada	
Saber escutar com atenção e entender a necessidade do usuário na busca da resolução	<p>“Escutar a necessidade do usuário.” (q5 p1)</p> <p>“Ouvir a queixa, história, com atenção e saber o que é necessidade e o que é carência de atenção do paciente.” (q5 p4)</p> <p>“Dar prioridade à necessidade do paciente, dar um acolhimento precoce.” (q5 p6)</p> <p>“Parar e escutar, dar atenção, resolutividade mesmo não sendo resolvido por hora.” (q5 p7)</p> <p>“Não apenas escutar como entender o problema. Ver como um todo o paciente. Buscar a resolução.” (q5 p8)</p> <p>“Uma escuta que você entenda o que a pessoa quer, e buscar a resolução para aquilo.” (q5 p9)</p> <p>“Ouvir a demanda (queixa) do paciente.” (q5 p10)</p> <p>“Saber escutar e ter uma compreensão, ter paciência para ver a necessidade do paciente.” (q5 p11)</p> <p>“Escutar o problema e tentar dar uma solução, tentar resolver as queixas.” (q5 p13)</p> <p>“Escutar o paciente, verificar os agravos.” (q5 p14)</p> <p>“Escutar a pessoa.” (q5 p16)</p> <p>“Acolhe, ouve a queixa e tenta dar uma resolução, se precisar encaminha pra quem precisa resolver.” (q5 p17)</p> <p>“Escutar as queixas do paciente.” (q5 p19)</p> <p>“Saber ouvir? ai eu sou uma pessoa que tem muita paciência, sou muito paciente.” (q5 p20)</p> <p>“Olha, eu acho que seria passar pelos profissionais disponíveis naquela unidade né, principalmente por uma, por um enfermeiro, e depois posteriormente pelo médico enfim, acho que seria essa questão da triagem, uma triagem bem feita, por uma escuta né, pelo enfermeiro, eu creio que seja isso, minha concepção.” (q5 p21)</p>
Identificar o subentendido	<p>“Escutar sem julgar.” (q5 p2)</p> <p>“Dar atenção, entender o que quer dizer, entender como individuo, atender necessidades. Saber entender.” (q5 p5)</p> <p>“Estar tecnicamente pronto e humanamente disponível” (q5 p12)</p> <p>“Ouvir por inteiro e com empatia e bem querer.” (q5 p18)</p>
Bom acolhimento do profissional a depender do contexto do	<p>“Depende do acolhimento. Da estrutura onde é acolhido. Profissional tem que estar qualificado para isso.” (q5 p3)</p> <p>“Escutar com atenção, com respeito, com consciência. Se o paciente tá te trazendo um problema, você tem que ouvir realmente e tentar entender o que ele tá passando...” (q5 p2)</p> <p>“Escutar como um todo, porque na maioria das vezes, é o que eu sempre falei no início,</p>

usuário	<i>quando procura o posto de saúde, alguma necessidade ele tem...” (q5 p6)</i> <i>“Levar em consideração o contexto do usuário, levar em consideração os princípios do SUS para definir estratégias de atendimento” (q5 p15)</i>
Ocorrência da escuta na prática profissional	
Acolher e entender os problemas do usuário para direcionar ao atendimento	<i>“Sim. Pré-consulta e demandas espontâneas.” (q6 p7)</i> <i>“Sim. Consultas com os profissionais em si.” (q6 p8)</i> <i>“Sim. Entender os problemas de saúde, responder questionamentos, condutas tomadas nesses momentos.” (q6 p9)</i> <i>“Sim. Na hora da visita, do acolhimento, teste do pezinho, a todo o momento em que está em contato com o paciente.” (q6 p10)</i> <i>“Sim. Nos encontros de HIPERDIA” (q6 p11)</i> <i>“Sim. Parar para ouvir, visita domiciliar quando não podem vir a unidade.” (q6 p13)</i> <i>“Sim. Até para direcionar o encaminhamento.” (q6 p15)</i> <i>“Sim. Sempre acolhe o paciente, escuta ele.” (q6 16)</i> <i>“Sim. Direciona atendimentos, encaminha na triagem lá na frente.” (q6 p17)</i> <i>“Ocorre, todo mundo aqui é muito humanizado, sabe, ajuda no que pode. Por exemplo, tentar agilizar uma consulta médica né, é... medicamentos sabe, fornece medicamento também, é as coisas que a gente tenta resolver, mais rápido possível.” (q6 p20)</i> <i>“Infelizmente não. Na minha prática como profissional ou da unidade? Acho que sim, tento o máximo fazer a escuta qualificada do paciente, ver o que ele precisa, porque as vezes o paciente procura gente mas não é uma questão né da enfermagem, é uma questão social, outros tipos de demanda.” (q6 p21)</i>
A qualidade da escuta depende do desenvolvimento de competências na equipe	<i>“Sim. Dentro do possível, sem ter treinamento, mas sempre escuta o paciente.” (q6 p3)</i> <i>“Sim. Estar no lugar do outro, fazendo curso desenvolvendo competências.” (q6 p12)</i>

Fonte: elaborado pela autora, 2025.

No que diz respeito aos participantes idosos usuários, 27 responderam o questionário semiestruturado, na qual iam ou já tinham passado por atendimento nas seis UMS. Foram predominantes o sexo feminino, raça branca (44,4%), casadas (44,4%), com Fundamental I incompleto (44,4%), aposentadas (77,8%), morando com o cônjuge ou companheiro, com mais uma pessoa apenas (48,2%) e, com renda de até dois SM. A Tabela 5 mostra as características sociodemográficas dos idosos.

Tabela 5. Dados sociodemográfico dos idosos usuários. Uberaba/MG, 2025.

DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS	MÉDIA/DP E PORCENTAGEM
Idade	71,9 (6,5)
Gênero	90,5% Feminino 9,5% Masculino
Raça	44,4% Branco 29,6% Negro 26% Pardo
Situação Civil	44,4% Casado(a) 29,6% Viúvo(a) 14,9% Separado(a) 11,1% Solteiro(a)
Escolaridade	44,4% Fundamental I incompleto 22,2% Ensino Médio incompleto 18,6% Fundamental I completo 11,1% Fundamental II incompleto 3,7% Ensino Médio completo
Ocupação	77,8% Aposentado 11,1% Pensionista 7,4% Outros 3,7% Trabalhador informal
Arranjo domiciliar	48,2% Cônjuge/Companheiro 18,5% Filho(a) não casado(a) 14,8% Mora sozinho 11,1% Outros 7,4% Filho(a) casado(a)
Número de pessoas no domicílio	48,2% Uma pessoa 25,9% Três pessoas 14,8% Duas pessoas 7,4% Quatro pessoas 3,7% Seis pessoas
Renda	70,4% 1 a 2 SM 11,1% 2 a 3 SM 11,1% >3 SM 7,4% <1SM
Convênio particular	96,3% Não 3,7% Sim

Fonte: elaborado pela autora, 2025.

A pesquisa permitiu a captação de dez categorias, sendo que, em algumas questões os idosos responderam de maneira objetiva (Sim/Não) contabilizando-as em porcentagem, independente da questão ser qualitativa. No Quadro 6 abaixo estão apresentadas as categorias referentes a cada questão perguntada e as falas dos idosos.

Quadro 6. Categorias referentes às perguntas do questionário de idosos usuários. Uberaba/MG, 2025.

Primeiro atendimento profissional	
Equipe de enfermagem (triagem) - 44,4%	<i>“a técnica de enfermagem ou a enfermeira” (q1 p6)</i>
Recepcionistas - 29,6%	<i>“A sala das meninas que atende, olha a pressão e agenda a consulta, não sei a profissão delas” (q1 p13)</i>
Médicos - 14,8%	<i>“Não sei o nome do profissional, na triagem” (q1 p14)</i>
Agente comunitário de saúde - 7,4%	<i>“As meninas que atendem a gente são muito boas, as enfermeiras” (q1 p19)</i>
	<i>“Passo pela recepção e aguardo o atendimento.” (q1 p1)</i>
	<i>“As meninas da recepção.” (q1 p7)</i>

	<i>“Aline, a ginecologista” (q1 p8)</i>
Significado de acolhimento	
Bom atendimento/recepção, atenção e se possível com as queixas resolvidas - 88,9%	<p><i>“chegar nos lugares e ser acolhido, com educação, ser atencioso” (q4 p1)</i></p> <p><i>“ser bem atendido, sair esclarecido” (q4 p3)</i></p> <p><i>“tratamento bom, ser boazinha” (q4 p6)</i></p> <p><i>“é o modo de receber a gente” (q4 p7)</i></p> <p><i>“Quando precisa de algo e a pessoa tem prontidão em ajudar” (q4 p8)</i></p> <p><i>“ser bem atendida” (q4 p9)</i></p> <p><i>“Um bom atendimento” (q4 p10)</i></p> <p><i>“Atender às necessidades, as dificuldades” (q4 p11)</i></p> <p><i>“Ser mais recepcionista, atender melhor” (q4 p12)</i></p> <p><i>“A pessoa te tratar bem, te respeitar bem, o carinho, o respeito” (q4 p13)</i></p> <p><i>“A pessoa que recebe a pessoa, explica o que precisa” (q4 p14)</i></p> <p><i>“É você chegar no posto e ser bem recebido, dar atenção, atender bem” (q4 p15)</i></p> <p><i>“É a pessoa tratar bem, receber bem as pessoas, não ficar com cara ruim ou fazer pouco caso” (q4 p16)</i></p> <p><i>“É ser atendido” (q4 p17)</i></p> <p><i>“Atender, medir a pressão” (q4 p18)</i></p> <p><i>“Ser bem acolhida” (q4 p19)</i></p> <p><i>“Ser bem atendido” (q4 p20)</i></p> <p><i>“É o bom atendimento” (q4 p21)</i></p> <p><i>“Ser bem tratado e ter o atendimento bom” (q4 p22)</i></p> <p><i>“dedicação com a pessoa” (q4 p23)</i></p> <p><i>“As pessoas da unidade se preocupam comigo... eu perdi um parente e o médico achou ele junto comigo... eles se preocupam se eu demoro para aparecer” (q4 p24)</i></p> <p><i>“Atendimento bom e bem feito.” (q4 p25)</i></p> <p><i>“Bom atendimento.” (q4 p26)</i></p> <p><i>“Apoio, bom atendimento.” (q4 p27)</i></p>
Tem vários tipos, porém, na unidade foi superficial - 3,7%	<i>“tem vários tipos, como espiritual, físico, moral e de saúde. O acolhimento médico foi muito superficial... Desanima de vir novamente” (q4 p5)</i>
Capacidade de expor queixas durante o atendimento	
Sim - 81,5%	
Atendimento rápido, sem acolhimento, que deixa em dúvida a interpretação dos problemas por parte do profissional - 18,5%	<p><i>“Não. Não dá tempo. Tem correria, o atendimento é inseguro, não tem acolhimento, é sem confiança. Em geral, falta atenção” (q5 p5)</i></p> <p><i>“Às vezes. Eu falo, mas sinto que não sou compreendida” (q5 p12)</i></p> <p><i>“Não, eles sempre falam que vai demorar o encaminhamento, aí evito ficar falando os problemas porque não adianta, não pedem encaminhamento com especialista” (q5 p14)</i></p> <p><i>“Às vezes, nem todos porque a consulta é rápida” (q5 p15)</i></p> <p><i>“Às vezes, porque eles cortam nossa fala, não tem interesse em ouvir” (q5 p18)</i></p>
Resolutividade das dúvidas e queixas	
Há resolutividade das queixas e dúvidas - 77,8%	<p><i>“Sim, eles conseguem sanar todas minhas dúvidas.” (q2 p1)</i></p> <p><i>“Quando é preciso, sim.” (q2 p4)</i></p> <p><i>“Não tenho dúvida nenhuma, são resolvidas.” (q2 p7)</i></p> <p><i>“Sim, todas às vezes.” (q2 p8)</i></p> <p><i>“Sim, conseguem resolver.” (q2 q15)</i></p> <p><i>“Sim, às vezes sou encaminhado para outro lugar.” (q2 p17)</i></p> <p><i>“Sim, sempre. Há uma médica muito boa.” (q2 p24)</i></p>
O atendimento nem sempre é resolutivo, não passam informações adequadas e não tem paciência - 22,2%	<p><i>“Às vezes sim, às vezes não. Tem alguns problemas de comunicação da rede, no repasse de informações.” (q2 p5)</i></p> <p><i>“Não, eu me sinto como uma bola que é jogada de um lado pro outro.” (q2 p12)</i></p> <p><i>“É muito demorado nem sempre conseguem resolver, não tem paciência com velho.” (q2 p14)</i></p> <p><i>“Não, volto com elas embora.” (q2 p18)</i></p>
Dificuldade de falar algum assunto - Não (27) – 100%	
Entendimento das orientações passadas pelos profissionais	
Sim - 48,1%	

Orientações realizadas e entendidas, se não pedem para explicar novamente- 25,9%	<p>“sim, eles fazem todas as orientações de cuidado” (q3 p1)</p> <p>“Sim. Menos da medicação, eu peço pra escreverem nas caixinhas” (q3 p4)</p> <p>“sim, são bem esclarecidas” (q3 p8)</p> <p>“Entendo, faz muitos anos que trato aqui” (q3 p16)</p> <p>“Sim, porque se eu não entender eu pergunto até entender” (q3 p17)</p> <p>“Sim, os médicos são muito bons” (q3 p19)</p> <p>“Sim, e eu sigo direitinho” (q3 p24)</p>
Os idosos não entendem as explicações ou elas não são passadas- 25,9%	<p>“não passam nada” (q3 p2)</p> <p>“Não, eles não explicam” (q3 p5)</p> <p>“às vezes” (q3 p9)</p> <p>“ah, tenho dificuldade em entender o que eles falam” (q3 p11)</p> <p>“Não entendo o motivo das orientações” (q3 p12)</p> <p>“Eu sempre peço para minha irmã me explicar, porque tenho problema de audição” (q3 p14)</p> <p>“Entendo, mas não resolvem meu problema” (q3 p18)</p>
Importância das orientações	
Orientações sobre saúde em geral e organização dentro da unidade - 29,6%	<p>“Sim. Gosto de ser informado sobre o que eu tenho que fazer” (q7 p1)</p> <p>“Sim. É importante receber orientações de saúde em geral, para prevenir doenças, ter cuidado” (q7 p11)</p> <p>“Sim. Acho importante receber orientações sobre todas as questões relacionadas à saúde” (q7 p12)</p> <p>“Sim, sobre tudo que eles orientam aqui” (q7 p16)</p> <p>“Sim, pra eu não ficar perdido, saber em qual sala ir pra não entrar em sala em atendimento” (q7 p18)</p> <p>“Sim. Todas são importantes” (q7 p25)</p> <p>“Sim. Orientação sobre exames” (q7 p26)</p> <p>“Sim. Orientar sobre encaminhamentos, falar o que pode e o que não pode, orientar o que comer e incentivar a prática de atividades físicas” (q7 p27)</p>
Orientações específicas - 22,2%	<p>“Sim. Sobre tudo, principalmente sobre diabetes” (q7 p8)</p> <p>“Sim. Principalmente sobre minhas condições de saúde, tenho hanseníase” (q7 p9)</p> <p>“Sim, quando estou com algum problema de saúde me explicam o que é, me passam para algum profissional” (q7 p13)</p> <p>“Sim, orientações sobre a diabetes, que é o que eu tenho” (q7 p22)</p> <p>“Sim. Assuntos sobre minha doença, para saber como lidar.” (q7 p23)</p> <p>“Sim. Sobre o motivo que me trouxe até aqui na unidade, por exemplo, minha dor na coluna que tive uma vez” (q7 p24)</p>
Orientações sobre medicação - 18,5%	<p>“Sim, sobre os remédios” (q7 p6)</p> <p>“Sim, sobre a receita... o que eu devo fazer... como tomar o remédio... o exame... onde eu tenho que ir” (q7 p14)</p> <p>“Sim, sobre o modo de tomar o remédio, fazer o exame, onde que eu vou, se vai resolver meu problema ou se não vai” (q7 p15)</p> <p>“Sim, para seguir os horários dos remédios” (q7 p20)”</p> <p>“Sim, orientações sobre alimentação e remédios pois não consigo ler a bula” (q7 p21)</p>

Fonte: elaborado pela autora, 2025.

5.1.3 Elaboração de estratégias para possíveis mudanças/soluções

5.1.3.1 Primeiro produto: Ações de EP

As ações foram desenvolvidas com base teórica dos seguintes documentos: Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNPI); Política Nacional de Atenção Básica (PNAB); Política Nacional de Humanização (PNH); HumanizaSUS - Documento base para gestores e trabalhadores do SUS; Acolhimento à demanda espontânea: queixas mais comuns na atenção básica; Acolhimento à demanda espontânea; Orientações técnicas para a implementação de

Linha de Cuidado para Atenção Integral à Saúde da Pessoa Idosa no SUS e Acolhimento nas Práticas de Produção de Saúde.

Primeiramente contextualizou os profissionais presentes sobre o envelhecimento e a necessidade de ações de prevenção e cuidados citando a PNH e o acolhimento como a ferramenta de possibilidade para provocar mudanças na assistência. Em seguida, evidenciou acerca da compreensão dos idosos sobre acolhimento e se estão satisfeitos com o acolhimento prestado nas unidades de saúde. Para finalizar a contextualização abordaram-se os conceitos de humanização, acolhimento e escuta qualificada de acordo com os documentos citados acima.

Apresentou-se a metodologia e os resultados da pesquisa de campo, expondo as falas e as categorias formadas pelos entrevistados.

Ao final da ação de EP propos-se uma dinâmica com a metodologia ativa árvore de problemas e nuvem de soluções. As árvores foram preenchidas e devolvidas aos pesquisadores para serem projetadas e discutidas.

Foram desenvolvidas três tipos de árvores de problemas: a primeira com falas sobre a ocorrência da escuta qualificada na prática profissional (profissionais), a segunda com falas sobre dificuldade de realizar o acolhimento (profissionais) e a terceira com falas problemáticas dos idosos usuários (APÊNDICE J).

Os encontros foram uma oportunidade para aprimorar a sensibilidade no atendimento e reforçar o trabalho em equipe, na tentativa de garantir um cuidado digno, empático e eficiente para essa população crescente e com demandas específicas. Não se trata apenas de técnica, mas de humanização e respeito.

Participaram diferentes profissionais de diversas unidades primárias de saúde, no entanto, a ausência de gerentes e mais agentes comunitários de saúde foram observadas.

Durante o encontro as discussões foram enriquecedoras, trazendo à tona e expondo diferentes realidades vividas em várias áreas do município, mostrando que não são todos que conhecem as dificuldades existentes no serviço de saúde, evidenciando carências que devem ser urgentemente solucionadas.

O Quadro 7 apresenta uma síntese dos resultados (dos quatro dias) das árvores de problemas que foram preenchidos pelos profissionais presentes nas ações.

Quadro 7. Síntese dos resultados das árvores de problemas preenchidos pelos profissionais presentes nas ações de EP. Uberaba/MG, 2025.

1ª <u>Árvore de problemas</u> com falas sobre a ocorrência da escuta qualificada na prática profissional.		
CAUSAS	CONSEQUÊNCIAS	POSSÍVEIS SOLUÇÕES
<ol style="list-style-type: none"> 1. Sobrecarga profissional/ Redução do número de profissionais 2. Falta de capacitação/treinamento e adesão dos profissionais 3. Dificuldades de comunicação entre equipe 4. Alta demanda de atendimentos 5. Insatisfação e desconhecimento dos usuários 6. Infraestrutura inadequada 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Falta de profissional repercute na sobrecarga gerando grandes demandas de trabalho, muitas vezes inviabilizando a escuta qualificada no acolhimento 2. Falta de capacitação repercute na ausência de uma metodologia padronizada para o acolhimento 3. Adoecimento do profissional 4. Dificuldade de comunicação profissional/usuário, o que pode gerar até a “quebra” da integralidade do cuidado 5. Infraestrutura inadequada faz com que a tentativa de acolhimento aconteça na presença de outros pacientes ou profissionais não envolvidos naquele atendimento 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Número de profissionais adequado à demanda da unidade, inclusão do assistente social 2. Realização de reuniões frequentes para discussão de casos 3. Capacitações programadas e com horários protegidos 4. Estratégias para motivação da equipe 5. Melhora em infraestrutura e equipamentos 6. Criação de fluxograma (presença de um fluxista) e padronização sobre como realizar os atendimentos 7. Menor burocratização 8. Ativação dos conselhos municipais de saúde dentro do território com voz para os usuários 9. Identificação dos hiperusuários e produzir um plano terapêutico singular; 10. Inclusão de informativo para usuários (carta de serviços) 11. Sistema integrado para acompanhar os exames e consultas
2ª <u>Árvore de problemas</u> com falas sobre dificuldade de realizar o acolhimento.		
CAUSAS	CONSEQUÊNCIAS	POSSÍVEIS SOLUÇÕES
<ol style="list-style-type: none"> 1. Ausência de assistente social 2. Falta de envolvimento da equipe 3. Conflitos familiares, não ter família ou rede de apoio, questões econômicas (familiares que trabalham), questões socioculturais 4. Falta de acolhimento e escuta qualificada às necessidades integrais 5. Alta demanda 6. Frustração com a demora 7. Tempo de consulta reduzido 8. Falta de recursos para resolução 9. Falta de planejamento da utilização dos recursos para reformas e obras adequadas às práticas de saúde e realidade 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Má adesão às propostas terapêuticas 2. Prejuízo do vínculo profissional-paciente 3. Evolução desfavorável do quadro de saúde 4. Ausência de comunicação efetiva entre profissionais e secretaria municipal 5. Falta de espaços adequados à prática clínica 6. Superlotação das unidades de saúde 7. Ausência de participação dos colaboradores durante o planejamento da construção/reforma da infraestrutura 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Capacitações periódicas dos profissionais em relação às particularidades específicas da saúde do idoso e humanização 2. Transparência dos processos burocráticos do cuidado, criação de planos terapêuticos singular 3. Contratação de novos profissionais (serviço social e ACS) 4. Sensibilização/Educação sobre medidas legais e relação à participação dos familiares no cuidado do idoso 5. Recrutamento de profissionais de saúde para participar no planejamento estrutural da unidade 6. Ações multiprofissionais e intersetoriais para fortalecimento

social		de vínculos (idoso-familiar; idoso-comunidade) 7. Maior integração e participação de outros setores (secretária de educação, comunicação/informação)
3ª <u>Árvore de problemas</u> com falas dos idosos usuários.		
CAUSAS	CONSEQUÊNCIAS	POSSÍVEIS SOLUÇÕES
<ol style="list-style-type: none"> 1. Desconhecimento dos níveis de atenção/serviços/rede 2. Demanda alta/sobrecarga/poucos profissionais 3. Falta de letramento na compreensão da profundidade do atendimento oferecido (idosos), declínio cognitivo 4. Barreiras de comunicação profissional-usuário 5. Formação do profissional deficitária 6. Foco no modelo biomédico: doença 7. Falta de suporte familiar 8. Falta de empatia dos profissionais 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Falta de resolutividade, frustração, reclamações e insatisfação do usuário 2. Esgotamento profissional/perda de vínculo 3. Atraso no diagnóstico 4. Dificuldade de autocuidado 5. Gasto de tempo/ transporte e deslocamento do paciente 6. Ambiente de trabalho hostil 7. Impotência profissional 8. Desfoco da promoção do autocuidado 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Capacitação para a equipe 2. Adequação da população para capacidade das unidades 3. Sala de espera com orientações 4. Ampliação na estrutura física da unidade 5. Maior divulgação mediata sobre o funcionamento do SUS/APS 6. Utilização de recursos audiovisuais 7. Solicitação de acompanhamento familiar 8. Comunicação clara e simples 9. Encontros multidisciplinares regulares 10. Padronização de condutas e fluxos 11. Adequação e verificação da compreensão/falar em linguagem acessível 12. Educação em saúde e foco na promoção

Fonte: elaborado pela autora, 2025.

5.1.3.2 Segundo produto: Construção e validação do roteiro do vídeo educativo

5.1.3.1.1 Pré-produção: ideia e sinopse

A ideia do vídeo surgiu antes mesmo de iniciar as coletas, visto que, o assunto “humanização, acolhimento e escuta qualificada” não é algo abordado frequentemente na rede de serviços de saúde, com foco na APS. A partir das coletas e das categorias formadas, a ideia se fortificou com base nos resultados encontrados a respeito do conhecimento tanto de profissionais quanto de idosos sobre a humanização (com abordagens sobre acolhimento e escuta qualificada) a pessoa idosa dentro da APS. Além disso, as duas revisões (Acolhimento ao idoso na Atenção Primária à Saúde: revisão integrativa/ Uso de vídeo como recurso na educação em saúde para idosos: revisão integrativa) reforçaram ainda mais a ideia e a base para construção de um roteiro de um vídeo educativo destinado aos idosos usuários da rede, mas com utilidade aos profissionais da rede também. Todos os resultados demonstraram uma lacuna no conhecimento teórico e prático diante da temática.

Diante das principais categorias, dos resultados das revisões integrativas elaborou-se o seguinte *storyline*: “O vídeo educativo irá informar/orientar os idosos usuários da APS sobre a importância de entender o que é a humanização, de como o acolhimento pode ser realizado e por qual profissional, de como o próprio idoso usuário da rede ao reconhecer o acolhimento pode-se comportar, qual a importância do acolher e da escuta qualificada e como essas ferramentas contribuem para a resolutividade das necessidades e queixas da pessoa idosa”.

5.1.3.1.2 Pré-produção: argumento

Decidiu-se elaborar o roteiro de um vídeo educativo que possibilite a abordagem com linguagem de fácil entendimento, na tentativa de apresentar a temática em tempo hábil e sem causar exaustão nos espectadores.

Diante da ideia e sinopse elaborou-se o seguinte argumento: “O vídeo educativo será destinado aos idosos que utilizam os serviços de saúde na Atenção Primária, mas também pode informar os profissionais de saúde e outros profissionais que atuam dentro da rede diretamente com o público-alvo (idosos), com o objetivo de mostrar a importância de práticas humanizadas no atendimento”.

São cinco personagens principais: o idoso, que será o protagonista e a figura central do vídeo; o(a) enfermeiro(a), o(a) recepcionista, o(a) médico(a) e o agente comunitário de saúde. As cenas do vídeo passam majoritariamente dentro de uma unidade de Atenção Primária, destacando o ambiente de acolhimento e os desafios enfrentados tanto pelos profissionais quanto pelos idosos. O vídeo começa com o idoso se dirigindo à unidade de saúde, simbolizando a transição entre a vida cotidiana e o acesso ao serviço de saúde. O vídeo será animado, utilizando gráficos simples e representativos para ilustrar os conceitos de forma clara e acessível. A animação permitirá mostrar diferentes perspectivas e ambientes sem a necessidade de gravações em locais físicos. O roteiro do vídeo mostra o processo de acolhimento desde a chegada do idoso à unidade de saúde até a possível a resolução de suas queixas e necessidades, destacando a importância do acolhimento, como ele deve ser realizado e por quais profissionais, o papel da escuta qualificada, as dificuldades enfrentadas pelos idosos e como o acolhimento pode ajudá-los.

5.1.3.1.3 Pré-produção: roteiro

Com os resultados da pesquisa de campo, fundamentação através das revisões integrativas e da intervenção educativa por meio das ações de EP, o roteiro do vídeo educativo foi construído e enviado para validação de conteúdo e técnica. A versão final do

roteiro está apresentado no Quadro 8.

Quadro 8. Roteiro do vídeo educativo sobre Humanização, acolhimento e escuta qualificada ao idoso na APS. Uberaba/MG, 2025.

Cena 1: Introdução – O Caminho até a Unidade de Saúde

- **Visual:** Um idoso caminha pela rua em direção a uma Unidade Básica de Saúde (UBS). O ambiente é acolhedor e tranquilo, mas ao fundo, vemos uma montagem de outro cenário caótico e desorganizado com muitas pessoas, filas, e falta de sinalização.
- **Narrador:** "Na Atenção Primária à Saúde, a jornada do cuidado começa muito antes da chegada a unidade. Para os idosos, a busca por um atendimento humanizado é essencial, em meio a diferentes realidades".
- **Texto na Tela:** "Humanização: Colocar a pessoa idosa em primeiro lugar, respeitando suas necessidades e individualidades".

Cena 2: Chegada à Unidade – Recepção

- **Visual:** O idoso entra na UBS, onde encontra uma recepção lotada, com pessoas aguardando atendimento sem informações visuais claras sobre atendimento preferencial. A recepcionista chama o idoso pelo nome ao receber o documento, o que cria uma sensação de acolhimento, contrastando com o ambiente caótico.
- **Narrador:** "O acolhimento pode começar na recepção. Aqui, o recepcionista é o primeiro ponto de contato, garantindo que todos sejam recebidos com respeito e atenção, mesmo em meio a desafios".
- **Texto na Tela:** "Acolhimento: Receber com empatia e atenção, entendendo as necessidades de cada pessoa".
- **Na tela:** será colocado um link de acesso ao documento HumanizaSUS (com indicativos).

Cena 3: Introdução à Enfermeira – A Confusão de Papéis

- **Visual:** A recepcionista encaminha o idoso para a enfermeira. Ele demonstra confusão sobre o papel dela, achando que vai direto ao médico.
- **Narrador:** "Na Atenção Primária, a enfermeira desempenha um papel essencial no acolhimento e na escuta qualificada. Porém, muitos ainda confundem suas funções com as de outros profissionais".
- **Texto na Tela:** "Escuta Qualificada: Ouvir de forma ativa e sem julgamentos, buscando entender o contexto e as necessidades do paciente".

Cena 4: Diferença entre Acolhimento e Triagem

- **Visual:** a enfermeira aguarda o idoso na porta de uma sala que está escrito "triagem", enquanto na sala de espera tem um idoso e outro profissional sentados realizando o "acolhimento".
- **Narrador:** "A triagem é uma ação na qual o profissional ouve a queixa do idoso e o encaminha. O acolhimento não é um espaço ou local e não tem hora para acontecer, implica em compartilhar tudo que o idoso precisa".
- **Texto na Tela:** "O acolhimento não é um espaço ou local (embora possa precisar deles), mas uma postura ética: não pressupõe hora ou profissional específico para fazê-lo. Desse modo é que o diferenciamos de triagem, pois não se constitui como uma etapa do processo, mas como ação que deve ocorrer em todos os locais e momentos do serviço de saúde".
- **Na tela:** será colocado um link de acesso ao documento Acolhimento nas práticas de produção de saúde (com indicativos).

Cena 5: Acolhimento e Escuta Qualificada pela Enfermeira

- **Visual:** A enfermeira explica o conceito de acolhimento e escuta qualificada ao idoso, fazendo perguntas sobre sua visão, se sabe ler, sobre os horários dos remédios, entre outros. Ela adesiva as caixinhas de medicação e registra os horários em um papel.
- **Narrador:** "O acolhimento é mais que ouvir, é compreender. A escuta qualificada permite que o profissional identifique as necessidades do idoso, possibilitando um atendimento mais resolutivo e humanizado."
- **Texto na Tela:** "Acolher é entender. Escutar é cuidar."

Cena 6: Desafios dos Idosos no Atendimento

- **Visual:** O idoso tenta entender as orientações da enfermeira, mas demonstra dificuldades. A enfermeira percebe e começa a explicar de forma mais clara e pausada. Na imagem a enfermeira está com medicamentos para pressão alta e com uma caixinha com adesivos e horários.
- **Narrador:** "Muitos idosos enfrentam desafios ao entender as orientações de saúde. A humanização no atendimento também significa garantir que as informações sejam compreendidas de forma clara e acessível".
- **Texto na Tela:** "Compreensão é a chave para um atendimento eficaz".

Cena 7: Resolução das Queixas – Interação com o Médico

- **Visual:** O idoso é encaminhado ao médico, que revisa seu caso, prescreve exames e sugere a participação no grupo HIPERDIA, convidando o idoso com entusiasmo.
- **Narrador:** "A humanização no atendimento é garantir que cada etapa do cuidado seja alinhada às necessidades do idoso".
- **Texto na Tela:** "Resolução: Garantir que as queixas sejam tratadas de forma completa e eficiente".

Cena 8: Apoio Familiar e Presença do Acompanhante

- **Visual:** O idoso está em consulta, acompanhado por um membro da família ou um cuidador. O acompanhante participa da conversa, ajudando a lembrar detalhes importantes e a entender as orientações.
- **Narrador:** "A presença de um familiar ou cuidador pode ser fundamental no atendimento ao idoso, oferecendo apoio emocional e garantindo que todas as informações sejam compreendidas e seguidas".
- **Texto na Tela:** "Acompanhamento: O apoio da família é essencial para um cuidado eficaz".

Cena 9: Acompanhamento e Continuidade do Cuidado

- **Visual:** O Agente Comunitário de Saúde visita a casa do idoso, verificando se ele está seguindo as orientações e se precisa de mais ajuda.
- **Narrador:** "O cuidado não termina na unidade de saúde. O acompanhamento contínuo, realizado por profissionais como o agente comunitário, é essencial para garantir a saúde e bem-estar dos idosos".
- **Texto na Tela:** "Acompanhamento: Um cuidado que vai além das paredes da unidade de saúde".

Cena 10: Importância da Humanização no Atendimento

- **Visual:** Uma montagem rápida mostrando o idoso em diversas interações com os profissionais de saúde – recepcionista, enfermeira, médico e agente comunitário.
- **Narrador:** "A humanização no atendimento é um esforço coletivo. Todos os profissionais da saúde têm um papel a desempenhar na criação de um ambiente acolhedor e resolutivo para os idosos".
- **Texto na Tela:** "Humanização na saúde é ter respeito e atenção com todos".

Cena 11: Dicas para os Idosos – Como Reconhecer e Participar do Acolhimento

- **Visual:** O idoso reflete sobre sua experiência na unidade e compartilha suas impressões com outros idosos no grupo HIPERDIA.
- **Narrador:** "Idosos, vocês têm um papel ativo no acolhimento. Saibam que podem fazer perguntas, buscar esclarecimentos e participar ativamente do seu cuidado".
- **Texto na Tela:** "Seja protagonista do seu cuidado".

Encerramento:

- **Texto na Tela:** "Este vídeo foi produzido para promover a humanização no atendimento à pessoa idosa na Atenção Primária à Saúde".

Fonte: elaborado pela autora, 2025.

5.1.3.1.4 Validação do roteiro por *experts* de conteúdo

Participaram sete validadores *experts* para avaliar o conteúdo do roteiro do vídeo educativo com idade média de 45,9 anos ($\pm 11,9$); formados em Enfermagem (66,7%), Farmácia (11,1%), Fisioterapia (11,1%) e Medicina (11,1%); com 21,6 ($\pm 11,2$) anos de formados; todos os *experts* com Especialização, Mestrado e Doutorado nas áreas de interesse; a maioria com atuações ou atuantes na APS e na área da saúde da pessoa idosa e com publicações nas áreas de interesse (de uma a dez).

Apenas o item “Informações esclarecedoras” obteve porcentagem 71,4% da nota máxima, com sugestões de modificações de texto e palavras (apresentadas abaixo). No entanto, ao calcular o IVC, todos os itens apresentaram estatística superior a 80%, o que indica que são considerados válidos e não precisam de modificações obrigatórias. A pontuação do instrumento e o IVC estão apresentados na Tabela 6.

Tabela 6. Pontuação dos validadores *experts* de conteúdo pelo instrumento IVCES e apresentação do IVC. Uberaba/MG, 2025.

QUESTÕES	0	1	2	IVC*
1. Contempla tema			100%	1,00
2. Adequado ao processo de ensino-aprendizagem			100%	1,00
3. Esclarece dúvidas sobre o tema abordado		14,30%	85,70%	1,00
4. Proporciona reflexão sobre o tema proposto			100%	1,00
5. Incentiva mudança de comportamento		14,30%	85,70%	1,00
6. Linguagem adequada ao público-alvo		14,30%	85,70%	1,00
7. Linguagem apropriada ao material educativo			100%	1,00
8. Linguagem interativa, permitindo envolvimento ativo no processo educativo		14,30%	85,70%	1,00
9. Informações corretas			100%	1,00
10. Informações objetivas		14,30%	85,70%	1,00
11. Informações esclarecedoras		28,60%	71,40%	1,00
12. Informações necessárias			100%	1,00
13. Sequência lógica das ideias		14,30%	85,70%	1,00
14. Tema atual			100%	1,00
15. Tamanho do texto adequado		14,30%	85,70%	1,00
16. Estimula o aprendizado			100%	1,00

17. Contribui para o conhecimento na área	14,30%	85,70%	1,00
18. Desperta interesse pelo tema		100%	1,00
TOTAL IVC			1,00

Fonte: elaborado pela autora, 2025. *IVC: Índice de validade de conteúdo

Nos comentários dos *experts* obtiveram elogios tanto pela pesquisa desenvolvida quanto pela temática proposta pelo vídeo educativo. As principais sugestões recomendadas destacam-se a seguir:

“Na cena 10, no texto na tela: “Humanização na saúde é ter respeito e atenção com todos” (avaliador de conteúdo 03)

“... Na Cena 4, no tópico Narrador, o trecho: ‘implicar em compartilhar’ seria ‘implica em compartilhar’? Em resumo, considero o material bem escrito, com bom roteiro e referencial teórico bem selecionado. Também houve o cuidado de adequar a linguagem, com uma mensagem clara, não prolixa e aplicada a uma situação amplamente observada na rotina de idosos” (avaliador de conteúdo 04)

As sugestões foram acatadas na íntegra e modificadas no roteiro, no entanto, por ter sido uma quantidade baixa, não houve necessidade de reenvio do roteiro para nova avaliação.

5.1.3.1.5 Validação do roteiro por *experts* de técnica

Participaram quatro validadores *experts* para avaliar a técnica do roteiro do vídeo educativo com idade média de 46 anos ($\pm 9,9$); formados em Desenhista Industrial, Ciências da Computação, Matemática aplicada e computacional e Comunicação Social; com 23,5 ($\pm 7,9$) anos de formados; com Especialização (75%), Mestrado (100%) e Doutorado (25%) nas áreas de interesse; com experiência de 15,75 anos ($\pm 14,8$) na área de comunicação social/visual/cinema; 50% desenvolveram trabalhos na área de mídia interativa e vídeo; no entanto, sem publicações.

Apenas quatro itens não obtiveram pontuação positiva, somente um *expert* classificou as questões *“O ponto de partida do roteiro tem impacto?”*; *“Existe uma atenção crescente, com curva dramática ascendente?”*; *“Há aceleração da ação até o ponto culminante do clímax da história?”* e *“Existem muitas repetições de cenário/ambiente?”* indo de encontro com os demais *experts*. Esse mesmo aprovou o roteiro, porém, com modificações.

A pontuação dos *experts* de técnica pelo instrumento criado pelos autores (Anjos, 2011; Luna, 2014) está apresentada na Tabela 7 abaixo, assim como, a porcentagem de aprovação pelos *experts* está apresentada na Tabela 8.

Tabela 7. Pontuação dos validadores *experts* de técnica pelo instrumento proposto para avaliação. Uberaba/MG, 2025.

QUESTÃO	SIM	NÃO
O roteiro é adequado ao objetivo do vídeo e contribui com informações pertinentes sobre o acolhimento e a escuta qualificada?	100%	
A ideia auxilia aprendizagem?	100%	
O roteiro é útil?	100%	
O roteiro é atrativo?	100%	
O ponto de partida do roteiro tem impacto?	75%	25%
Com o desenvolvimento do roteiro o interesse cresce?	100%	
O número de cenas é suficiente?	100%	
O tempo de duração é suficiente?	100%	
O roteiro tem apresentação agradável?	100%	
Existe uma atenção crescente, com curva dramática ascendente?	75%	25%
O ritmo é cansativo?		100%
Há dinamismo dos ambientes?	100%	
As formas de apresentação das cenas são adequadas?	100%	
O perfil das personagens é original?	100%	
Os valores das personagens têm consistência?	100%	
É desenvolvida uma expectativa?	100%	
Há motivação no diálogo?	100%	
Há aceleração da ação até o ponto culminante do clímax da história?	75%	25%
Existem muitas repetições de cenário/ambiente?	25%	75%
As imagens são adequadas?	100%	
A estrutura geral é criativa?	100%	
O conteúdo de interesse (acolhimento e escuta qualificada) tem relação direta com o público-alvo (idosos usuários da rede de atenção primária à saúde)	100%	
O vídeo contribuirá para que os idosos compreendam o acolhimento prestado nas unidades de saúde, bem como compreender como eles podem facilitar essa ação?	100%	
O vídeo é capaz de gerar resultados positivos?	100%	
É fácil aprender os conceitos utilizados e suas aplicações?	100%	
Fornecer informações de forma clara?	100%	
Fornecer informações de forma completa?	100%	
Fornecer informações sem ser cansativo?	100%	
O tempo proposto é adequado para que o idoso entenda o conteúdo?	100%	
O número de cenas está coerente com o tempo proposto para o vídeo?	100%	
O número e a caracterização dos personagens atendem ao objetivo proposto?	100%	
O discurso entre os personagens é usado de forma eficiente e compreensível ao público-alvo?	100%	

Fonte: elaborado pela autora, 2025.

Tabela 8. Porcentagem de aprovação dos validadores *experts* de técnica. Uberaba/MG, 2025.

APROVADO	APROVADO COM MODIFICAÇÕES	REPROVADO
	25%	
75%		
75%		
75%		

Fonte: elaborado pela autora, 2025.

Dos comentários/sugestões recomendados destacam-se a seguir:

“Como o público-alvo são idosos, acredito que o vídeo com uma cadência mais lenta pode facilitar a compreensão das informações. Por outro lado, com o objetivo de manter ou reduzir o tamanho final do vídeo, sugiro primeiramente realizar a gravação da narração completa e, a seguir, ajustar o tamanho de cada cena (que foi padronizado em 40 segundos), de acordo com o cumprimento da narração e a relevância (cenas com informações importantes são mais relevantes que cenas de

introdução ou encerramento) de cada cena. Por exemplo, a Cena 1 é introdutória, e sua narração, mesmo sendo feita de forma pausada, deve durar bem menos que 40 segundos. Assim, esta pode ter um tempo mais reduzido, permitindo que outra cena com mais informações seja mais longa. Como, por exemplo, a Cena 4 que, apesar de não possuir uma narração muito longa, possui um texto na tela muito extenso, necessitando de muito mais tempo para leitura e compreensão. Desta forma, ao ajustar o tempo de cada cena de acordo com a narração/texto, acredito que ficará mais fácil realizar a captação das imagens, cientes dos tempos necessários para passar todas as informações com tranquilidade” (avaliador de técnica 02)

As sugestões foram dadas pelo *expert* e acatadas na íntegra pelos pesquisadores, no entanto, por ter sido uma quantidade baixa de ajustes, não houve necessidade de reenvio do roteiro. O tempo de cada cena foi retirado para ser readequado na gravação da animação.

5.1.4 Intervenção/ação e divulgação externa

5.1.4.1 Resultado das ações de EP

O formulário *online* permaneceu aberto para respostas durante uma semana vista à alta demanda dos serviços relatada pelos profissionais.

Das 70 pessoas que participaram dos dias de ação de EP, 55 responderam o formulário *online* para avaliação dos encontros, da abordagem e da satisfação.

Para a questão “*Você considera a possibilidade da mudança na sua prática a partir das reflexões proporcionadas nesse dia de atividade?*” 43 pessoas responderam somente “SIM”, outras relataram que a capacitação instiga uma reflexão acerca da vivência atual, para agregar na prática clínica e conseguir qualificar os atendimentos, no entanto, precisam de um tempo maior para as capacitações bem como uma equipe maior nas unidades.

Alguns comentários dessa questão foram destacados:

“Sim, a capacitação nos instiga uma reflexão a cerca da vivência atual”.
“Mudanças são sempre necessárias na prática da APS”.
“Considero o reforço da prática, pois corrobora com o que tento fazer”.
“Com certeza! Estou saindo com muitas ideias e reflexões para compartilhar com meus colegas da unidade”.

Para a questão “*Você consegue identificar soluções para mudar a realidade do acolhimento na sua unidade de trabalho?*” 42 pessoas responderam somente “SIM”, outras salientaram que soluções como capacitações e reuniões são excelentes para otimização dos recursos, melhorar fluxo e planejamento dentro das unidades, porém, alguns problemas são apontados como a disponibilidade pessoal de alguns membros e da própria gestão, além do número de profissionais e com maior envolvimento.

Alguns comentários dessa questão foram destacados:

“Sim, por hora, mudança no fluxo de trabalho com sugestões entre a equipe

presente”.

“Sim, como capacitações, otimização dos recursos”.

“Aumento de equipe e agenda maior para um trabalho de qualidade. O profissional da enfermagem parece bombeiro apagando incêndio. E queremos chegar na humanidade e no vínculo real com o usuário do serviço”.

“Melhorar fluxo na recepção, aumentar capacitação da recepção”.

“Sim! Acredito que com mais reuniões e capacitações da equipe podemos começar a planejar e executar melhorias no acolhimento”.

“Acredito que é possível pensar em algumas possibilidades, mas é necessário o envolvimento de demais profissionais”.

Quanto ao nível de satisfação com a atividade, numa escala de 1 a 5, 41 pessoas deram nota 5 (74,5%), 13 pessoas deram nota 4 (23,7%) e apenas uma pessoa deu nota 3 (1,8%), alegando ter confundido o tema proposto com conteúdo exposto.

Um espaço livre e opcional para comentários/sugestões sobre a ação foi disponibilizado e além dos elogios a equipe de trabalho e agradecimentos, alguns comentários foram relevantes para equipe, como:

“Envolver TODOS profissionais”.

“Levar essa Educação a todas equipes”.

“Requisitar pelo menos um representante de cada Estratégia Saúde da Família”.

“Gostaria de mais encontros da UFTM com a rede municipal”.

“Excelente encontro, para pensar e refletir na melhoria e mudanças do acolhimento da unidade”.

“Maior adesão dos profissionais”.

“Acho importante ter momentos de debates e de ampliar as possibilidades e perspectivas de novas ferramentas”.

6 DISCUSSÃO

O desenvolvimento da intervenção educativa do tipo EP e a elaboração do roteiro do vídeo educativo sobre humanização, acolhimento e escuta qualificada à pessoa idosa na APS podem contribuir para melhora da qualidade dos serviços da atenção primária.

A intervenção educativa é uma importante estratégia de EP para que os profissionais aprimorem suas competências, constituindo de habilidades inovadoras para a prática de sua profissão; assim como os vídeos são recursos tecnológicos relevantes utilizados como estratégia de ES para contribuir na promoção e continuidade do cuidado e autocuidado (Peruzzo *et al.*, 2022; Sá *et al.*, 2020).

O acolhimento é uma prática que deve acontecer em todas as relações de cuidado (Brasil, 2013c). Através das revisões integrativas realizadas percebe-se que o acolhimento é de extrema importância, porém de pouco conhecimento por parte dos usuários e praticado inadequadamente pelos profissionais. A visão teórica e prática da humanização e do acolhimento se dissemelham.

Uma alternativa para informar o usuário e facilitar as orientações dos profissionais é o

uso de tecnologias educacionais, como por exemplo, o vídeo educativo, pois, cada vez mais os idosos buscam o domínio sobre as tecnologias de informação e comunicação, principalmente para fazer parte ativa da sociedade (Abreu *et al.*, 2024).

Antes de ir a campo, para investigar sobre a humanização, acolhimento e escuta qualificada, a validação dos instrumentos de pesquisa (questionários semiestruturados e diário de campo) foi uma etapa importante, pois assim colabora para o rigor e transparência fortalecendo a confiabilidade da pesquisa (Torlig *et al.*, 2022).

O diário de campo foi o primeiro instrumento utilizado para reconhecimento das UMS e levantamento das situações-problemas. Em nenhuma UMS visitada ficou evidente o acolhimento como descrito na PNH. Para o idoso o simples fato de ser bem atendido (independente do profissional que o receba) e ter suas necessidades iniciais supridas já significa ser acolhido (Ferreira *et al.*, 2018), no entanto, a falta de preparo dos profissionais tem como consequência serviços inadequados, atendimentos mecanizados e com pouco escuta; limitando não só a resolutividade dos serviços como também a compreensão dos usuários sobre a teoria e prática do acolhimento e da escuta qualificada (Ferreira *et al.*, 2018; Silva *et al.*, 2021a).

Outro ponto considerável foi que, em nenhuma UMS, o atendimento era preferencial ou prioritário para o idoso. A falta de investimento público pode causar dificuldades em garantir determinada assistência ao idoso e isso faz com que a rede não esteja preparada para um atendimento integral e prioritário (Bom *et al.*, 2022).

Apesar dos problemas observados, alguns profissionais empenham-se em melhorar o atendimento/serviço das unidades. A maioria das UMS praticam o HIPERDIA ou atividades em salas de espera. As atividades em grupo, assim como momentos de recreação são favoráveis e criam um ambiente acolhedor, principalmente para os idosos, que se sentem mais a vontade para expressar sentimentos e compartilhar experiências (Brito *et al.*, 2020; Draeger *et al.*, 2022).

Após o levantamento do local e das situações-problemas, os questionários semiestruturados foram aplicados aos profissionais atuantes da APS e aos idosos usuários.

Compreendeu-se 18 categorias dos profissionais entrevistados, no qual deram suporte para construção dos produtos de intervenção educativa.

Do constructo do tema “Significado de humanização” foi encontrado três categorias, a mais expressiva relacionada à compreensão de humanização como acolhimento, seguida de categoria que aborda a humanização como tratamento igualitário e empático e uma terceira

que “acolher” é realizar uma escuta qualificada direcionada à resolutividade.

Compreensão de humanização como acolhimento

Os profissionais entrevistados compreendem o acolhimento como atitude de entender a pessoa para além de sua condição de saúde, considerando o contexto e necessidades vividas pela pessoa idosa, bem como os determinantes sociais de saúde. Para os participantes é através da escuta atenta e da demonstração genuína de proximidade com os pacientes que os profissionais identificam as principais demandas que precisam ser resolvidas ou encaminhadas.

A PNH busca o acionamento de dispositivos que promovam ações humanizadoras no âmbito da atenção e gestão de saúde no Brasil; dentre seus objetivos estão o fortalecimento de iniciativas de humanização existentes e a implementação de processos de acompanhamento e avaliação, ressaltando saberes gerados no SUS e experiências coletivas bem-sucedidas, estando entre suas diretrizes o conceito de acolhimento (Brasil, 2013b).

Menezes e colaboradores (2020) descreveram o acolhimento como o cuidado direcionado e específico para cada usuário do sistema que pode garantir mais adesão ao tratamento e seguimento das orientações oferecidas pela equipe, numa relação de proximidade principalmente do profissional enfermeiro, estabelecendo um cuidado amável e privilegiado pelas interações longitudinais, vinculadas à configuração da atenção nas Unidades de Saúde.

Para alguns participantes, é importante considerar a forma de realizar o acolhimento, sendo necessária, além da escuta, a atuação da equipe multidisciplinar realizando não somente os procedimentos técnicos, mas também orientação de qualidade para ajudar a pessoa idosa a compreender como alcançar a resolução de seus problemas de saúde, e qual ponto da rede procurar para cada queixa identificada. O acolhimento, quando articulado a novas propostas de mudança no processo de trabalho e gestão dos serviços é um recurso potente para a humanização dos serviços de saúde (Brasil, 2010b).

Como demonstrado em alguns relatos dos profissionais, é de suma importância compreender os Determinantes Sociais de Saúde. Entre eles estão: a distribuição de poder, a renda, os bens e serviços e as condições de vida das pessoas; o acesso ao cuidado à saúde, escolas e educação; as condições de trabalho e lazer e o estado da moradia e ambiente; que são fatores considerados responsáveis pela maior parte das iniquidades em saúde (OMS, 2009).

Faz-se necessário que o serviço de saúde se organize assumindo sua função central de acolher, escutar e oferecer uma resposta positiva, capaz de resolver a grande maioria dos

problemas de saúde da população, minorar danos e sofrimento desta (Brasil, 2010a).

Para que a humanização aconteça é preciso potencializar os dispositivos e as práticas humanizadas para promoção do cuidado e acolhimento dos trabalhadores e usuários do SUS (Ramos *et al.*, 2021). Sendo assim, a APS como porta de entrada preferencial da rede de atenção, deve ater-se à proximidade e a capacidade de acolhimento, vinculação, responsabilização e resolutividade com a população idosa.

Tratamento Igualitário e Empático

Para os profissionais participantes da pesquisa, o acesso igualitário se dá através de uma postura empática com os idosos, relatando a necessidade de se colocar no lugar do outro para entender o que ele pensa, sente e necessita. Quando há empatia e afeto no atendimento realizado, fica claro o interesse dos profissionais diante das necessidades e bem-estar da pessoa idosa, que por vezes não apresenta queixas (Menezes *et al.*, 2020).

Um dos profissionais entrevistados trouxe em seu relato a importância de acolher os idosos de forma sistêmica, além do que trazem de demanda. Esse é o pensamento por trás da prática de acolhimento preconizada pelo SUS, lançando mão de um modelo alicerçado no trabalho multiprofissional capaz de identificar os desafios socioeconômicos, comportamentais e educacionais dos idosos e da sua família, atuando de forma resolutiva e transformadora (Menezes *et al.*, 2020).

A complexidade das demandas de saúde da pessoa idosa exige uma resposta mais adequada às suas particularidades de saúde, além da prevenção e controle de doenças, mas sim um cuidado voltado para a promoção de um envelhecimento ativo e saudável; no entanto, é necessário considerar que, não basta o saber técnico profissional, o ato de produção do cuidado ao idoso pode ser negligenciado pela falta de recursos essenciais para o processo de trabalho ou devido às dificuldades no desenho do processo, como por exemplo, a dificuldade de atuação com idosos portadores de declínio funcional, ou idosos frágeis e vulneráveis (Coelho; Motta; Caldas, 2019; Schenker; Costa, 2019).

Realizar escuta qualificada direcionada a resolutividade

Os profissionais entrevistados relataram que a humanização é realizar uma escuta qualificada, sabendo ouvir o usuário e suas necessidades e tentando resolver o seu problema ou queixa. Na assistência em saúde, a escuta envolve fatores tais como a expressão de interesse pelo que está sendo dito, a aproximação corporal e o uso de expressões verbais de encorajamento à continuidade da fala para identificar a demanda, dessa forma vinculando o

usuário assistido na tentativa de tornar o atendimento resolutivo (Oliveira *et al.*, 2018).

Uma escuta qualificada possibilita analisar a demanda e garantir atenção integral, resolutiva e responsável (Brasil, 2010a). A escuta quando realmente é qualificada produz alívio e a sensação de resolutividade diante das demandas, essencial no trabalho em saúde, oferecendo espaço seguro para as queixas relatadas e auxiliando na busca da resolução dos problemas (Maynard *et al.*, 2014).

A escuta qualificada está diretamente relacionada com o conceito de humanização dos serviços de saúde, incluída no acolhimento, sendo essencial para a resolutividade do processo assistencial na APS.

Outro tema abordado foi em relação às ações de humanização realizadas nas UMS. Neste tema quatro categorias surgiram.

Ações voltadas para a comunidade: atividades grupais e sociais

Na visão dos profissionais entrevistados, as unidades promovem uma variedade de ações voltadas para a comunidade, desde atividades coletivas através dos grupos de tabagismo, HIPERDIA e atividades físicas até ações de acolhimento como busca ativa, atendimento domiciliar, inclusão com a sociedade, ES e atividades sociais como eventos junto a comunidade.

A APS tem como objetivo atender demandas e queixas da população na situação inicial do adoecimento e perda do bem-estar, a fim de evitar o agravamento dos problemas de saúde na população e consequentemente evitar um aumento da demanda por serviços especializados; e as atividades grupais favorecem a discussão e a troca de experiências relativas à saúde e a qualidade de vida sendo uma das estratégias que auxilia a manutenção da pessoa idosa como membro participante ativo na sua comunidade (Brasil, 2010b; Silvestre; Costa Neto, 2003).

Ações com foco na promoção de saúde e prevenção de doenças, atividades em grupo têm evidências de serem eficazes como ferramenta educativa e utiliza-se de uma modelagem que amplia o entendimento do usuário sobre seu problema de saúde em busca de mudança nos hábitos de vida (Abrahão; Freitas, 2009).

Capacitação do manejo profissional para melhorar o atendimento

Outra categoria importante levantada foi sobre a capacitação do profissional, pois, por meio da atualização de algumas temáticas que o profissional conseguirá cada vez mais pôr em prática sua escuta qualificada, melhorando tanto sua compreensão do paciente e identificação

de suas demandas, quanto seu conhecimento que permite uma orientação ao paciente cada vez melhor.

A EP em saúde inserida pelo MS como uma política de saúde no Brasil tem como objetivo nortear a formação e a qualificação dos profissionais inseridos nos serviços públicos, com a finalidade de transformar as práticas profissionais e a própria organização do trabalho com base nas necessidades e dificuldades do sistema (Ferreira *et al.*, 2019).

No que se refere aos processos de educação voltados aos profissionais que atuam na área da saúde, ainda são observadas práticas que valorizam abordagens instrumentais que, ancoradas na concepção biomédica, agregam saberes que permanecem restritos ao manejo clínico; contribuindo pouco para a resolução dos desafios vivenciados no mundo do trabalho para o cuidado integral (Costa; Antunes; Peres, 2023).

Quando se trata de cuidados para uma pessoa idosa, deve estar em evidência a manutenção do estado de saúde, com expectativa de uma vida ativa, junto aos seus familiares e à comunidade, com independência funcional e autonomia; ou seja, a formação dos profissionais precisa ser adaptada à realidade epidemiológica do envelhecimento populacional, aproximando assim o contexto do ensino com o da prática (Ferreira *et al.*, 2021; Silvestre; Costa Neto, 2003).

Os relatos dos profissionais entrevistados revelaram que em seus locais de trabalho há demonstração do interesse em manter uma boa prática profissional, mas deixa em dúvida a existência de ações como treinamentos e palestras.

Nem sempre tem ações de humanização pela alta demanda e falta de recursos humanos

De acordo com os profissionais, as ações de humanização nem sempre acontecem e sua prática pode ser falha por ficarem sujeitas a variáveis circunstanciais como quantidade de profissionais disponíveis e ausência de recursos suficientes para execução das mesmas. Devido ao alto número de demandas somado ao pouco quantitativo de recursos humanos, muitas vezes os profissionais têm que fazer uma triagem de adequação dessas demandas, limitando assim a realização de ações de humanização.

A dificuldade de implementação do acolhimento foi evidenciada em um estudo que constata que existe uma baixa capacidade deliberativa e de efetividade da gestão, inibindo a participação ativa dos trabalhadores, gerando insatisfação, dificulta a integração das perspectivas entre os diferentes atores e a promoção da transversalidade proposta pela PNH (Pereira; Ferreira Neto, 2015).

Humanizar é valorizar o usuário, trabalhadores e gestores no processo de produção de saúde, visando maior autonomia, responsabilidade compartilhada, criação de vínculos solidários, participação coletiva nos processos de gestão e de produção de saúde (Brasil, 2010a).

No entanto, mesmo com o relato dos profissionais entrevistados, a incorporação de práticas inovadoras de acolhimento não deve estar relacionada diretamente ao aumento do quantitativo de profissionais ou condições mais adequadas de trabalho uma vez que tratam de modificações de competências intrínsecas dos trabalhadores, ou seja, uma prática de acolhimento inovadora e resolutiva demanda outros conceitos de produção de cuidado e processos de trabalho, outras formas de pensar e problematizar os processos de saúde e doença (Warmling; Baldisserotto; Rocha, 2019).

Oferecer acesso à informação com vistas a resolutividade

Os profissionais entrevistados trouxeram o acesso como uma ação de humanização, relacionando o acolhimento ao agendamento médico, prática de referência ou apenas informam qual serviço os usuários devem buscar. Tais ações, entretanto, só abarcam uma faceta do acesso à informação, deixando de lado outras estratégias que também se relacionam com o tema e podem estender o suporte de resolução das necessidades dos idosos atendidos.

As diferentes abordagens sobre acesso sugerem um quadro consolidado embasado na literatura, propondo que o acesso represente o ajustamento entre os serviços de saúde e a comunidade, sendo representado por três dimensões: disponibilidade (alcance de um serviço), acessibilidade (custos diretos ou indiretos pelo usuário) e aceitabilidade (relação entre as atitudes dos usuários, trabalhadores de saúde e práticas destes serviços) e justamente, a população idosa, por ser específica, apresenta uma maior demanda e maior dificuldade em acessar e utilizar os serviços (Assis; Jesus, 2012).

Para que haja acesso com vistas à resolutividade é preciso expandir a APS e compreender a coordenação do cuidado como um processo de comunicação, organização e funcionamento dos serviços em rede na tentativa de garantir a continuidade e a integralidade da atenção e melhora o acesso e utilização dos serviços, diminuindo desfechos negativos e custos do sistema (Ribeiro; Cavalcanti, 2020).

Do constructo do tema “Forma de realização do acolhimento” foram encontradas três categorias.

Recepcionar, direcionar, orientar, encaminhar se necessário a depender da demanda

O acolhimento à demanda espontânea na APS tem papel fundamental na qualidade da assistência prestada aos usuários do SUS, pois a forma como estes são recepcionados nas unidades de saúde interfere diretamente na garantia de resolutividade aos serviços de saúde e da promoção da saúde. A primeira etapa para identificar as necessidades de saúde da população idosa é o reconhecimento, o cadastramento e o acolhimento da população adscrita aos territórios de responsabilidade sanitária de cada equipe (Brasil, 2018a).

Recepcionar, direcionar, orientar, encaminhar se necessário a depender da demanda da pessoa idosa são componentes básicos que devem ocorrer dentro das unidades de saúde; porém, precisa-se ir além ao refletir sobre as formas de acolhimento.

O acolhimento como estratégia tem que acontecer desde a recepção do usuário no sistema de saúde e a responsabilização integral pelas suas necessidades, considerando-o como uma ferramenta assistencial e humanizadora a ser desenvolvida dentro da área de atuação profissional, ocorrendo durante todo o processo de atendimento do usuário (Rodrigues; Nascimento, 2019).

No entanto, o acolhimento na prática, diversas vezes, é classificado pelo enfermeiro apenas como uma triagem da demanda espontânea, com a finalidade de avaliação de queixas agudas, reduzindo a compreensão do mesmo e até mesmo limitando-o somente às ações de triagem na porta de entrar ou, até mesmo, as técnicas de recepção do usuário e suas demandas (recepcionar, direcionar e orientar), sem a existência de uma mudança na gestão dos processos de trabalho (Costa; Garcia; Toledo, 2016; Warmling; Baldisserotto; Rocha, 2019).

Realizado pela equipe de enfermagem e também por outros profissionais

A equipe de enfermagem aparece nas respostas dos participantes como a categoria principal que realiza acolhimento, a princípio na estrutura de triagem, onde irá receber a demanda do idoso. Outros profissionais também foram relatados realizando o acolhimento, como psicólogos e os agentes comunitários em visitas domiciliares.

Compreender a enfermagem como uma prática social, significa ultrapassar a perspectiva técnico-operativa e reconhecê-la como uma das muitas práticas da sociedade, que tem como produto final o cuidado de enfermagem em relação à pessoa; além de o enfermeiro ser capaz de compreender o indivíduo como um ser singular, é reconhecido pela capacidade de acolher as necessidades e expectativas dos usuários (Costa; Garcia; Toledo, 2016).

Mesmo o profissional de enfermagem sendo visto como responsável pelo acolhimento, de acordo com a PNAB são atribuições comuns a todos os profissionais: participar do

acolhimento dos usuários realizando a escuta qualificada das necessidades de saúde, procedendo à primeira avaliação (classificação de risco, avaliação de vulnerabilidade, coleta de informações e sinais clínicos) e identificação das necessidades de intervenções de cuidado, proporcionando atendimento humanizado, responsabilizando-se pela continuidade da atenção e viabilizando o estabelecimento do vínculo (Brasil, 2007).

Para melhorar o acolhimento e o acesso do usuário, uma estratégia a ser implementada é o melhor proveito do trabalho da equipe multiprofissional, da potencialidade clínica da enfermagem, da cogestão dos processos de trabalho, da flexibilização das agendas e da diversificação das formas de comunicação entre equipe e usuários (Tesser; Norman; Vidal, 2018).

Não é realizada da maneira adequada pela falta de estrutura organizacional da unidade

Foram evidenciadas, nas respostas dos profissionais participantes que o acolhimento não é realizado de maneira adequada por falta de sala ou pela confusão entre sala de triagem e sala de acolhimento (isso, quando há), falta de espaço para comportar pacientes e acompanhantes, pela grande demanda de pacientes esperando na fila para serem atendidos, ou seja, pela falta de infraestrutura e organização dentro da unidade.

No que diz respeito aos fatores que interferem na efetividade das ações de acolhimento, Rodrigues e Nascimento (2019) destacam a pequena infraestrutura, a falta de placas para sinalização dentro das unidades, a má divisão e a inadequação do local, logo, não garantindo o direito à privacidade e ao sigilo. O acolhimento e a classificação de risco, muitas vezes, não acontecem, não somente por falta de treinamento e apoio advindo dos gestores (carência em ações de EP), mas também pela falta de estrutura física para um funcionamento adequado do acolhimento (Rocha *et al.*, 2017).

A efetivação da mudança proposta pela PNH para a reorganização dos serviços não é algo tão fácil. Muitas vezes, vai além dos limites e possibilidades da equipe, dependendo, também, da vontade política e das mudanças e condições estruturais dos serviços (Figueiredo; Shimizu; Ramalho, 2020; Shiroma; Pires, 2011).

A respeito do tema “Percepção sobre a resolutividade por meio do acolhimento”, quando se trata da resolutividade por meio do acolhimento a maioria dos profissionais respondeu somente que “Sim”, ou seja, eles percebem que o acolhimento resolve as

necessidades dos idosos. Apenas um profissional respondeu objetivamente “Não”, enquanto os demais conseguem identificar a resolutividade por meio do acolhimento mesmo diante de outros problemas que foram considerados na categoria “Há resolutividade apesar de problemas estruturais e a depender do profissional”.

Há resolutividade apesar de problemas estruturais e a depender do profissional

Nas categorias anteriores discutiu-se que problemas de estrutura predial, financiamento e gestão interferem negativamente no funcionamento das equipes de saúde da APS. Um dos problemas relacionados à resolutividade descrito pelos participantes é o percurso do usuário idoso dentro APS e do profissional que lhe atende.

A maior parte da população busca os serviços de emergência ao apresentar um problema de saúde, mas também procuram a UBS de referência para o seu atendimento, no entanto, o tempo de espera para a marcação das consultas não consideradas de urgência tende a ser demorado, com superlotação e pouco agendamento (Figueiredo; Shimizu; Ramalho, 2020).

A rede e sua estrutura apresentam inúmeros problemas, infelizmente a resolutividade está atrelada à resolução dos problemas trazidos pelos usuários, bem como sua satisfação e dos profissionais de saúde e ela pode ser investigada em dois aspectos: quanto à capacidade de atender à própria demanda e quanto ao encaminhamento das situações que precisam de atendimento mais especializado (Medeiros *et al.*, 2018).

Diferentes estratégias humanizadoras podem qualificar a referência, a contrarreferência e outros aspectos nos diferentes níveis de atenção à saúde e amenizar a “peregrinação” e a “insatisfação” dos usuários por serviços de atenção secundária e terciária; elas precisam ser implementadas com empenho, de forma participativa e continuadas (Vale *et al.*, 2019).

No tema “Dificuldade em realizar o acolhimento” grande parte dos profissionais relatou não ter dificuldade em realizar o acolhimento. No entanto, das respostas provenientes dos outros participantes surgiram duas categorias.

Dificuldade de entendimento e falta de acompanhamento

Como característica da dificuldade em realizar o acolhimento, os profissionais trouxeram a falta de entendimento e compreensão das informações passadas por parte dos idosos, além da falta do suporte familiar.

O envelhecimento leva ao declínio das atividades funcionais de forma progressiva, tornando o idoso mais susceptível a riscos diversos e a doenças, por isso o atendimento na APS tem muitos desafios, principalmente acerca da compreensão dos idosos diante das orientações; a prática de cuidados à pessoa idosa exige uma abordagem global, interdisciplinar e multidimensional, que leve em conta a interação entre os fatores físicos, psicológicos e sociais que influenciam a saúde dos idosos, além da importância do ambiente no qual está inserido (Alves, 2009; Medeiros *et al.*, 2018).

Os profissionais que atuam na APS precisam atentar-se sobre a importância do cuidado do idoso inclusive na rotina familiar (quando há), mas também na vida em comunidade, pois são fatores fundamentais para a manutenção de seu equilíbrio físico e mental, facilitando de alguma forma a compreensão; os idosos desejam sua autonomia e sentem falta de redes de apoio (especialmente de familiares) e de ações institucionais de proteção à população idosa evidenciando que a velhice ainda é pouco visível perante a sociedade e isso pode refletir no cuidado à saúde (Silvestre; Costa Neto, 2003; Souza; Giacomini; Firmo, 2022).

Falta estrutura na unidade

Os profissionais têm dificuldade em realizar o acolhimento dentro da unidade pela falta de estrutura no geral, como salas para realizar apenas acolhimento com espaço para o usuário e acompanhantes, a grande demanda de atendimento, extensas filas de espera e organização para atender os pacientes.

A estrutura física para o acolhimento é prevista pela PNH e deveria proporcionar condições adequadas ao atendimento dos usuários e seus acompanhantes; no entanto o volumoso acesso de pessoas nos serviços de saúde ocasiona demanda além da capacidade, ficando a estrutura física inadequada ou insuficiente para proporcionar um atendimento de qualidade (Versa *et al.*, 2014).

Do constructo do tema “Significado de escuta qualificada” foram encontradas três categorias.

Saber escutar com atenção e entender a necessidade do usuário na busca da resolução

Os relatos dos profissionais entrevistados trouxeram várias percepções sobre o que é a escuta qualificada, revelando que a escuta qualificada requer atenção durante o processo de

ouvir o usuário para realmente compreender quais as necessidades e queixas no seu discurso e assim, buscar a resolução.

A escuta qualificada dentro da PNH é uma ferramenta para seguir adequadamente a diretriz de acolhimento, é através dela que pode ser possível garantir o acesso oportuno desses usuários a tecnologias adequadas às suas necessidades, ampliando a efetividade das práticas de saúde; assegurando, por exemplo, que todos sejam atendidos com prioridades a partir da avaliação de vulnerabilidade, gravidade e risco (Brasil, 2013b).

Considerando que a resolutividade é a resposta satisfatória que o serviço fornece ao usuário quando busca atendimento a alguma necessidade de saúde, deve-se entender que essa resposta não compreende, exclusivamente, a cura de doenças, mas, também, o alívio ou a minimização do sofrimento, a promoção e a manutenção da saúde, sendo possível alcançá-la pela utilização de uma boa escuta qualificada (Costa *et al.*, 2014).

O uso da escuta qualificada é fundamental para realização de várias das atribuições da equipe de saúde na APS e é pelo domínio dela que outros processos, como: a avaliação e registro completo da queixa principal, o desenvolvimento do trabalho em equipe, o raciocínio crítico e agilidade para tomada de decisões e o conhecimento dos sistemas de apoio na rede assistencial para o melhor encaminhamento do usuário que se promove a resolutividade (Paula; Ribeiro; Werneck, 2019; Silvestre; Costa Neto, 2003).

Identificar o subentendido

Como registrado também nos relatos dos profissionais, é nessa escuta qualificada que se identifica até mesmo o que o usuário não diz explicitamente, o que fica subentendido.

Através desse conteúdo implícito é que o profissional consegue se conectar verdadeiramente com o usuário, chegar as necessidades não ditas, e através de sua prontidão técnica e perspicácia, responder a pessoa idosa com orientações que realmente mostrem a compreensão e direção correta para sanar essas necessidades (Brasil, 2013c).

A criação de práticas que levem a formas de escutar que excedam o caráter de vigilância/adequação é necessária na escuta para um melhor diagnóstico, propondo através da busca de aproximação dos limites da linguagem, naquilo que as palavras falham para expressar, ampliando a visão existente e construindo alternativas à visão numa dimensão individual, ou seja, uma escuta que se atenta à valorização do mundo (Sanches; Silva, 2019).

Bom acolhimento do profissional a depender do contexto do usuário

Na percepção de alguns profissionais a escuta qualificada ocorre quando há um bom

acolhimento do profissional e que ele esteja capacitado para isso e a depender do contexto em que o usuário carece.

A atenção à saúde do idoso na ESF é pautada essencialmente pelo atendimento às queixas e pelas condutas medicamentosas, portanto, com foco nos aspectos biológicos (Onofri Júnior; Martins; Marin, 2016). No entanto, com o envelhecimento populacional, é indispensável desenvolver abordagens comunitárias integrais que incluam intervenções para evitar a perda de capacidade intrínseca, promover o envelhecimento saudável e apoiar os cuidadores de idosos (ICOPE, 2020).

Alguns pesquisadores levantam a necessidade de reavaliar a prática do acolhimento, não o reduzindo à escuta das aflições e ansiedades individuais, mas reconhecendo enquanto prática de cuidado, compreendendo-o como uma ferramenta de intervenção, uma “tecnologia do encontro”, onde a escuta e o vínculo constituem um processo de promoção de saúde nos serviços públicos (Quadros; Cunha; Uziel, 2020), tornando o acolhimento efetivo e eficaz independente do contexto do usuário.

No tema “Ocorrência da escuta na prática profissional” uma porcentagem dos entrevistados concordou que ela ocorre para acolher e entender os problemas dos usuários e assim direcioná-los, no entanto, a escuta relacionada com a abordagem humanizada precisa ser reforçada nas capacitações profissionais, para ser amplamente realizada, surgindo duas categorias.

Acolher e entender os problemas do usuário para direcionar ao atendimento

Os profissionais entrevistados que reconheceram realizar a escuta em sua prática profissional a relacionou com o sentido de acolher, de entender as necessidades daquele idoso, especialmente quando em espaços próprios para isso, como consultas com profissionais ou até mesmo encontros de HIPERDIA. Alguns profissionais apontam que esse direcionamento vem do reconhecimento de questões sociais também. É importante discutir estratégias diversas que possam ser desenvolvidas para melhorar a realização dessa escuta qualificada.

O acolhimento serve como porta de entrada para uma avaliação mais profunda das necessidades de saúde e assistência social das pessoas idosas. A avaliação, por sua vez, possibilita o desenvolvimento de um plano de atendimento personalizado que integra estratégias para reverter, retardar ou impedir novas perdas de capacidade, tratar doenças e atender às necessidades de assistência social (ICOPE, 2020).

A qualidade da escuta depende do desenvolvimento de competências na equipe

Alguns relatos dos profissionais entrevistados apontam para o reconhecimento de como essa prática também acontece muitas vezes sem capacitação ou treinamento e como esse tipo de atualização poderia potencialmente aumentar a efetividade da escuta qualificada.

Uma revisão integrativa demonstrou que o desconhecimento sobre os aspectos inerentes ao envelhecimento e a ausência de priorização da gestão sobre saúde da pessoa idosa são dificultadores da realização da EP impactando diretamente no desenvolvimento da clínica ampliada em saúde da população idosa; os processos de educação para profissionais na área da saúde ainda são voltados para práticas que valorizam abordagens instrumentais ancoradas na concepção biomédica que agregam saberes restritos ao manejo clínico, pouco contribuindo para a resolução dos desafios vivenciados no cotidiano do trabalho para o cuidado integral na APS (Costa; Antunes; Peres, 2023).

Em relação aos idosos usuários entrevistados, compreenderam-se dez categorias, que também deram suporte para construção dos produtos de intervenção educativa.

Pelo questionário semiestruturado ser composto de perguntas qualitativas, esperava-se que os idosos elaborassem mais suas respostas, no entanto, como apontado pelos *experts*, à falta de conhecimento deles acerca do tema proposto estava de acordo com o que foi respondido.

Do constructo do tema “Primeiro atendimento profissional” não emergiu nenhuma categoria, as respostas foram objetivas ao se tratar do profissional.

O primeiro atendimento profissional é um elemento relevante para a adesão da população idosa à APS. Identificou-se, por meio dos relatos dos idosos, que o profissional que mais executa o primeiro atendimento é a equipe de enfermagem, seguido dos recepcionistas, médicos e por último os agentes comunitários de saúde.

A equipe de enfermagem é identificada como primeiro contato, sendo na maioria das vezes para realizar a triagem e não o acolhimento. A triagem consiste numa etapa dos procedimentos da enfermagem, que se configura como o processo para identificar as queixas e prosseguir com o atendimento; ela é utilizada como instrumento secundário e não como finalidade do atendimento e espera-se que o resultado da triagem em conjunto com o acolhimento possibilite um atendimento efetivo (Brasil, 2010a, 2013a).

Os enfermeiros são, geralmente, os primeiros a prestarem os seus serviços, visto que estão ligados às ações de promoção, prevenção, acolhimento e educação; tendo em sua prática e competências a melhora da saúde dos seus usuários, identificando-se como o profissional do cuidado (Souza; Mandu; Elias, 2013).

No entanto, os recepcionistas também foram citados como primeiro profissional que realiza o atendimento, pois, para alguns idosos, a recepção é o primeiro local que eles têm contato com alguém que prestará algum tipo de serviço a eles. O atendimento dentro da APS passa pela recepção, que é porta de entrada, onde há orientação sobre os atendimentos e esclarecimentos de algumas dúvidas sobre os mesmos e consultas (Carvalho *et al.*, 2024). Em um município do Oeste Baiano, a prática de acolhimento avaliada na rede de APS, mostrou-se limitada ao contato da recepção, porém essa realidade não corresponde à proposta descrita nas diretrizes do acolhimento humanizado (Mendonça *et al.*, 2021).

Os recepcionistas devem se atentar à necessidade do usuário, sendo ela emergencial ou cabível a espera, isso também os torna parte do processo de acolhimento e a satisfação do atendimento do usuário; mas não os responsáveis (Brasil, 2013c).

Os resultados mostraram o médico como o terceiro profissional que promove o primeiro atendimento. Os médicos acabam criando uma relação de confiança, pois, alguns estão há mais tempo na comunidade e tem mais acesso às histórias dos usuários, principalmente com os idosos que são pessoas que necessitam de confiança e acolhimento para aderirem à APS e seus acompanhamentos de saúde (Buetow, 1995; Caprara; Franco, 1999; Ferreira *et al.*, 2018).

Uma pequena porcentagem ainda citou os agentes comunitários de saúde que realizam o primeiro atendimento. Os idosos afirmam que o agente comunitário é um importante elo para o acolhimento das suas necessidades na APS, destacando-se pela sua proximidade e vínculo, chegando, em alguns casos, este profissional ser única referência de cuidado do idoso (Medeiros *et al.*, 2018; Schenker; Costa, 2019).

No tema “Significado de acolhimento” surgiu duas categorias relevantes, a primeira categoria foi condizente com os achados da revisão sobre o conceito de acolhimento e como os idosos percebem o acolhimento dentro das unidades, em que bastam serem bem atendimentos e terem atenção que já significa “acolher”.

Bom atendimento/recepção, atenção e se possível com as queixas resolvidas

O acolhimento é uma prática que envolve uma escuta qualificada às necessidades do usuário na tentativa de garantir e ampliar a efetividade dos serviços de saúde; no entanto, os idosos ainda não compreendem totalmente o significado de acolhimento ou do que é “ser acolhido” (Brasil, 2013c; Ferreira *et al.*, 2018).

A maior parte dos entrevistados respondeu que entendem o acolhimento como ser

bem tratados, ter um bom atendimento, ou seja, se sentirem bem recepcionados e em algumas falas, serem somente atendidos pelos profissionais já é ser acolhido, melhor ainda se saírem das unidades com as queixas resolvidas de alguma forma.

Um bom atendimento pela recepção ou até mesmo pelos profissionais faz com que o idoso sinta que suas necessidades e queixas estão sendo supridas satisfatoriamente; simplesmente o ato de receber para eles já corresponde ao bom acolhimento, porém sabe-se que receber faz somente parte do processo de acolher (Ferreira *et al.*, 2018).

Apesar da maior parte dos entrevistados terem boas experiências com o que julgar ser acolhimento, alguns idosos não souberam responder sobre o que é e isso pode impactar no relacionamento entre usuário e profissional. A falta de conhecimento dos idosos em relação ao conceito e sobre seus direitos também diz respeito a falta de preparo dos profissionais principalmente na prática do acolhimento (Ferreira *et al.*, 2018).

Tem vários tipos, porém, na unidade foi superficial

Uma das respostas sobre o significado de acolhimento chamou atenção pela sua perspectiva e expressividade, tornando uma categoria de relevância.

A saúde configura-se como um bem estar biopsicossocial e não apenas estar ausente da doença (OMS, 2014). Apesar desse conceito, o modelo biomédico ainda está presente nas ações em saúde, na formação dos profissionais, na organização dos dispositivos e na maneira de conceber o que é saúde; ou seja, a assistência ainda está centrada na doença, enfatizada tanto pelos profissionais quanto pelos usuários, diminuindo as possibilidades para ações educativas, de promoção e prevenção à saúde e também para o processo de acolhimento (Duarte; Falcão; Beltrão, 2017; Raimundo; Silva, 2020).

Diante disso e do exposto pelo entrevistado, há necessidade de reorganizar a APS no sentido de propiciar a universalidade do acesso a ações e serviços e também à integralidade nas ações para que as demandas sejam respondidas em todos os âmbitos do cuidado (Pinafo; Carvalho; Nunes, 2016).

No assunto sobre “Capacidade de expor queixas durante o atendimento” a maioria dos entrevistados, nessa categoria, relatou não possuir dificuldades em expor as queixas durante o atendimento. Todavia, quando os idosos buscam os serviços de saúde nem sempre é por problemas de saúde, mas sim pela necessidade de serem ouvidos, ou seja, a facilidade de expor suas dificuldades nem sempre é alinhada com suas necessidades de saúde, e sim com necessidades de vínculo (Lira *et al.*, 2018). Captou-se apenas uma categoria com as falas dos idosos sobre o atendimento ser rápido e sem acolhimento.

Atendimento rápido, sem acolhimento, que deixa em dúvidas a interpretação dos problemas por parte do profissional

Alguns idosos disseram que, às vezes, os atendimentos são rápidos, não existe um acolhimento e nem confiança e os profissionais nem sempre conseguem entender/interpretar o que eles estão falando. Em algumas situações, não há atenção ou interesse por parte do profissional.

A comunicação deve fazer parte do desempenho do profissional, somente dessa forma cria-se vínculo com o usuário; além disso, a comunicação precisa ser terapêutica para que o atendimento atinja seu maior objetivo que é o cuidado e assim melhorar a qualidade de vida do usuário (Araújo *et al.*, 2021).

Quando se comunica com pessoas idosas, algumas particularidades precisam ser levadas em consideração, como: palavras adequadas ao nível cultural, discurso claro e breve com frases simples e curtas e falar devagar adequando ao ritmo do idoso; ou seja, atendimento rápido sem dar atenção a esses aspectos não o torna passível de ser entendido e nem resolutivo (Sequeira, Lluch-Canut, 2016).

No tema “Resolutividade das dúvidas e queixas” a maior parte dos idosos disseram que há resolutividade das queixas e dúvidas. No entanto levanta-se a questão da falta de compreensão dos mesmos sobre o que é “ser resolutivo”. Duas categorias distintas foram interpretadas.

Há resolutividade das queixas e dúvidas

A maior parte dos idosos entrevistados disse que suas dúvidas e queixas são atendidas. A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) possui uma de suas diretrizes a resolutividade, que é a capacidade de identificar e intervir nos riscos, necessidades e demandas de saúde da população (Brasil, 2007). Há uma lacuna no que diz respeito ao significado da resolutividade e na compreensão dos idosos acerca dela. O acesso a medicamentos, para os idosos, já é um indicador de qualidade e resolutividade do sistema de saúde (Ferreira *et al.*, 2018), no entanto, resolutividade vai além da medicação e de agendamento de consultas e exames.

Apesar dos resultados apontados nessa categoria, algumas características da resolutividade precisam ser levadas em consideração, tanto nas falas dos idosos quanto no conceito. A dinâmica da resolutividade pode depender de diversos fatores e variar no tempo e

no espaço (qualidade da infraestrutura, processos de trabalho, recursos materiais, suporte diagnóstico-terapêutico, insumos para procedimentos, qualificação profissional entre outros) (Pires *et al.*, 2023).

O atendimento nem sempre é resolutivo, não passam informações adequadas e não tem paciência

Para alguns idosos a falta de paciência profissional; a falha na comunicação de equipe e problemas no encaminhamento dos usuários são fatores que impactam na resolutividade da assistência oferecida nas UMS.

A baixa resolutividade está relacionada à dificuldade de agendamento, demora em serem atendidos, prioridades não respeitadas, encaminhamentos e exames demorados; além disso, a paciência também influencia na resolutividade, visto que, faz parte da humanização e principalmente para promover melhor qualidade dos serviços (Ferreira; Padilha, 2021; Pires *et al.*, 2023).

A Organização Pan-Americana de Saúde publicou um documento Atenção Integrada para a Pessoa Idosa (ICOPE) traz o cuidado centrado nas necessidades, valores e preferências das pessoas idosas para promover um envelhecimento saudável e para traçar um planejamento de saúde (ICOPE, 2020), sabe-se que a resolutividade está ligada a vários fatores, o cuidado centrado à pessoa pode ser um caminho para que ela seja mais eficaz e eficiente.

O cuidado requer capacidade de ouvir e entender sobre os sintomas ali presentes, mas o mais importante é ser sensível aos relatos e queixas dos usuários, pois as ações vão além do plano físico, uma vez que o emocional e espiritual podem ser mais afetados (Barbosa *et al.*, 2023).

O tema “Dificuldade de Falar Algum Assunto” trouxe que todos os idosos entrevistados relataram não ter dificuldades em discutir qualquer assunto com os profissionais da UMS. Esse dado, embora positivo à primeira vista, merece uma análise mais aprofundada.

A capacidade de comunicação é fundamental no atendimento à saúde dos idosos, como já exposto acima, e entender se esses usuários enfrentam dificuldades para abordar temas sensíveis é crucial para um atendimento eficaz.

Os idosos focam apenas na doença atual e na sua resolutividade, sem considerar outros aspectos importantes do seu bem-estar que poderiam ser discutidos. Essa percepção limitada das suas necessidades pode ser um reflexo de um atendimento limitado também; para garantir

um cuidado completo ao idoso, é fundamental que haja uma colaboração entre a equipe de saúde, o próprio idoso e sua família (Gomes; Caldas, 2021).

É possível que as interações entre os idosos e os profissionais de saúde fiquem restritas ao problema imediato, sem que outras questões importantes sejam abordadas. Esse cenário pode gerar uma falsa impressão de que não há dificuldades em falar sobre determinados assuntos, quando na realidade, há uma lacuna na compreensão das necessidades mais amplas dos idosos.

Para que se estabeleça um vínculo real, um compromisso mútuo e a identificação das necessidades específicas de cada pessoa atendida são essenciais que o diálogo seja qualificado e que o indivíduo seja ouvido atentamente (Santos, 2019).

É provável que os idosos evitem falar sobre questões que consideram embaraçosas ou que acreditam não ser importante o suficiente para trazer à tona, o que pode comprometer a qualidade do atendimento recebido.

Do assunto “Entendimento das Orientações Passadas pelos Profissionais” a maioria entende as orientações passadas, no entanto emergiram duas categorias significativas que expressam que os profissionais passam as orientações (mas não é com frequência) e quando não entendem pedem nova explicação.

Orientações realizadas e entendidas, se não pedem para explicar novamente

Dos idosos entrevistados, grande parte relatou compreender as orientações fornecidas pelos profissionais e alguns mencionaram que, caso não entendessem, pediriam para que as orientações fossem explicadas novamente.

Esses resultados ressaltam a importância de garantir que as orientações sejam compreensíveis, utilizando uma linguagem acessível e informal, que os idosos possam facilmente compreender, uma vez que a clareza na comunicação entre profissionais de saúde e idosos é um fator determinante para a eficácia do tratamento e do cuidado oferecido, fortalecendo os princípios doutrinários do SUS, universalidade, integralidade e equidade (Bastos *et al.*, 2022).

A teoria da Comunicação Não-Violenta oferece uma perspectiva valiosa sobre como melhorar a comunicação com os idosos; segundo o autor, é essencial que a comunicação seja empática e atenda às necessidades emocionais e cognitivas da pessoa idosa (Rosenberg, 2006).

Alguns idosos comentaram que pedem para que os profissionais escrevam nas caixinhas dos medicamentos ou que perguntam até entender as orientações. Ou seja, a

comunicação não envolve apenas a clareza das palavras, mas também a maneira como as informações são transmitidas, garantindo que o idoso se sinta compreendido e respeitado (Rosenberg, 2006). A aplicação desses princípios na comunicação entre profissionais de saúde e idosos pode melhorar significativamente o entendimento e a adesão ao tratamento.

Os idosos não entendem as explicações ou elas não são passadas

Essa categoria demonstrou preocupação, pois, pode refletir uma falha na comunicação que é capaz de comprometer a saúde da pessoa idosa. Alguns idosos revelaram não entenderam as orientações ou sentiram que elas não foram adequadamente passadas.

Parte dessa dificuldade de compreensão pode estar relacionada às mudanças cognitivas associadas ao envelhecimento. Uma comunicação clara e adaptada ao nível de letramento em saúde pode garantir que os idosos compreendam as orientações dos profissionais de saúde; no entanto, aspectos como perda auditiva, problemas de visão e o medo de que seus problemas funcionais não sejam resolvidos contribuem para vulnerabilidade (Fitzpatrick, 2023; Oliveira *et al.*, 2020).

Alguns aspectos, como os citados anteriormente, muitas vezes relacionados entre si, podem afetar negativamente a qualidade de vida dos idosos, reduzindo sua funcionalidade e autonomia (Silvestre; Costa Neto, 2003).

O ICOPE enfatiza a importância de uma avaliação sistemática das funcionalidades dos idosos, identificando precocemente limitações em áreas como cognição, mobilidade, nutrição e audição; ao promover essa abordagem, busca mitigar as dificuldades na comunicação entre os profissionais e os idosos, pois a funcionalidade comprometida pode limitar a compreensão das orientações recebidas; além disso, o ICOPE sugere intervenções personalizadas para manter ou melhorar a capacidade funcional, ajudando a assegurar que as orientações de saúde sejam entendidas e seguidas adequadamente, o que, por sua vez, contribui para um envelhecimento saudável e autônomo (ICOPE, 2020).

No último tema questionado aos idosos sobre “Importância das Orientações” surgiram três importantes categorias a respeito do tipo de orientação que eles julgaram ser pertinentes receber dos profissionais nas unidades primárias.

Orientações sobre saúde em geral e organização dentro da unidade

Nessa categoria, a maioria dos idosos entrevistados destacou a importância das receber orientações sobre saúde em geral e orientações sobre a organização dentro da unidade de

saúde, no sentido de entender o fluxo da unidade, os locais corretos para os atendimentos e como acessar os recursos que necessitam.

A orientação clara e eficaz sobre saúde é um elemento essencial no atendimento a idosos, contribuindo não apenas para a prevenção de doenças, mas também para a promoção de um envelhecimento saudável, salvo em casos de doenças associadas, o envelhecimento deve estar ligado a um bom estado de saúde (Miranda; Mendes; Silva, 2016).

A diferença entre promoção da saúde e prevenção de doenças é significativa. De acordo com Czeresnia e Freitas (2009), prevenção é entendida como ações que visam impedir o aparecimento de certas doenças, com o objetivo de diminuir incidência e prevalência nas populações, já a promoção da saúde refere-se a ações que se propõem fortalecer a capacidade individual e coletiva de lidar com os múltiplos determinantes da saúde.

Essas duas abordagens são muitas vezes tratadas como sinônimos pelos profissionais, mas elas se divergem especialmente na visão de saúde que adotam; a promoção da saúde considera sua natureza multidimensional, englobando diversos fatores que influenciam o bem-estar, enquanto a prevenção de doenças tende a focar apenas na ausência de enfermidades (Farias; Minghelli; Soratto, 2020).

No caso dos idosos, isso significa fornecer informações e orientações que os ajudem a gerenciar suas condições crônicas, melhorar sua qualidade de vida e manterem sua autonomia pelo maior tempo possível (Brasil, 2014).

Um pequeno número de idosos entrevistados relatou a importância de receber orientações sobre o que ocorre no espaço dentro da unidade, principalmente no direcionamento das salas corretas. As informações e materiais educativos de saúde só são eficazes se forem percebidos, lidos e entendidos pelo paciente, assim, é importante que o conteúdo, o design e a clareza dos materiais de saúde sejam compatíveis com o nível de alfabetização e a capacidade cognitiva do leitor (Nakamura; Almeida, 2018).

Orientações específicas

Os idosos entrevistados ressaltaram a importância de receberem orientações específicas sobre suas condições de saúde. Com o envelhecimento, os idosos tendem a se preocupar mais com as doenças crônicas que enfrentam e os desafios que elas impõem.

A percepção do indivíduo sobre seu quadro está no caráter social, complexo, multidimensional e subjetivo do constructo, que considera a percepção pessoal de cada indivíduo em determinado contexto; a percepção que o idoso tem sobre sua doença deve ser considerada pelos profissionais como o ponto inicial no planejamento e execução de um

cuidado de saúde personalizado, já que cada idoso vive sua própria realidade (Cunha, 2018; Lima *et al.*, 2018).

De acordo com o MS, a epidemiologia das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) mostra que essas condições são prevalentes entre a população idosa, e a gestão eficaz dessas doenças depende de um entendimento claro por parte dos pacientes sobre como lidar com elas (Brasil, 2021). Assim, as orientações específicas também se tornam um elemento fundamental para o autocuidado e para a adesão ao tratamento.

Orientações sobre medicação

Os idosos destacaram a importância das orientações sobre medicação. A gestão inadequada da poli farmácia entre idosos hipertensos revela que muitos ainda utilizam Medicamentos Potencialmente Inapropriados (MPI), como certos anti-hipertensivos, aumentando os riscos de quedas e hospitalizações; estratégias de prescrição seguras, como a revisão regular dos medicamentos, são essenciais para reduzir esses riscos (Sangaleti *et al.*, 2023).

A poli farmácia aumenta o risco de interações medicamentosas e os efeitos adversos, devido a isso, a compreensão dos idosos de como e quando tomar seus medicamentos para minimizar riscos de complicações é extremamente relevante (Campos *et al.*, 2024; Ribeiro *et al.*, 2024). Além disso, como citado anteriormente, o ICOPE também incentiva que profissionais de saúde comuniquem claramente as instruções de uso dos medicamentos, garantindo que os idosos e seus cuidadores entendam o propósito, a dosagem e os possíveis efeitos colaterais (ICOPE, 2020).

Perante a elaboração das revisões integrativas, do local e das situações-problemas e da investigação por meio dos questionários semiestruturados respondidos pelos profissionais e idosos usuários da APS, deu início a etapa de construção das intervenções educativas.

O primeiro produto, ações de EP, foi desenvolvido por ser um instrumento primordial dentro da APS, pois, discorre de assuntos necessários para melhorar o atendimento dos usuários, como a escuta qualificada, a qual se apresenta de modo a ser norteadora para um atendimento humanizado e de qualidade; mas para que as ações de EP sejam realizadas os gestores devem analisar quais as lacunas precisam ser preenchidas dentro das unidades, mas também compreender quais são as dificuldades para esta prática ser executada (Brasil, 2007, 2018b).

A aplicabilidade da PNH para o idoso ainda é ignorada nas unidades de atenção

primária, os profissionais não demonstram interesse e não se esforçam para criar estratégias e ações de incentivo ao idoso em procurar os serviços; para que isso não ocorra é preciso ações de EP sobre a humanização da educação básica (Bastos *et al.*, 2022).

Tanto a política de educação permanente quando a política de humanização tem a mesma intenção de melhorar os processos de trabalho a partir do protagonismo de todos (profissionais, gestores e usuários) favorecendo assim, os processos de saúde (Lopes *et al.*, 2019).

Nessa pesquisa optou-se por utilizar uma metodologia de ensino-aprendizagem que é de fácil aplicação, fácil entendimento e simples de preenchimento. Utilizou-se a “árvore de problemas” para detectar causa e consequência de um problema exposto por meio das falas dos participantes da pesquisa.

A construção da árvore de problemas permite a construção de uma árvore de soluções (Assis *et al.*, 2022), no entanto, para modificar a imagem “árvore” preferiu-se a nuvem de soluções, sendo o mesmo propósito que para cada causa e consequência há possibilidade de se ter uma solução.

Notadamente, as respostas das árvores equipararam-se as categorias vindas das respostas do questionário semiestruturado aplicado aos profissionais. A sobrecarga profissional juntamente com a redução do número de profissionais e ausência de um assistente social; atendimento rápido com falha na resolutividade; falta de capacitações e treinamentos, assim como baixa motivação da equipe; foco no modelo biomédico; falta de reuniões multiprofissionais com mais frequência; dificuldade de comunicação com o idoso por falta de entendimento e acompanhamento familiar; má adesão do idoso à proposta terapêutica; infraestrutura inadequada para se realizar um acolhimento e escuta qualificada efetivos e impotência profissional foram algumas das respostas que mais se repetiram.

Infelizmente, ainda hoje, as ações da equipe de saúde são baseadas no modelo biomédico e atuam de forma reativa, ou seja, de acordo com a queixa momentânea e não atuam de forma proativa; isso, além de prejudicar a relação com o idoso usuário também o desmotiva a aderir o tratamento (Gomes; Caldas, 2021).

A necessidade de programas de EP que abordam todos os princípios do SUS é emergente, com prioridade a proposições de educação e promoção da saúde principalmente da pessoa idosa; pois, compreender as particularidades dessa população possibilita o desenvolvimento de ações coerentes com a realidade que o idoso se encontra contribuindo para adesão e outros elementos que prejudicam as práticas em saúde do idoso (Ferreira *et al.*, 2021; Gomes; Caldas, 2021).

As atividades educativas quando voltadas para o autocuidado dos idosos e que no geral são desenvolvidas pela equipe da atenção primária, possuem como objetivo fazer com que as pessoas conheçam e compreendam mais sobre suas condições de saúde e promovam saúde; a elaboração de estratégias e intervenções educativas apresenta potencial para fortalecer vínculo do profissional com paciente e do paciente com sua própria saúde (Marques *et al.*, 2019).

A vista disso construiu-se e validou um roteiro de uma TE do tipo vídeo educativa como proposta de intervenção educativa para com a população idosa. Os vídeos parecem eficazes no aumento do conhecimento podendo induzir mudanças no comportamento de saúde (Berkhout *et al.*, 2018).

O conteúdo abordado nas 11 cenas no roteiro do vídeo educativo reflete no que foi coletado e discutido dos questionários e também das revisões de literatura e documentos a respeito da temática da humanização, acolhimento e escuta qualificada com ênfase à pessoa idosa no espaço da APS.

Em relação ao conteúdo do vídeo, ao falar sobre “O Caminho até a Unidade de Saúde” entende-se que pode existir realidades distintas, como um ambiente tranquilo e acolher ou um ambiente desorganizado, com filas de espera e espaço limitado. O acolhimento seria uma forma de organizar o acesso aos serviços da APS, através da escuta qualificada e atenta os profissionais podem dar respostas às necessidades dos usuários, estabelecer vínculos e confiança, no entanto, não é o que acontece e a falta de organização, grande quantidade de fichas, filas de espera dificultam o acesso (Figueiredo; Shimizu; Ramalho, 2020).

Ao menos que problemas como a pequena infraestrutura com a inadequação e má divisão dos locais de serviços e a falta de informações e sinalizações dentro das unidades sejam resolvidas (Ferreira *et al.*, 2018), um ambiente tranquilo e acolher ainda não é será tão visível nos serviços de APS.

Ao entrar nas unidades, o primeiro contato do usuário vem a ser na recepção, por isso, na cena seguinte retratou-se a “Chegada à Unidade – Recepção”. Por serem a primeira interação do usuário, os recepcionistas, muitas vezes, ficam encarregados pelo acolhimento do usuário, sendo o acolhimento limitado à recepção e sem continuidade (Mendonça *et al.*, 2021). Como visto anteriormente, não há um profissional específico para realizar o acolhimento, deixar a cargo da recepção, mesmo no intuito de promover um primeiro contato positivo, é inadequado. O acolhimento acontece desde a recepção do usuário, mas não se limita somente a porta de entrada.

Diante do exposto, não somente a recepção, mas alguns profissionais desempenham papéis além da sua profissão e isso pode fazer com que o usuário fique confuso. Na cena

“Introdução à Enfermeira – A Confusão de Papéis”, o papel da enfermeira é demonstrar que apesar de ser vista como o profissional que realiza a triagem, ela também pode colocar em prática ou dar continuidade ao processo do acolhimento. A triagem é uma etapa de identificação das queixas e faz parte do acolhimento (Brasil, 2010a), mas não pode ser reduzida a prática do acolhimento em si.

À vista disso, a próxima cena “Diferença entre Acolhimento e Triagem”, pois o acolhimento não é uma etapa e sim uma ação, não tem um espaço ou local e não tem hora ou profissional específico para realiza-lo, diferente da triagem que é uma etapa do processo, inclusive do acolhimento (Brasil, 2013c).

A cena “Acolhimento e Escuta Qualificada pela Enfermeira” trás o sentido do acolhimento e escuta qualificada em seu exemplo na prática. A escuta qualificada é uma ferramenta para efetivar o acolhimento e através de seu uso é possível atender melhor às necessidades do usuário na tentativa de garantir o acesso aos serviços promovendo a resolutividade (Brasil, 2013c; Paula; Ribeiro; Werneck, 2019).

Mesmo abordando sobre acolhimento e escuta qualificada para reforçar as práticas de humanização á pessoa idosa nas APS, um elemento indispensável está na cena seguinte sobre os “Desafios dos Idosos no Atendimento”. Com o avanço da idade é comum que haja um declínio funcional das ações cognitivas, os idosos não entendem as orientações de cuidado, principalmente em relação ao uso adequado das medicações (De Lima; Oliveira; Esteves, 2018).

Em analogia ao entendimento do idoso, o roteiro propõe explicar sobre o “Apoio Familiar e Presença do Acompanhante” que pode ser um dos fatores da não compreensão dos idosos em relação às orientações, já que a presença de um acompanhante responsável ajuda não somente a compreender, mas também contribui para a adesão dos idosos ao tratamento e na promoção de saúde (De Lima; Oliveira; Esteves, 2018); e os idosos consideram os familiares, principalmente, como um suporte essencial tanto no âmbito afetivo quanto no acesso aos serviços e necessidades básicas de saúde (Souza; Giacomini; Firmo, 2022).

Embora apontada à importância de um suporte, especialmente familiar, a interação com a equipe de profissionais e com outras pessoas da comunidade também é fundamental para criar um ambiente acolhedor para o idoso. Na cena “Resolução das Queixas – Interação com o Médico” demonstra o discernimento do profissional médico em sugerir um grupo específico para o idoso participar, nesse caso, o HIPERDIA.

A prática do HIPERDIA, por exemplo, na maioria das vezes é realizada pelos enfermeiros e permite a identificação dos usuários, bem como, organiza de forma regular e

pertinentes informações sobre a distribuição de medicamentos, realização de ações de ES, aferição de sinais vitais, consultas médicas e de enfermagem, entrega da medicação de uso contínuo, entre outros (Draeger *et al.*, 2022); promovendo saúde, prevenindo agravos e coadjuvando o acolhimento.

Analisando as respostas dos idosos, o agente comunitário de saúde, foi mencionado como primeiro atendimento, na cena “Acompanhamento e Continuidade do Cuidado” cabe reforçar que, em alguns casos, quando há ausência da família e até mesmo de uma rede de apoio, os agentes são a única referência no cuidado do idoso, sinalizando os profissionais sobre suas necessidades para que tenham conhecimento, agilidade e possam promover continuidade no cuidado e efetividade no acolhimento (Mendonça *et al.*, 2021; Schenker; Costa, 2019).

Nas duas últimas cenas o desfecho ocorre por meio da temática “Importância da Humanização no Atendimento” e “Dicas para os Idosos – Como Reconhecer e Participar do Acolhimento” com a pretensão de fortalecer a aprendizagem do idoso e lembra-lo que há diversas maneiras de falar sobre a humanização: através de ações com foco no cuidado integral do sujeito, vínculos dentro do processo de cuidar do paciente, maior agilidade e resolutividade no acolhimento, qualidade nos locais de atendimento e fortalecimento no protagonismo do usuário, tornando-o protagonista do seu cuidado (Brasil, 2010b).

De acordo com alguns estudos, os vídeos geram desfechos positivos na população idosa, uma vez que as mensagens audiovisuais podem aumentar o conhecimento, a conscientização, a atitude e a eficácia dos idosos diante de alguma temática proposta (Chiu Wu *et al.*, 2020; De Jong *et al.*, 2019; Mendes *et al.*, 2018; Sá *et al.*, 2020; Silva *et al.*, 2020; Tam *et al.*, 2017).

Em relação ao julgamento de técnica, o roteiro não tem intenção de impressionar o usuário, mas sim informar e educar em relação a uma temática extremamente expressiva e pouco visível, devido a isso, não existe um clímax da história e as cenas acontecem num contexto baseado na realidade da APS, em suma todas as cenas contêm mensagens significativas.

O uso de ferramentas tecnológicas contribui para amenizar o sentimento de isolamento do idoso e também propicia relações interpessoais e o convívio com a comunidade, interagindo e participando ativamente do seu processo saúde-doença (Antunes; Abreu, 2017).

O comentário acerca do tempo de cada cena foi ajustado no roteiro final. A duração do vídeo não excede 10 minutos, porém, o mais importante é que o uso dessa tecnologia facilitará uma maior interação e redução de tempo de orientações, diminuindo dúvidas e

reforçando informações trazidas pelo vídeo (Luna, 2014).

7 CONCLUSÃO

O estudo possibilitou o desenvolvimento de dois produtos de intervenção educativa. O primeiro, ações de EP, teve o propósito de instrumentalizar os profissionais sobre a temática Humanização, acolhimento e escuta qualificada; o segundo produto, roteiro de um vídeo educativo, teve como finalidade a construção e validação de um roteiro de uma tecnologia educacional sobre a mesma temática a fim de atuar como ferramenta de educação em saúde.

Para o desenvolvimento dos dois produtos, o estudo buscou compreender os conhecimentos dos profissionais e dos idosos usuários da rede de APS acerca da humanização, do acolhimento e da escuta qualificada a pessoa idosa através de uma pesquisa-ação.

A relevância deste estudo está diretamente alinhada com os ODS, em especial o ODS 3, que visa assegurar uma vida saudável e promover o bem-estar para todos, e o ODS 10, que busca reduzir as desigualdades, incluindo as desigualdades no acesso a um atendimento humanizado e de qualidade na atenção primária à saúde.

Os profissionais de saúde entendem melhor sobre os conceitos devido a sua formação. Porém, desaprovam até mesmo suas próprias atitudes, sobre o acolhimento. A falta de estrutura organizacional, a alta demanda, a falta de uma boa infraestrutura (salas, cadeiras) são elementos citados pelos profissionais como impedimento para realizar ações de humanização corretamente.

Para alguns profissionais, mesmo com esses elementos de impedimento, o principal é a falta de capacitação e o desenvolvimento de competências da equipe. Ao sair do ensino superior e adentrar em serviços públicos, a falta de atualização acaba sendo um contratempo que reflete diretamente no manejo do profissional perante o usuário.

Já a compreensão dos idosos, por mais que eles tenham relatado pontos positivos sobre o acolhimento pelos profissionais na APS, constatou-se ainda limitada e insuficiente. O simples fato de ser bem atendido, encaminhado a algum atendimento ou com a medicação em mãos já basta para que eles se sintam “acolhidos”. Além disso, relataram não sentir dificuldades em falar sobre algum assunto, no entanto, também pontuaram que diversas vezes o atendimento é rápido e sem paciência, notando o distanciamento do profissional e do usuário.

As ações de EP contribuíram para divulgar os resultados do estudo para uma parte da

população de interesse, mas em especial, para levar aos profissionais um assunto não frequentemente abordado que pode ser aplicado em todos os contextos do atendimento e se, colocado em prática de forma adaptada e apropriada a chance de resolutividade no atendimento ampliará. Essa iniciativa reforça os princípios do ODS 10, na medida em que promove uma atenção mais equitativa e acessível a diferentes grupos populacionais, reduzindo as desigualdades no atendimento.

O desenvolvimento do roteiro do vídeo educativo pode auxiliar não somente os idosos, mas também os profissionais com informações pertinentes sobre a temática. É um importante conteúdo para ES e EP. O vídeo retrata o contexto da realidade do usuário e do profissional de maneira simples, porém clara e relevante. Novos estudos podem avaliar a efetividade do vídeo em intervenções educativas com idosos, contribuindo assim para a promoção da saúde e bem-estar (ODS 3) e para a equidade no acesso a informações e serviços de qualidade (ODS 10).

REFERÊNCIAS

- ABRAHÃO, A. L.; FREITAS, C. S. F. Modos de cuidar em saúde pública: o trabalho grupal na rede básica de saúde. **Rev. enferm. UERJ**, v. 17, n. 3, p. 436–441, 2009.
- ABREU, M.; ASSIS, H. M. N.; MARQUES, D. S.; CAIXETA, D. E. S.; SANTOS, Á. S. (2024). Uso de vídeo como recurso na educação em saúde para idosos: revisão integrativa. **Revista Eletrônica de Comunicação, Informação & Inovação em Saúde**, v. 18, n. 4, p. 928–941, 19 dez. 2024.
- ABU ABED, M.; HIMMEL, W.; VORMFELDE, S.; KOSCHACK, J. Video-assisted patient education to modify behavior: A systematic review. **Patient Education and Counseling**, v. 97, n. 1, p. 16–22, out. 2014.
- ÁFIO, A. C. E.; BALBINO, A. C.; ALVES, M. D. S.; CARVALHO, L. V. D.; SANTOS, M. C. L.; OLIVEIRA, N. R. Analysis of the concept of nursing educational technology applied to the patient. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, v. 15, n. 1, 16 fev. 2014.
- ALEXANDRE, N. M. C.; COLUCI, M. Z. O. Validade de conteúdo nos processos de construção e adaptação de instrumentos de medidas. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, p. 3061–3068, jul. 2011.
- ALVES, S. G. S. **Prática do acolhimento à pessoa idosa na Atenção Básica: uma estratégia de humanização**. Dissertação—Natal-RN: Universidade Federal do Rio Grande do Norte, 2009.
- Atenção Integrada para a Pessoa Idosa (ICOPE). **Orientações sobre a avaliação centrada na pessoa e roteiros para a atenção primária**. Washington, D.C.: Organização PanAmericana da Saúde; 2020.
- ANJOS, S. DE J. S. B. **Vídeo educativo como tecnologia de apoio à prevenção do câncer de colo uterino**. Tese de Doutorado—Fortaleza: Universidade Federal do Ceará, 2011.
- ANTUNES, M. C.; ABREU, V. As novas tecnologias na promoção do envelhecimento bem-sucedido. **Ensino e Tecnologia em Revista**, v. 1, n. 1, p. 3–15, 6 set. 2017.
- ARAÚJO, M. I. R.; MOREIRA, A. C. A.; SILVA, M. J. D.; ARAGÃO, A. E. D. A.; FREITAS, C. A. S. L.; MONTEIRO, P. A. A. Sexualidade e envelhecimento: necessidades identificadas para construção de uma tecnologia educativa. **Revista de Enfermagem UFPE on line**, v. 11, n. 7, p. 2674–2682, 18 maio 2017.
- ARAÚJO, O.; SOUSA, L.; VIEIRA, T.; SEQUEIRA, C. Envelhecimento e Comunicação: Desafios para os(as) Enfermeiros(as). Em: **Competência em Enfermagem Gerontogeriatrica: Uma exigência para a qualidade do cuidado**. Série Monográfica Educação e Investigação em Saúde. Coimbra, Portugal: Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem (UICISA: E) /Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (ESENfC), 2021. p. 43–63.
- ASSIS, G. M; SILVA, C. P. C.; RODRIGUES, N. S.; MARTINS, G. Cenário da disfunção miccional no Brasil à luz da ferramenta “árvore de problemas” / Scenario of voiding dysfunction in Brazil in the light of the “problem tree” tool. **Brazilian Journal of**

Development, v. 8, n. 4, p. 26583–26615, 13 abr. 2022.

ASSIS, M. M. A.; JESUS, W. L. A. Acesso aos serviços de saúde: abordagens, conceitos, políticas e modelo de análise. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, p. 2865–2875, nov. 2012.

BARBOSA, A. A.; ALMEIDA MADALENA, E.; SILVA, N. A.; ARAUJO, S. M. M. G.; ARAUJO, B. G. A importância do cuidado holístico pela enfermagem. **Brazilian Journal of Development**, v. 9, n. 2, p. 8535–8539, 24 fev. 2023.

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. 7. ed. São Paulo: Edições 70, 2016.

BARRA, D. C. C.; NASCIMENTO, E. R. P.; JESUS MARTINS, J.; ALBUQUERQUE, G. L.; ERDMANN, A. L. Evolução histórica e impacto da tecnologia na área da saúde e da enfermagem. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 8, n. 3, 2006.

BARROS, E. J. L.; Santos, S. S. C.; Gomes, G. C.; Erdmann, A. L. Gerontotecnologia educativa voltada ao idoso estomizado à luz da complexidade. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 33, p. 95–101, jun. 2012.

BASTOS, V. S.; SILVA, M. S.; OSÓRIO, M. A. S.; MATIAS, M. A. A.; SANTANA, L. M.; SOUSA, F. F.; MEYER, S. A. Saúde do Idoso: Política de Humanização e Acolhimento na Atenção Básica. **Revista Enfermagem Atual In Derme**, v. 96, n. 37, p. e-021223, 30 mar. 2022.

BERKHOUT, C.; ZGORSKA-MEYNARD-MOUSSA, S.; WILLEFERT-BOUCHE, A.; FAVRE, J.; PEREMANS, L.; VAN ROYEN, P. Audiovisual aids in primary healthcare settings' waiting rooms. A systematic review. **European Journal of General Practice**, v. 24, n. 1, p. 202–210, 1 jan. 2018.

BOM, D. T. D. S.; MADEIRA, W. D. S.; PEREIRA, Y. F. H.; LEAL, N. M. D. S.; FULLY, F. L. T.; DIAS, V. E. Humanização à saúde no idoso na Atenção Primária: uma revisão de literatura. **Múltiplos Acessos**, v. 7, n. 3, p. 33–43, 30 out. 2022.

BRASIL. **Lei n. 10.741, de 01 de outubro de 2003. . Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências**. Disponível em:

<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/110.741.htm>. Acesso em: 11 ago. 2022.

BRASIL. **Equipe de referencia e apoio matricial**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização **Acolhimento nas práticas de produção de saúde**. 2. ed. Brasília-DF: Editora do Ministério da Saúde, 2010a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS - Documento base para gestores e trabalhadores do SUS**. 4^a ed. Brasília-DF: Editora do Ministério da Saúde, 2010b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **PNAB - Política Nacional de Atenção Básica**. 1^a ed. Brasília-DF: Ministério da Saúde, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção

Básica. **Acolhimento à demanda espontânea: queixas mais comuns na atenção básica.** 1. ed.; 1. reimp. Brasília-DF: Ministério da Saúde, 2013a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Humanização (PNH).** 1. ed.; 1. reimp. Brasília-DF: Ministério da Saúde, 2013b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Acolhimento à demanda espontânea.** 1. ed.; 1. reimp. Brasília-DF: Ministério da Saúde, 2013c.

BRASIL. Ministério da Saúde Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada e Temática. Coordenação Saúde da Pessoa Idosa. **Diretrizes para o cuidado das pessoas idosas no SUS: proposta de modelo de atenção integral.** Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2014. p. 41.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Orientações técnicas para a implementação de Linha de Cuidado para Atenção Integral à Saúde da Pessoa Idosa no Sistema Único de Saúde – SUS [recurso eletrônico].** Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2018a. p. 95.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde: o que se tem produzido para o seu fortalecimento?** 1. ed. rev. Brasília: Ministério da Saúde, 2018b. p. 73

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis. **Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas e Agravos não Transmissíveis no Brasil 2021-2030.** 1. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2021.

BRITO, V. R. R.; PAULO, L. G.; BERNARDES, R. A.; LIMA, P. R. E. D.; SILVA, A. R. V. D. Dançaterapia, pintura e arte com usuários do HiperDia: experiência extensionista. **Rev. enferm. UFPI**, p. e9997–e9997, 2020.

BUETOW, S. A. What do general practitioners and their patients want from general practice and are they receiving it? A framework. **Social Science & Medicine**, v. 40, n. 2, p. 213–221, 1 jan. 1995.

CAMARGO, F.; DAROS, T. **A Sala de Aula Inovadora: Estratégias Pedagógicas para Fomentar o Aprendizado Ativo.** 1ª edição ed. Porto Alegre, RS São Paulo, SP: Penso, 2018.

CAMPOS, A. P. P. C.; SOUZA, B. A. de S.; COSTA, D. F.; ELIAS, E. B. P.; SILVA, L. L.; CARMONA, M. Y. D. M.; VENTURA, S. P.; CUNHA, V. S. C.; RODRIGUES, W. R. C. Abordagens e desafios na gestão da polifarmácia em pacientes com doenças cardiovasculares. **Epitaya E-books**, v. 1, n. 78, p. 41–68, 31 maio 2024.

CAPRARA, A.; FRANCO, A. L. E. S. A Relação paciente-médico: para uma humanização da prática médica. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 15, n. 3, p. 647–654, set. 1999.

CARVALHO, E. M. P.; OLIVEIRA, T. M.; SILVA, R. M.; SPADOTI, K. A.; PIRES, D. X.;

SILVA, S. J. P. Acesso e acolhimento nas Unidades Básicas de Saúde Rurais: reorganização do processo de trabalho. **Revista JRG de Estudos Acadêmicos**, v. 7, n. 15, p. e151270, 2 jul. 2024.

CARVALHO, K. M. D.; SILVA, C. R. D. T.; FIGUEIREDO, M. D. L. F.; NOGUEIRA, L. T.; ANDRADE, E. M. L. R. Intervenções educativas para promoção da saúde do idoso: revisão integrativa. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 31, n. 4, p. 446–454, ago. 2018.

CHIU WU, C. H.; PERNG, S. J.; SHI, C. K.; LAI, H. L. Advance Care Planning and Advance Directives: A Multimedia Education Program in Community-Dwelling Older Adults. **Journal of Applied Gerontology**, v. 39, n. 8, p. 811–819, 1 ago. 2020.

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, p. e280404, 25 fev. 2019.

COELHO, M. O.; JORGE, M. S. B. Tecnologia das relações como dispositivo do atendimento humanizado na atenção básica à saúde na perspectiva do acesso, do acolhimento e do vínculo. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 14, n. suppl 1, p. 1523–1531, out. 2009.

CORRÊA, G. C. G.; CAMPOS, I. C. P.; ALMAGRO, R. C. Pesquisa-ação: uma abordagem prática de pesquisa qualitativa. **Ensaios Pedagógicos**, v. 2, n. 1, p. 62–72, 12 jul. 2018.

COSTA, B. R. DA S. **Metodologia ativa em ações de educação alimentar e nutricional: uso de paródias com idosos para promoção de uma alimentação saudável e adequada.** Trabalho de conclusão de curso—Vitória de Santo Antão: Universidade Federal de Pernambuco, 27 nov. 2020.

COSTA, J. G. G.; ANTUNES, M. N.; PERES, M. S. Educação permanente em saúde na atenção à pessoa idosa: revisão integrativa. **PerCursos**, v. 24, p. e0124–e0124, 20 jul. 2023.

COSTA, P. C. P.; GARCIA, A. P. R. F.; TOLEDO, V. P. Welcoming and nursing care: a phenomenological study. **Texto & Contexto - Enfermagem**, v. 25, p. e4550015, 1 abr. 2016.

COSTA, J. P.; JORGE, M. S. B.; VASCONCELOS, M. G. F.; PAULA, M. L. D.; BEZERRA, I. C. Resolubilidade do cuidado na atenção primária: articulação multiprofissional e rede de serviços. **Saúde em Debate**, v. 38, p. 733–743, dez. 2014.

CUNHA, H. B. R. **Qualidade de vida : percepção de idosos com diabetes.** Brasília, DF: Universidade de Brasília, 26 jun. 2018.

CZERESNIA, D.; FREITAS, C. M. **Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências.** 2. ed. [s.l.] Editora FIOCRUZ, 2009.

DALMOLIN, A.; GIRARDON-PERLINI, N. M. O.; COPPETTI, L. D. C.; ROSSATO, G. C.; GOMES, J. S.; SILVA, M. E. N. D. Vídeo educativo como recurso para educação em saúde a pessoas com colostomia e familiares. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 37, 6 abr. 2017.

DALMOLIN, A.; SANGIOGO DALLABRIDA, G.; SILVA GOMES, E.; BOECK DOS SANTOS, E.; CAMPONOGARA ROSSATO, G.; OLIVEIRA GIRARDON-PERLINI, N. M. Implementação de tecnologia educativa para alta hospitalar de paciente com estoma: relato de experiência. **Revista Brasileira de Extensão Universitária**, v. 11, n. 3, p. 389–396, 27 out.

2020.

DE JONG, L. D.; FRANCIS-COAD, J.; WORTHAM, C.; HAINES, T. P.; SKELTON, D. A.; WESELMAN, T.; HILL, A. M. Evaluating audio-visual falls prevention messages with community-dwelling older people using a World Café forum approach. **BMC Geriatrics**, v. 19, n. 1, p. 1–11, dez. 2019.

DE LIMA, E. S.; OLIVEIRA, A.; ESTEVES, A. Cuidar do idoso na atenção primária de saúde: dificuldades enfrentadas pelo enfermeiro. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, v. 10, n. 1, p. 1395–1403, 1 jan. 2018.

DRAEGER, V. M.; ANDRADE, S. R. D.; MEIRELLES, B. H. S.; CECHINEL-PEITER, C. Práticas do enfermeiro no monitoramento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis na Atenção Primária à Saúde. **Escola Anna Nery**, v. 26, p. e20210353, 15 jun. 2022.

DUARTE, W. B. A.; FALCÃO, T. M. L.; BELTRÃO, A. B. Núcleo de Apoio à Saúde da Família e a transformação do acolhimento na atenção básica. **Saúde em Debate**, v. 41, p. 1061–1074, dez. 2017.

FARAH, B. F. Educação em Serviço, Educação Continuada, Educação Permanente em Saúde: sinônimos ou diferentes concepções? **Rev APS**, v. 6, n. 2, p. 123–125, 2003.

FARIAS, J. M.; MINGHELLI, L. C.; SORATTO, J. Promoção da saúde: discursos e concepções na atenção primária à saúde. **Cadernos Saúde Coletiva**, v. 28, p. 381–389, 3 ago. 2020.

FERREIRA, B. R.; SILVA, F. P.; ROCHA, F. C. V. R.; OLIVEIRA, A. D. S.; AMORIM, F. C. M. Elderly Welcoming in Primary Health Care: The user Perspective / Acolhimento ao Idoso na Atenção Básica: Visão do Usuário. **Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online**, v. 10, n. 3, p. 669–674, 1 jul. 2018.

FERREIRA, L.; BARBOSA, J. S. D. A.; ESPOSTI, C. D. D.; CRUZ, M. M. D. Educação Permanente em Saúde na atenção primária: uma revisão integrativa da literatura. **Saúde em Debate**, v. 43, p. 223–239, 6 maio 2019.

FERREIRA, R.; DERHUN, F. M.; CARREIRA, L.; BALDISSERA, V. D. A.; RADOVANOVIC, C. A. T.; MARIANO, P. P. Competência profissional para o cuidado ao idoso: percepção entre docentes, estudantes de enfermagem e enfermeiros. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 74, 26 mar. 2021.

FERREIRA, S. S. B.; PADILHA, J. C. Atuação do enfermeiro frente à humanização do cuidado ao idoso na APS: **Revista de Saúde Dom Alberto**, v. 8, n. 2, p. 128–150, 2021.

FIGUEIREDO, D. C. M. M.; SHIMIZU, H. E.; RAMALHO, W. M. A Acessibilidade da Atenção Básica no Brasil na avaliação dos usuários. **Cadernos Saúde Coletiva**, v. 28, p. 288–301, 22 jun. 2020.

FITZPATRICK, P. J. Improving health literacy using the power of digital communications to achieve better health outcomes for patients and practitioners. **Frontiers in Digital Health**, v. 5, 17 nov. 2023.

GOMES, A. F. D. S.; CALDAS, C. P. Elementos que influenciam nas práticas em saúde do

idoso na atenção básica. **Ciência, Cuidado e Saúde**, v. 20, 29 out. 2021.

HULLEY, S. B.; CUMMINGS, S. R.; BROWNER, W. S.; GRADY, D. G.; NEWMAN, T. B. **Delineando a pesquisa clínica: uma abordagem epidemiológica**. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2008.

JACOBOVSKI, R.; FERRO, L. F. Educação permanente em Saúde e Metodologias Ativas de ensino: uma revisão sistemática integrativa. **Research, Society and Development**, v. 10, n. 3, p. e39910313391–e39910313391, 20 mar. 2021.

KINDEM, G.; MUSBURGER, R. B. **Introduction to media production: from analog to digital**. 4. ed. Boston: Focal Press, 2009.

KOERICH, M. S.; BACKES, D. S.; SOUSA, F. G. M.; ERDMANN, A. L.; ALBURQUERQUE, G. L. Pesquisa-ação: ferramenta metodológica para a pesquisa qualitativa. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 11, n. 3, p. 47234–47234, 2009.

KROEF, R. F. S.; GAVILLON, P. Q.; RAMM, L. V. Diário de Campo e a Relação do(a) Pesquisador(a) com o Campo-Tema na Pesquisa-Intervenção. **Estudos e Pesquisas em Psicologia**, v. 20, n. 2, p. 464–480, 9 jul. 2020.

LEITE, S. S.; ÁFIO, A. C. E.; CARVALHO, L. V. D.; SILVA, J. M. D.; ALMEIDA, P. C. D.; PAGLIUCA, L. M. F. Construção e validação de Instrumento de Validação de Conteúdo Educativo em Saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 71, p. 1635–1641, 2018.

LIMA, M. B.; REBOUÇAS, C. B. D. A.; CASTRO, R. C. M. B.; CIPRIANO, M. A. B.; CARDOSO, M. V. L. M. L.; ALMEIDA, P. C. D. Construção e validação de vídeo educativo para orientação de pais de crianças em cateterismo intermitente limpo*. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 51, 18 dez. 2017.

LIMA, P.; MORTOZA, A. S.; PEREIRA, E. R. S. Percepção dos idosos sobre as ações de educação em saúde desenvolvidas na atenção básica. **Itinerarius Reflectionis**, v. 17, n. 1, p. 01–22, 2021.

LIMA, R. R. T.; VILAR, R. L. A.; COSTA, T. P. T.; DE CASTRO, J. L.; LIMA, K. C. Formação em saúde no contexto do envelhecimento: em foco, os conteúdos curriculares. **Research, Society and Development**, v. 7, n. 10, p. e15710587–e15710587, 20 set. 2018.

LIRA, L. B. S.; SANTOS, D. D. S.; NEVES, S. J. F.; NAGLIATE, P. D. C.; PEREIRA, E. D. A. T.; CAVALCANTE, M. V. Acesso, acolhimento e estratégia saúde da família: satisfação do usuário. **Revista de Enfermagem UFPE on line**, v. 12, n. 9, p. 2334–2340, 8 set. 2018.

LOBIONDO-WOOD, G.; HABER, J. **Pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação crítica e utilização**. 6. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2010.

LOBO, L. C. Tecnologia Educacional na formação de recursos humanos para a saúde. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 9, p. 159–161, 23 jul. 2021.

LOCKWOOD, C.; MUNN, Z.; PORRITT, K. Qualitative research synthesis: methodological guidance for systematic reviewers utilizing meta-aggregation. **JBIC Evidence Implementation**, v. 13, n. 3, p. 179–187, set. 2015.

LOPES, M. T. S. R.; LABEGALINI, C. M. G.; SILVA, M. E. K.; BALDISSERA, V. D. A. Educação permanente e humanização na transformação das práticas na atenção básica. **REME-Revista Mineira de Enfermagem**, v. 23, n. 1, 9 maio 2019.

LUNA, I. T. **Vídeo educativo com enfoque na prevenção de DST/AIDS para adolescentes em situação de rua**. Tese de Doutorado—Fortaleza: Universidade Federal do Ceará, 2014.

MALLMANN, D. G.; GALINDO, N. M.; SOUSA, J. D. C.; VASCONCELOS, E. M. R. D. Educação em saúde como principal alternativa para promover a saúde do idoso. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, p. 1763–1772, jun. 2015.

MARQUES, M. B.; COUTINHO, J. F. V.; MARTINS, M. C.; LOPES, M. V. D. O.; MAIA, J. C.; SILVA, M. J. D. Intervenção educativa para a promoção do autocuidado de idosos com diabetes mellitus. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 53, p. e03517, 2 dez. 2019.

MARTINS, Á. K. L.; NUNES, J. M.; NÓBREGA, M. D. F. B.; PINHEIRO, P. N. D. C.; SOUZA, Â. M. A.; VIEIRA, N. F. C.; FERNANDES, A. F. C. Literatura de cordel: tecnologia de educação para saúde e enfermagem. **Rev. enferm. UERJ**, p. 324–329, 2011.

MAYER, R. E. (ED.). **The Cambridge handbook of multimedia learning**. Second Edition ed. New York: Cambridge University Press, 2014.

MAYNART, W. H. C.; ALBUQUERQUE, M. C. D. S. D.; BRÊDA, M. Z.; JORGE, J. S. A escuta qualificada e o acolhimento na atenção psicossocial. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 27, p. 300–304, ago. 2014.

MEDEIROS, C. B.; ALVES, M. D. S. C. F.; MOURA, L. K. B.; SOUZA, R. K.; SILVA, E. M. A perspectiva do usuário na Atenção Básica sobre o acolhimento ao idoso. **Revista Ciência Plural**, v. 4, n. 3, p. 43–56, 2018.

MENDES, N. P.; COSTA, N. P. D.; CAMPOS, A. C. V.; POLARO, S. H. I.; GONÇALVES, L. H. T. Tecnologia socioeducacional de videodebate para o cultivo do envelhecimento ativo. **Escola Anna Nery**, v. 22, n. 3, 2018.

MENDONÇA, M. M.; ALELUIA, Í. R. S.; SOUSA, M. L. T. D.; PEREIRA, M. Acessibilidade ao cuidado na Estratégia de Saúde da Família no Oeste Baiano. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 26, p. 1625–1636, 28 maio 2021.

MENEZES, T. M. O.; ANDRADE, A. M. B.; FREITAS, A. V. S.; MOURA, H. C. G. B.; FREITAS, R. A.; PIRES, I. B. Acolhimento e cuidado da enfermeira na estratégia saúde da família: percepções da pessoa idosa. **Revista Mineira de Enfermagem**, v. 24, n. 0, p. 1–8, 2020.

MERHY, E. E.; CHAKKOUR, M. Em busca de ferramentas analisadoras das tecnologias em saúde: a informação e o dia a dia de um serviço, interrogando e gerindo trabalho em saúde. Em: **Agir em saúde: um desafio para o público**. São Paulo: Hucitec, 2006. p. 113–150.

MERHY, E. E.; FEUERWERKER, L. C. M. Novo olhar sobre as tecnologias de saúde: uma necessidade contemporânea. Em: **Avaliação compartilhada do cuidado em saúde: Surpreendendo o instituído nas redes**. Rio de Janeiro: Hexis, 2016. p. 59–72.

- MIRANDA, G. M. D.; MENDES, A. C. G.; SILVA, A. L. A.. O envelhecimento populacional brasileiro: desafios e consequências sociais atuais e futuras. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 19, p. 507–519, jun. 2016.
- MOTA, N. P.; MAIA, J. K. D. O.; ABREU, W. J. C. P.; GALVÃO, M. T. G. Tecnologias educativas para prevenção do HIV em negros: revisão de escopo. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 44, 19 dez. 2022.
- NAKAMURA, M. Y.; ALMEIDA, K.. Desenvolvimento de material educacional para orientação de idosos candidatos ao uso de próteses auditivas. **Audiology - Communication Research**, v. 23, p. e1938, 3 dez. 2018.
- NESPOLI, G. Os domínios da Tecnologia Educacional no campo da Saúde. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 17, p. 873–884, dez. 2013.
- NIETSCHE, E. A.; LIMA, M. G. R.; RODRIGUES, M. D. G. S.; TEIXEIRA, J. A.; OLIVEIRA, B. N. B.; MOTTA, C. A.; FARIAS, M. K. F. Tecnologias inovadoras do cuidado em enfermagem. **Revista de Enfermagem da UFSM**, v. 2, n. 1, p. 182–189, 4 abr. 2012.
- OLIVEIRA, C. E. S.; FELIPE, S. G. B.; SILVA, C. R. D. T. D.; CARVALHO, D. B. D.; SILVA-JÚNIOR, F.; FIGUEIREDO, M. D. L. F.; GOUVEIA, M. T. D. O. Vulnerabilidade clínico-funcional de idosos em um centro de convivência. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 33, p. eAPE20190172, 28 ago. 2020.
- OLIVEIRA, M. J. S.; SOUZA, A.; CALVETTI, P. Ã.; FILIPPIN, L. I. A escuta ativa como estratégia de humanização da assistência em saúde. **Saúde e Desenvolvimento Humano**, v. 6, n. 2, p. 33–38, 11 set. 2018.
- OLIVEIRA, P. A.; SANTOS, P. M. F.; ALVES, F. R.; GARCIA, L. A. A.; MALAQUIAS, B. S. S.; SANTOS, Á. S. Educação permanente e práticas educativas para o idoso: revisão integrativa. **Revista Recien - Revista Científica de Enfermagem**, v. 11, n. 36, p. 626–647, 22 dez. 2021.
- OMS**. Documentos básicos. 48. ed. Genebra: OMS, 2014.
- OMS**. Reducir las inequidades sanitarias actuando sobre los determinantes sociales de la salud. In: **SEXAGÉSIMA SEGUNDA ASSEMBLEIA MUNDIAL DA SAÚDE**, 2009, Genebra, Suíça. Anais [...]. Genebra: OMS, 2009. Disponível em: http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA62-REC1/WHA62_REC1-sp-P2.pdf. Acesso em: [novembro de 2024].
- ONOFRI JÚNIOR, V. A.; MARTINS, V. S.; MARIN, M. J. S. Atenção à saúde do idoso na Estratégia Saúde da Família e a presença de transtornos mentais comuns. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 19, p. 21–33, fev. 2016.
- ONU – Organização das Nações Unidas**. Transformando nosso mundo: a Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável. 2015. Disponível em: <https://brasil.un.org/pt-br/sdgs>. Acesso em: 27 fev. 2025.
- ONU – Organização das Nações Unidas**. Objetivo de Desenvolvimento Sustentável 3: Saúde e Bem-Estar. Disponível em: <https://brasil.un.org/pt-br/sdgs/3>. Acesso em: 27 fev.

2025.

ONU – Organização das Nações Unidas. Objetivo de Desenvolvimento Sustentável 10: Redução das Desigualdades. Disponível em: <https://brasil.un.org/pt-br/sdgs/10>. Acesso em: 27 fev. 2025.

OUZZANI, M.; HAMMADY, H.; FEDOROWICZ, Z.; ELMAGARMID, A. Rayyan—a web and mobile app for systematic reviews. **Systematic Reviews**, v. 5, n. 1, p. 210, 5 dez. 2016.

PAGE, M. J.; MCKENZIE, J. E.; BOSSUYT, P. M.; BOUTRON, I.; HOFFMANN, T. C.; MULROW, C. D. *et al.* The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. **Systematic Reviews**, v. 10, n. 1, p. 89, 29 mar. 2021.

PASCHOAL, A. S.; MANTOVANI, M. F.; MÉIER, M. J. Percepção da educação permanente, continuada e em serviço para enfermeiros de um hospital de ensino. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 41, p. 478–484, set. 2007.

PAULA, C. F. B.; RIBEIRO, R. C. H. M.; WERNECK, A. L. Humanização da assistência: acolhimento e triagem na classificação de risco. **Rev. enferm. UFPE on line**, p. 997–1005, 2019.

PEREIRA, A. B.; FERREIRA NETO, J. L. Processo de implantação da política nacional de humanização em hospital público. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 13, p. 67–88, abr. 2015.

PERUZZO, H. E.; MARCON, S. S.; SILVA, Í. R.; HADDAD, M. D. C. F. L.; PERES, A. M.; COSTA, M. A. R. *et al.* Intervenção educativa sobre competências gerenciais com enfermeiros da Estratégia Saúde da Família. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 35, p. eAPE039015634, 6 jun. 2022.

PINAFO, E.; CARVALHO, B. G.; NUNES, E. F. P. A. Descentralização da gestão: caminho percorrido, nós críticos e perspectivas. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, p. 1511–1524, maio 2016.

PIRES, R. DE C. C.; LUCENA, A. D.; MANTESSO, J. B. O.; FORTALEZA, C. S. Avaliação da resolutividade na Atenção Primária à Saúde: uma revisão integrativa sobre os atendimentos através da Estratégia Saúde da Família no Brasil. **Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação**, v. 9, n. 1, p. 47–69, 31 jan. 2023.

POLIT, D. F.; BECK, C. T. **Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem: Avaliação de Evidências para a Prática da Enfermagem**. 9. ed. Porto Alegre: Artmed, 2019.

PORTO, A. O. *et al.* Educação permanente como instrumento de qualificação da assistência em uma USF rural durante a pandemia/ Permanent education as an instrument to qualify assistance in a rural USF during a pandemic/ Educación continua como instrumento para calificar la asistencia en un USF rural durante la pandemia. **Journal Health NPEPS**, v. 7, n. 1, 1 jun. 2022.

PREVEDELLO, B. P.; DOTTO, P. P.; SANTOS, B. Z.. Animação no formato de vídeo como tecnologia para a promoção do aleitamento. **Research, Society and Development**, v. 9, n. 1, p. 10, 2020.

- QUADROS, L. C. T.; CUNHA, C. C.; UZIEL, A. P. Acolhimento psicológico e afeto em tempos de pandemia: práticas políticas de afirmação da vida. **Psicologia & Sociedade**, v. 32, p. e020016, 4 set. 2020.
- RACHMAWATI, U.; SAHAR, J.; WATI, D. N. K. The association of diabetes literacy with self-management among older people with type 2 diabetes mellitus: a cross-sectional study. **BMC Nursing**, v. 18, n. Suppl 1, p. 34, 16 ago. 2019.
- RAIMUNDO, J. S.; SILVA, R. B.. Reflexões acerca do predomínio do modelo biomédico, no contexto da Atenção Primária em Saúde, no Brasil. **Revista Mosaico**, v. 11, n. 2, p. 109–116, 2 dez. 2020.
- RAMOS, A. C. C.; ALMEIDA, B. G.; BOWES, É. C. S.; MOURA, L. P.; ADORNO, R. S. B.; LEMONS, S. C. A arte de humanizar em tempos de pandemia: a experiência da SESAB na produção do acolhimento. **Revista Baiana de Saúde Pública**, v. 45, n. especial 2, p. 201–216, 25 out. 2021.
- REIS, E. A.; REIS, I. A. **Análise descritiva de dados**. Relatório Técnico do Departamento de Estatística da UFMG, v. 1, 2002.
- RENOVATO, R. D.; BAGNATO, M. H. S. Da educação sanitária para a educação em saúde (1980-1992): discursos e práticas. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 14, n. 1, p. 77–85, 31 mar. 2012.
- RIBEIRO, I. P.; PAIVA, G. C.; RESENDE, B. L.; CRESPO, B. B.; SANTOS, S. L. M.; REZENDE, G. S. *et al.* Desafios e estratégias na gestão da polifarmácia em idosos: impactos na saúde e adesão ao tratamento. **Europub Journal of Health Research**, v. 5, n. 2, p. e5157–e5157, 14 ago. 2024.
- RIBEIRO, S. P.; CAVALCANTI, M. L. T. Atenção Primária e Coordenação do Cuidado: dispositivo para ampliação do acesso e a melhoria da qualidade. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, p. 1799–1808, 8 maio 2020.
- ROCHA, N. B.; FRANCHIN, A. T.; GASPARETTO, A.; LOLLI, L. F.; FUJIMAKI, M. Conhecimento sobre acolhimento com classificação de risco pela equipe da Atenção Básica. **Espaç. saúde (Online)**, p. 72–80, 2017.
- RODRIGUES, J. S. F.; NASCIMENTO, R. C. S. Acolhimento na Atenção Básica: uma revisão da literatura. **Revista Baiana de Saúde Pública**, v. 43, n. supl. 1, p. 169–181, 2019.
- ROSENBERG, M. B. **Comunicacao não-violenta: Tecnicas para aprimorar relacionamentos pessoais e profissionais**. 4^a ed. São Paulo: Editora Ágora, 2006.
- SÁ, G. G. M.; SILVA, F. L.; SANTOS, A. M. R. D.; NOLÊTO, J. D. S.; GOUVEIA, M. T. D. O.; NOGUEIRA, L. T. Tecnologias desenvolvidas para a educação em saúde de idosos na comunidade: revisão integrativa da literatura. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 27, 14 out. 2019.
- SÁ, G. G. M.; SANTOS, A. M. R. D.; GALINDO, N. M.; CARVALHO, K. M. D.; FEITOSA, C. D. A.; MENDES, P. N. Construção e validação de vídeo educativo para idosos acerca dos riscos de queda. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 73, 2020.

- SALBEGO, C.; NIETSCHE, E. A.; TEIXEIRA, E.; GIRARDON-PERLINI, N. M. O.; WILD, C. F.; ILHA, S. Tecnologias cuidativo-educacionais: um conceito emergente da práxis de enfermeiros em contexto hospitalar. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 71, p. 2666–2674, 2018.
- SANCHES, N.; SILVA, R. B. A escuta qualificada na assistência social: Da postura diagnóstica às formas (po)éticas de escutar. **Estudos e Pesquisas em Psicologia**, v. 19, n. 3, p. 604–622, 3 dez. 2019.
- SANGALETI, C. T.; LENTSCK, M. H.; SILVA, D. C. D.; MACHADO, A.; TRINCAUS, M. R.; VIEIRA, M. C. U. *et al.* Polifarmácia, medicamentos potencialmente inapropriados e fatores associados entre idosos com hipertensão na atenção básica. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 76, p. e20220785, 8 dez. 2023.
- SANTOS, A. B. Escuta qualificada como ferramenta de humanização do cuidado em saúde mental na Atenção Básica. **APS EM REVISTA**, v. 1, n. 2, p. 170–179, 24 jul. 2019.
- SARDINHA PEIXOTO, L.; CUZATIS GONÇALVES, L.; DUTRA DA COSTA, T.; TAVARES, C. M. D. M., DANTAS CAVALCANTI, A. C.; ANTUNES CORTEZ, E. Educación permanente, continuada y de servicio: desvelando sus conceptos. **Enfermería Global**, v. 12, n. 29, p. 307–322, jan. 2013.
- SCHENKER, M.; COSTA, D. H.. 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.
- SCOLARI, G. A. S.; RISSARDO, L. K.; BALDISSERA, V. V. D. A.; LANGE, C.; SALCI, M. A.; CARREIRA, L. Acolhimento em unidades de pronto atendimento: percepção de idosos e seus familiares. **Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro**, v. 10, 29 dez. 2020.
- SEQUEIRA, C. A. C.; LLUCH-CANUT, T. **Comunicação Clínica e Relação de Ajuda**. Lisboa: LIDEL, 2016.
- SHIROMA, L. M. B.; PIRES, D. E. P.. Classificação de risco em emergência – um desafio para as/os enfermeiras/os. **Enfermagem em Foco**, v. 2, n. 1, p. 14–17, 17 fev. 2011.
- SILVA, C. R. D. T.; FELIPE, S. G. B.; CARVALHO, K. M. D.; GOUVEIA, M. T. D. O.; SILVA JÚNIOR, F. L.; FIGUEIREDO, M. D. L. F. Construção e validação de gerontotecnologia educativa sobre fragilidade em idosos. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 73, 2020.
- SILVA, D. M. L.; CARREIRO, F. A.; MELLO, R. Tecnologias educacionais na assistência de enfermagem em educação em saúde: revisão integrativa. **Revista de Enfermagem UFPE on line**, v. 11, n. 2, p. 1044–1051, 21 jan. 2017.
- SILVA, R. M.; BRASIL, C. C. P.; BEZERRA, I. C.; FIGUEIREDO, M. D. L. F.; SANTOS, M. C. L.; GONÇALVES, J. L.; JARDIM, M. H. D. A. G. Desafios e possibilidades dos profissionais de saúde no cuidado ao idoso dependente. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 26, p. 89–98, 25 jan. 2021a.
- SILVA, W. R. S.; DUARTE, P. O.; FELIPE, D. A.; SOUSA, F. D. O. S. A gestão do cuidado

em uma unidade básica de saúde no contexto da pandemia de Covid-19. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 19, p. e00330161, 12 nov. 2021b.

SILVESTRE, J. A.; COSTA NETO, M. M. D. Abordagem do idoso em programas de saúde da família. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 19, n. 3, p. 839–847, jun. 2003.

SOUZA, G. A.; GIACOMIN, K. C.; FIRMO, J. O. A. A necessidade de cuidado na percepção de pessoas idosas em processo de fragilização. **Cadernos Saúde Coletiva**, v. 30, p. 486–495, 25 nov. 2022.

SOUZA, M. G.; MANDU, E. N. T.; ELIAS, A. N. Percepções de enfermeiros sobre seu trabalho na Estratégia Saúde da Família. **Texto & Contexto - Enfermagem**, v. 22, p. 772–779, set. 2013.

STERN, C.; LIZARONDO, L.; CARRIER, J.; GODFREY, C.; RIEGER, K.; SALMOND, S. *et al.* Methodological guidance for the conduct of mixed methods systematic reviews. **JBIM Evidence Synthesis**, v. 18, n. 10, p. 2108–2118, out. 2020.

TAM, J. W.; VAN SON, C.; DYCK, D.; SCHMITTER-EDGEcombe, M. An educational video program to increase aging services technology awareness among older adults. **Patient Education and Counseling**, v. 100, n. 8, p. 1564–1571, ago. 2017.

TESSER, C. D.; NORMAN, A. H.; VIDAL, T. B. Acesso ao cuidado na Atenção Primária à Saúde brasileira: situação, problemas e estratégias de superação. **Saúde em Debate**, v. 42, p. 361–378, set. 2018.

THIOLLENT. **Metodologia da Pesquisa-Ação**. 18^a ed. São Paulo: Cortez Editora, 2022.

TORLIG, E. G. S.; JUNIOR, P. C. R.; FUJIHARA, R. K.; MONTEZANO, L.; DEMO, G. Validation Proposal for Qualitative Research Scripts (Vali-Quali). **Administração: Ensino e Pesquisa**, v. 23, n. 1, 9 jun. 2022.

VALE, P. R. L. F.; ANJOS PRATA, D. R.; CORDEIRO, M. B.; ARAÚJO, C. O.; LEITE, R. V.; GOÉS, Â. C. F. Fortalecendo a longitudinalidade do cuidado aos sujeitos participantes do programa Hiperdia. **Revista de APS**, v. 22, n. 2, 2019.

VERAS, R. P. Doenças crônicas e longevidade: desafios futuros. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 26, p. e230233, 1 dez. 2023.

VERSA, G. L. G. S.; VITURI, D. W.; BURIOLA, A. A.; OLIVEIRA, C. A. D.; MATSUDA, L. M. Avaliação do acolhimento com classificação de risco em serviços de emergência hospitalar. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 35, p. 21–28, set. 2014.

WARMLING, C. M.; BALDISSEROTTO, J.; ROCHA, E. T. Acolhimento e acesso de necessidades de saúde bucal e o agir profissional na Atenção Primária à Saúde. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 23, 4 abr. 2019.

WELTER, R. B.; FOLETTO, D. S.; IENSEN BORTOLUZZI, V. Metodologias ativas: uma possibilidade para o multiletramento dos estudantes. **Research, Society and Development**, v. 9, n. 2, p. 102, 2020.

APÊNDICE A – Roteiro do Diário de Campo

Nome da Unidade:

Horário de funcionamento:

Endereço:

Distrito pertencente:

Gerente:

1. Quando a unidade de saúde está aberto, o idoso consegue receber atendimento no mesmódia em que ele o procura?

2. Existe alguma ferramenta de comunicação não presencial que os idosos possam entrar em contato caso precisem de atendimento e orientação rápidos?

3. Qual a rotina para marcar consultas de revisão nas unidades de saúde? Há alguma dificuldade ou benefício para a população idosa?

4. Descreva no seu ponto de vista o que verificou sobre:

- a) Presença de sala exclusiva para acolhimento

- b) Acolhimento ao usuário

- c) Tipo de orientação

- d) Nível de resolutividade ((identificação de riscos, necessidade e demandas de saúde; utilização de tecnologias de cuidado individual e coletivo; construção de vínculos e intervenções e ampliação da autonomia dos indivíduos e grupos sociais)

- e) Características da escuta ao usuário

APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) para profissionais (pesquisa de campo)

Convidamos você a participar da pesquisa: Escuta qualificada no acolhimento de idosos na rede de atenção primária à saúde. O objetivo desta pesquisa é analisar os conhecimentos dos profissionais e dos idosos usuários da rede de APS acerca da humanização, do acolhimento e da escuta qualificada a pessoa idosa. Sua participação é importante, pois a presente pesquisa poderá preencher as lacunas existentes entre o saber científico do profissional de saúde e a aplicação da escuta qualificada como estratégia de intervenção voltada à população idosa. Buscará demonstrar, a partir da percepção dos idosos sobre a escuta de suas necessidades de saúde e do discernimento dos profissionais, o uso dessa estratégia na atenção básica, dando ênfase nos fatores limitadores, benéficos e no próprio conhecimento de como aplicá-la.

Caso você aceite participar desta pesquisa será necessário responder a um questionário na Unidade Matricial de Saúde em que você trabalhe, com tempo estimado de 15 minutos, e participar de oficinas temáticas a ser definidas, com tempo estimado de 4 horas, em local, data e horários a definir de acordo com a disponibilidade dos participantes.

Os riscos desta pesquisa são a não compreensão acerca dos conteúdos aplicados e, diante disso, com o intuito de minimizar os impactos serão disponibilizados plantões de dúvidas, assim como será ofertado um material complementar, com embasamento científico.

Quanto aos riscos relacionados aos conteúdos dos dados durante as oficinas os pesquisadores farão a informação e explicação do estudo sobre o sigilo e confidencialidade do conteúdo dos grupos e que os mesmos não terão nenhum prejuízo, financeiro ou moral, em ambiente de trabalho durante a sua participação.

No que se refere aos riscos relacionados aos dados coletados em ambiente virtual, para resguardar o sigilo e a confidencialidade das informações do participante da pesquisa, os pesquisadores após o encerramento e conclusão da coleta farão o *download* dos dados coletados para um dispositivo eletrônico do pesquisador responsável pelo estudo, apagando todo e qualquer registro de qualquer plataforma virtual, ambiente compartilhado ou "nuvem". Espera-se que de sua participação na pesquisa por meio da participação nas oficinas, propicie um espaço para sanarem as dúvidas que envolvem a aplicação prática da escuta qualificada, assim como aprimorar e compartilhar suas experiências quanto ao uso dessa ferramenta; assim como aumentar o número de intervenções que apresentam resolubilidade, diminuindo o número de referências a serviços especializados.

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 a sua carga horária de

trabalha ou perda do emprego 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(es):

Nome: Álvaro da Silva Santos

E-mail: alvaroenf@hotmail.com

Telefone: (34) 99905-2831

Endereço: Av. Getúlio Guaritá, n° 159, Centro Educacional ,Uberaba, MG.

Nome: Helia Morais Nomelini de Assis

E-mail: helia.assis@uftm.edu.br

Telefone: (034) 99978-4820

Endereço: Av. Getúlio Guaritá,159 - Nossa Senhora da Abadia, Uberaba, MG

Nome: Manoela de Abreu

E-mail: manuh-abreu94@hotmail.com

Telefone: (017) 98124-1209

Endereço: Av. Getúlio Guaritá,159 - Nossa Senhora da Abadia, 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 ou pelo e-mail cep@uftm.edu.br. Os Comitês de Ética em Pesquisa são colegiados criados para defender os interesses dos participantes de pesquisas, quanto à 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 serviço que estou recebendo. Sei que meu nome não será divulgado, que não terei despesas e não receberei dinheiro para participar do estudo. Concordo em participar do estudo, Escuta qualificada no acolhimento de idosos na rede de atenção primária à saúde, e receberei uma via assinada deste documento.

Uberaba,//.....

Assinatura do participante

Assinatura do pesquisador responsável

Assinatura do pesquisador assistente

**APÊNDICE C - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) para idosos
usuários (pesquisa de campo)**

Convidamos você a participar da pesquisa: Escuta qualificada no acolhimento de idosos na rede de atenção primária à saúde. O objetivo desta pesquisa é analisar os conhecimentos dos profissionais e dos idosos usuários da rede de APS acerca da humanização, do acolhimento e da escuta qualificada a pessoa idosa. Sua participação é importante, pois a presente pesquisa poderá preencher as lacunas existentes entre o saber científico do profissional de saúde e a aplicação da escuta qualificada como estratégia de intervenção voltada à população idosa. Buscará demonstrar, a partir da percepção dos idosos sobre a escuta de suas necessidades de saúde e do discernimento dos profissionais, o uso dessa estratégia na atenção básica, dando ênfase nos fatores limitadores, benéficos e no próprio conhecimento de como aplicá-la.

Caso você aceite participar desta pesquisa será necessário responder a um questionário e atender a uma entrevista coletiva, na Unidade Matricial de Saúde onde você é atendido; com tempo estimado de 30 minutos, em data e horários a definir de acordo com a disponibilidade dos participantes.

Os riscos desta pesquisa são a não compreensão das entrevistas realizadas presencialmente e o vazamento de informações. Para minimizar os riscos serão tomadas as seguintes providências: os pesquisadores estarão de prontidão para sanar quaisquer dúvidas e garantir sigilo de seus relatos, além da guarda e descarte dos formulários preenchidos.

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 atendimento de saúde na unidade, 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(es):

Nome: Álvaro da Silva Santos

E-mail: alvaroenf@hotmail.com

Telefone: (34) 99905-2831

Endereço: Av. Getúlio Guaritá, nº 159, Centro Educacional, Uberaba, MG.

Nome: Helia Morais Nomelini de Assis

E-mail: helia.assis@uftm.edu.br

Telefone: (034) 99978-4820

Endereço: Av. Getúlio Guaritá,159 - Nossa Senhora da Abadia, Uberaba, MG

Nome: Manoela de Abreu

E-mail: manuh-abreu94@hotmail.com

Telefone: (017) 98124-1209

Endereço: Av. Getúlio Guaritá,159 - Nossa Senhora da Abadia, 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 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 atendimento que estou recebendo. Sei que meu nome não será divulgado, que não terei despesas e não receberei dinheiro para participar do estudo. Concordo em participar do estudo, Escuta qualificada no acolhimento de idosos na rede de atenção primária à saúde, e receberei uma via assinada deste documento.

Uberaba,//.....

Assinatura do participante

Assinatura do pesquisador responsável

Assinatura do pesquisador assistente

APÊNDICE D – Questionário semiestruturado para profissionais (pesquisa de campo)

A. Dados sociodemográficos

- a) Idade:
- b) Gênero/Sexualidade:
- c) Situação civil: ()Solteiro(a) ()Casado(a) ()Separado(a)
()Divorciado(a)() Outros:
- d) Profissão:
- e) Tempo de formado:

B. Informações referentes ao atendimento nos serviços de saúde

1. O que você entende por humanização nos serviços de saúde?
-

2. Existem ações de humanização na sua unidade?
() Sim, descreva aquela (s) que você considera
-

() Não

3. Como é realizado o acolhimento na unidade que você trabalha?
-

1. Para você a atividade de acolhimento é resolutiva?
() Sim
() Não, descreva ____

2. O que você entende por escuta qualificada?
-

3. Você acha que ocorrem ações de escuta qualificada na sua prática?
() Sim, quais?_____
() Não

4. Você sente alguma dificuldade para realizar o acolhimento do idoso?
() Sim, por quê?_____
() Não

APÊNDICE E - Questionário semiestruturado para idosos usuários (pesquisa de campo)

A. Dados sociodemográficos

- a) Idade:
- b) Raça:
- c) Gênero/Sexualidade:
- d) Estado civil: ()Solteiro(a) ()Casado(a) ()Viúvo(a) ()Separado(a)
- e) Escolaridade:
- f) Ocupação: ()Aposentado ()Pensionista ()Trabalho informal ()Outros:
- g) Arranjo domiciliar: ()Mora sozinho(a) ()Cônjuge/Companheiro ()Filho(a) não casado()Filho(a) casada ()Outros (irmãos, netos e sobrinhos):
- h) Número de pessoas no domicílio:
- i) Renda: ()< 1 SM ()1 a 2 SM ()>2 a 3 SM ()>3 SM
- j) Tem convênio particular () sim () não

B. Informações referentes ao acesso aos serviços de saúde

1. Quando você chega à unidade e passa pela recepção, quem é o profissional que te atende primeiro?
-

2. Você sente que suas dúvidas ou queixas são sempre resolvidas na unidade?
-

3. Você entende todas as explicações que são passadas aqui pelos profissionais? (Cuidados em casa) - orientações
-

4. O que é acolhimento para você?
-

5. Você consegue falar seus problemas relacionados ao seu estado de saúde durante o atendimento?

() Sim () Não () Às vezes

Se não ou às vezes, por quê?

6. Tem alguma dificuldade em falar sobre algum assunto durante a sua permanência na unidade ? (orientação para entrevistador: explicar que pode ser durante o contato do idoso com qualquer profissional)

() Sim () Não () Às vezes

Se não ou às vezes, quais assuntos tem dificuldades?

7. Você acha importante receber orientações sobre o atendimento na unidade de saúde?

() Sim () Não

Se sim, quais assuntos destacaria?

APÊNDICE F – Carta Convite

**Universidade Federal do Triângulo Mineiro
Programa de Pós-graduação em Atenção à Saúde (PPGAS)**

Eu, Manoela de Abreu, doutoranda do Programa de Pós-graduação em Atenção à Saúde da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, gostaria de convidá-lo a ser validador *expert* da validação de conteúdo e técnica do roteiro da tecnologia educativa do tipo vídeo educativo a ser elaborada em minha tese intitulada: “Educação Permanente em Saúde e validação de roteiro de vídeo educativo acerca do acolhimento à pessoa idosa na Atenção Primária à Saúde.”. Cujo objetivo é desenvolver e validar um roteiro de vídeo educativo para idosos com informações sobre humanização, acolhimento e escuta qualificada à pessoa idosa na Atenção Primária à Saúde. No presente estudo, uma das etapas se refere à avaliação do roteiro do vídeo por parte de *experts* em técnica e conteúdo.

Esta etapa consistirá no preenchimento do formulário de caracterização, na leitura do roteiro do vídeo educativo e posteriormente no preenchimento do instrumento de avaliação (Instrumento De Validação De Conteúdo Educacional Em Saúde para conteúdo e Instrumento de avaliação de técnica). O senhor(a) poderá fazer sugestões ou críticas em um espaço reservado para esta finalidade.

O prazo para devolução do material respondido é de 30 dias e lembretes serão enviados dois dias antes para recordá-lo.

Desde já agradecemos a sua participação e ficaremos muito honrados com o aceite do convite.

Atenciosamente,

Manoela de Abreu (fisioterapeuta)

APÊNDICE G – Formulário *online* para caracterização dos validadores *experts* (vídeo educativo)

Avaliador N°. _____

A. IDENTIFICAÇÃO

Idade: _

Área de atuação: _____

Quantidade de ano de formado: _____

Formação: _____

B. QUALIFICAÇÃO

Especialização 1: _____ Ano de conclusão: _____ Universidade: _____

Especialização 2: _____ Ano de conclusão: _____ Universidade: _____

Mestrado: _____ Ano de conclusão: _____ Universidade: _____

Doutorado: _____ Ano de conclusão: _____ Universidade: _____

Outros: _____

C. Publicações científicas sobre a temática (especifique):

D. Participação de grupos/projetos de pesquisa (especifique):

E. EXPERIÊNCIA PROFISSIONAL

1. Possui experiência na área de saúde do idoso (para *experts* de conteúdo). Tempo (em anos)
2. Atuou na Atenção Primária à Saúde. Tempo (em anos)
3. Possui experiência na área comunicação social/visual/cinema (para *experts* de técnica). Tempo (em anos)

APÊNDICE H – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) para validadores *experts* de técnica e conteúdo (vídeo educativo)

Convidamos você a participar da pesquisa: Educação Permanente em Saúde e validação de roteiro de vídeo educativo acerca do acolhimento à pessoa idosa na Atenção Primária à Saúde. O objetivo desta pesquisa é desenvolver ação de Educação Permanente em Saúde e roteiro de vídeo educativo com informações sobre humanização, acolhimento e escuta qualificada à pessoa idosa na Atenção Primária à Saúde.

Você participará da etapa de validação por *experts*, de conteúdo e técnica. Estes serão selecionados com base em critérios pré-estabelecidos, sendo você considerado apto para participar do processo de avaliação do roteiro do vídeo. Após a sua aceitação, será entregue o roteiro do vídeo e instrumento que será utilizado para avaliação com as devidas orientações de preenchimento. Sua participação é importante e espera-se que essa pesquisa ao apresentar o vídeo como tecnologia educacional para prática de educação em saúde seja um disparador de perspectivas motivadoras/ativas para ressignificar condições vulneráveis e seja um recurso para população idosa e para o profissional de saúde. Por fim, propõe capacitar e sanar as lacunas relacionadas à inserção da escuta qualificada da pessoa idosa nos atendimentos em saúde, além de contribuir com o enriquecimento da literatura científica já disponibilizada.

Caso você aceite participar desta pesquisa será necessário responder a um formulário *online* para caracterizá-lo e um instrumento chamado Instrumento De Validação De Conteúdo Educacional Em Saúde (IVCES) para os *experts* de conteúdo e um formulário de avaliação para os *experts* de técnica; com tempo estimado de 30 minutos de maneira virtual.

Os riscos desta pesquisa são a não compreensão do preenchimento do formulário e instrumento e com o intuito de minimizar os impactos será disponibilizado contato dos pesquisadores para sanar dúvidas.

No que se refere aos riscos relacionados aos dados coletados em ambiente virtual, para resguardar o sigilo e a confidencialidade das informações do participante da pesquisa, os pesquisadores não identificarão os *experts* por nome e sim por algoritmo e após o encerramento e conclusão da coleta com os *experts* farão o *download* dos dados coletados para um dispositivo eletrônico do pesquisador responsável pelo estudo, apagando todo e qualquer registro de qualquer plataforma virtual, ambiente compartilhado ou "nuvem".

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 ou prejuízo. Você não será identificado neste estudo, 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(es):

Nome: Álvaro da Silva Santos

E-mail: alvaroenf@hotmail.com

Telefone: (34) 99905-2831

Endereço: Av. Getúlio Guaritá, nº 159, Centro Educacional ,Uberaba, MG.

Nome: Helia Morais Nomelini de Assis

E-mail: helia.assis@uftm.edu.br

Telefone: (034) 99978-4820

Endereço: Av. Getúlio Guaritá,159 - Nossa Senhora da Abadia, Uberaba, MG

Nome: Manoela de Abreu

E-mail: manuh-abreu94@hotmail.com

Telefone: (017) 98124-1209

Endereço: Av. Getúlio Guaritá,159 - Nossa Senhora da Abadia, 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 ou pelo e-mail cep@uftm.edu.br. Os Comitês de Ética em Pesquisa são colegiados criados para defender os interesses dos participantes de pesquisas, quanto à 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 e que isso não afetará o serviço que estou recebendo. Sei que meu nome não será divulgado, que não terei despesas e não receberei dinheiro para participar do estudo. Concordo em participar do estudo, Educação Permanente em Saúde e validação de roteiro de vídeo educativo acerca do acolhimento à pessoa idosa na Atenção Primária à Saúde.

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

Assinatura do participante

Assinatura do pesquisador responsável

Assinatura do pesquisador assistente

APÊNDICE I – Formulário para avaliação de técnica do roteiro do vídeo educativo

Nome: _____

Instruções: Ao analisar cuidadosamente o roteiro, responda às perguntas utilizando a legenda que mais representa o grau atingindo em cada critério.

Em cada subitem assinalar Sim ou Não, conceituando o item geral com níveis de avaliação (Ótimo; Muito Bom; Bom; Regular; Pobre), e agregar um breve comentário justificativo.

a) Conceito da ideia:

O roteiro é adequado ao objetivo do vídeo e contribui com informações pertinentes sobre o acolhimento e a escuta qualificada? () Sim () Não

A ideia auxilia aprendizagem? () Sim () Não

O roteiro é útil? () Sim () Não

O roteiro é atrativo? () Sim () Não

Avaliação da ideia: () Ótimo; () Muito Bom; () Bom; () Regular; () Pobre.

Comentário:

b) Construção dramática (abertura, conflito, desenvolvimento, clímax, final):

O ponto de partida do roteiro tem impacto? () Sim () Não

Com o desenvolvimento do roteiro o interesse cresce? () Sim () Não

O número de cenas é suficiente? () Sim () Não

O tempo de duração é suficiente? () Sim () Não

O roteiro tem apresentação agradável? () Sim () Não

Avaliação da construção dramática: () Ótimo; () Muito Bom; () Bom; () Regular; () Pobre.

Comentário:

c) Ritmo (evolução dos momentos dramáticos, tipos de cena):

Existe uma atenção crescente, com curva dramática ascendente?

O ritmo é cansativo? () Sim () Não

Há dinamismo dos ambientes? () Sim () Não

As formas de apresentação das cenas são adequadas? () Sim () Não

Avaliação do ritmo: () Ótimo; () Muito Bom; () Bom; () Regular; () Pobre.

Comentário:

d) Personagens (motivação, credibilidade, interação):

O perfil das personagens é original? () Sim () Não

Os valores das personagens têm consistência? () Sim () Não

Avaliação das personagens: () Ótimo; () Muito Bom; () Bom; () Regular; () Pobre

Comentário:

e) Potencial dramático:

É desenvolvida uma expectativa? () Sim () Não

Avaliação do potencial dramático: () Ótimo; () Muito Bom; () Bom; () Regular; () Pobre
Comentário:

f) Diálogos (tempo dramático):

Há motivação no diálogo? () Sim () Não

Há aceleração da ação até o ponto culminante do clímax da história? () Sim () Não

Avaliação: () Ótimo; () Muito Bom; () Bom; () Regular; () Pobre.
Comentário:

g) Estilo visual (estética):

Existem muitas repetições de cenário/ambiente? () Sim () Não

As imagens são adequadas? () Sim () Não

A estrutura geral é criativa? () Sim () Não

Avaliação: () Ótimo; () Muito Bom; () Bom; () Regular; () Pobre.
Comentário:

h) Público referente:

O conteúdo de interesse (acolhimento e escuta qualificada) tem relação direta com o público-alvo (idosos usuários da rede de atenção primária à saúde) () Sim () Não

Avaliação: () Ótimo; () Muito Bom; () Bom; () Regular; () Pobre.
Comentário:

i) Estimativa de produção:

Avaliação: () Ótimo; () Muito Bom; () Bom; () Regular; () Pobre.
Comentário:

j) Funcionalidade: Refere-se às funções que são previstas pelo vídeo educativo.

O vídeo, como está no roteiro, contribuirá para que os idosos compreendam o acolhimento prestado nas unidades de saúde, bem como compreender como eles podem facilitar essa ação? () Sim () Não

O vídeo é capaz de gerar resultados positivos? () Sim () Não

Recomendações:

- k) Usabilidade:** Refere-se ao esforço necessário para usar o vídeo, bem como o julgamento individual desse uso por um conjunto explícito ou implícito de usuários.
- É fácil aprender os conceitos utilizados e suas aplicações? Sim Não
- Fornecer informações de forma clara? Sim Não
- Fornecer informações de forma completa? Sim Não
- Fornecer informações sem ser cansativo? Sim Não

Recomendações:

- l) Eficiência:** Refere-se ao relacionamento entre o nível de desempenho do vídeo e a quantidade de recursos usados sob condições estabelecidas.
- O tempo proposto é adequado para que o idoso entenda o conteúdo? Sim Não
- O número de cenas está coerente com o tempo proposto para o vídeo? Sim Não
- O número e a caracterização dos personagens atendem ao objetivo proposto? Sim Não
- O discurso entre os personagens é usado de forma eficiente e compreensível ao público-alvo? Sim Não.

Recomendações:

Outras sugestões:

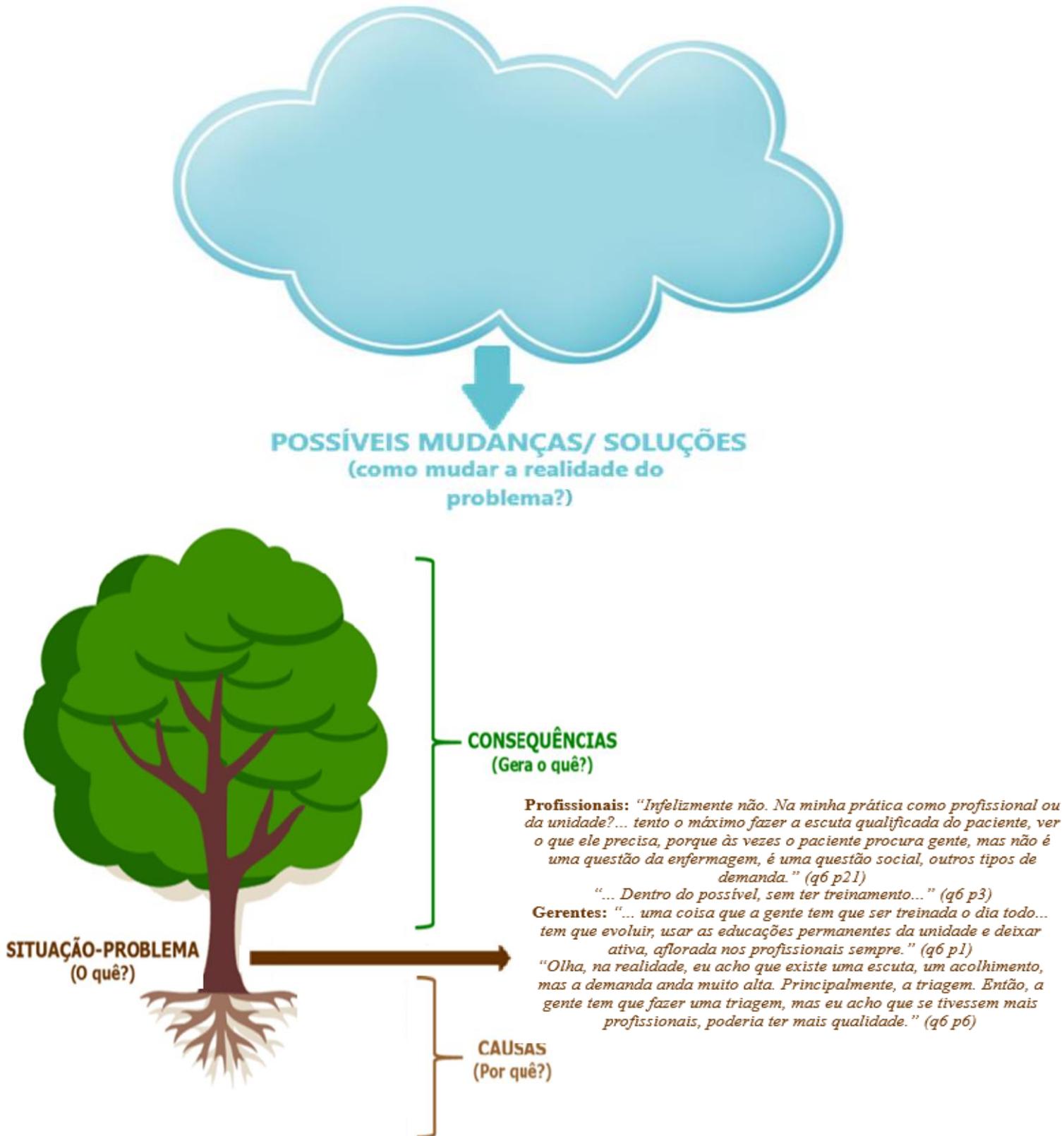
Resultado do avaliador:

- Aprovado
- Aprovado com modificações
- Reprovado

APÊNDICE J – Árvores de problemas e nuvens de soluções (ação de Educação Permanente)

Nomes:
Data:

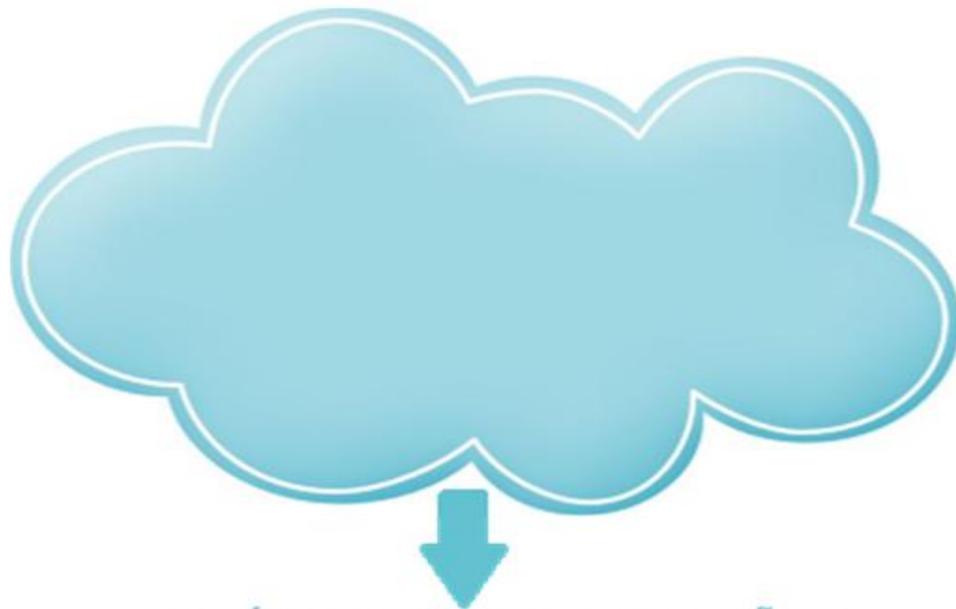
Árvore de problemas com falas sobre a ocorrência da escuta qualificada na prática profissional.



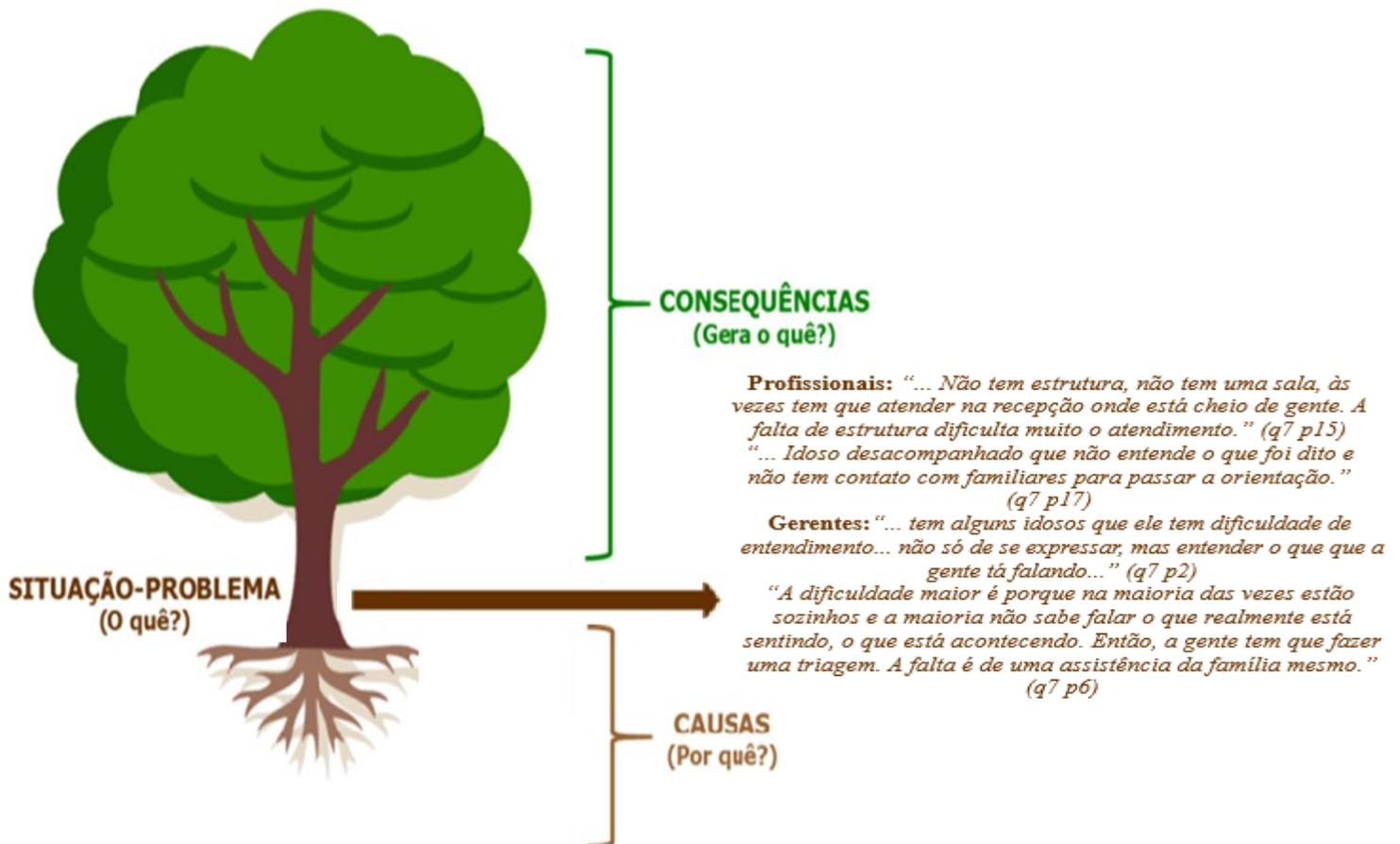
Nomes:

Data:

Árvore de problemas com falas sobre dificuldade de realizar o acolhimento.

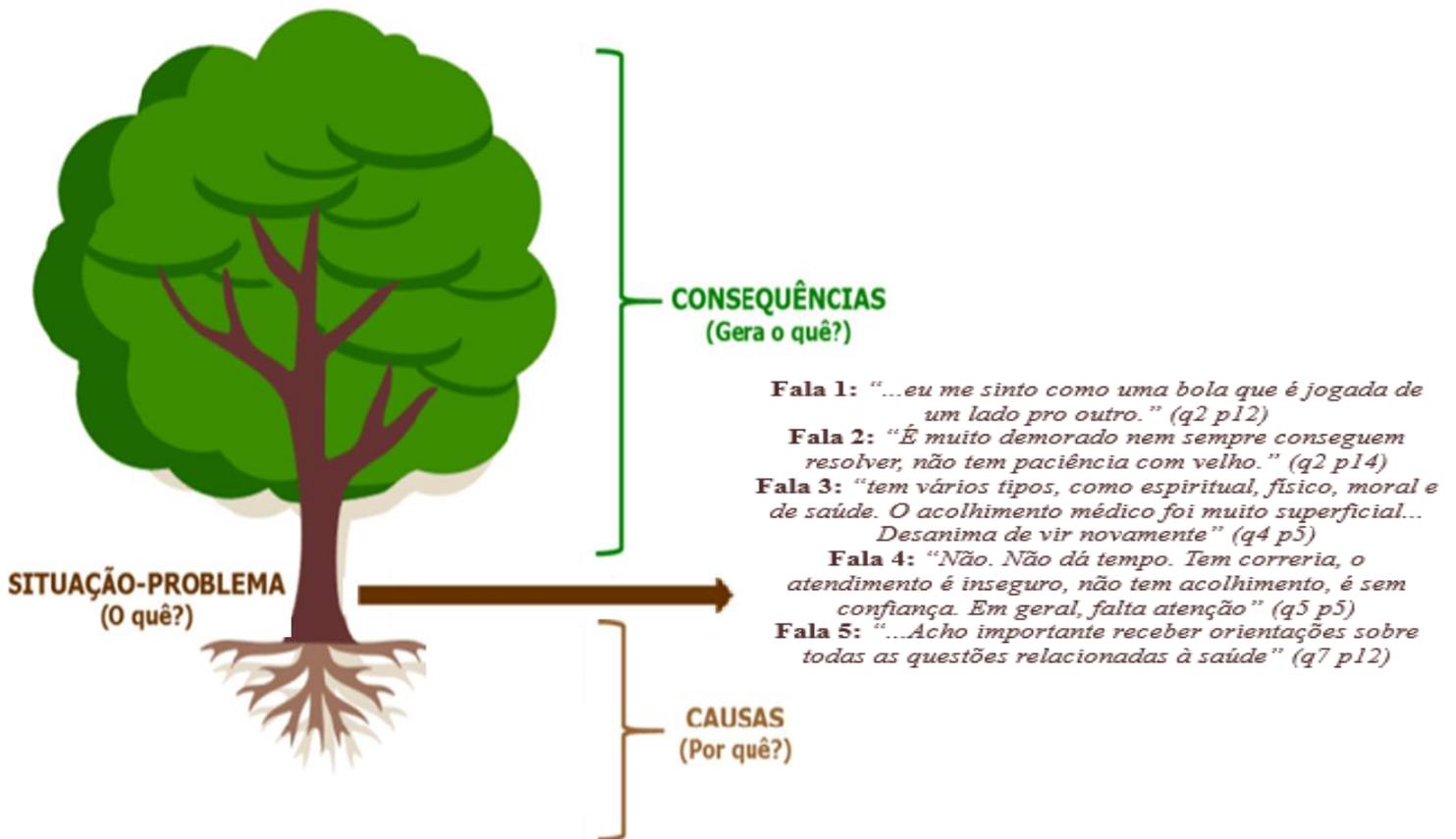


POSSÍVEIS MUDANÇAS/ SOLUÇÕES
(como mudar a realidade do problema?)



Nomes:
Data:

Árvore de problemas com falas dos idosos usuários.



ANEXOS A - Instrumento de Validação de Conteúdo Educacional em Saúde (IVCES)

Nota: Valoração dos itens: 0 discordo; 1 concordo parcialmente; 2 concordo totalmente

OBJETIVOS: propósitos, metas ou finalidades.

1. Contempla tema
2. Adequado ao processo de ensino-aprendizagem
3. Esclarece dúvidas sobre o tema abordado
4. Proporciona reflexão sobre o tema proposto
5. Incentiva mudança de comportamento

ESTRUTURA/APRESENTAÇÃO: organização, estrutura, estratégia, coerência e suficiência.

6. Linguagem adequada ao público-alvo
7. Linguagem apropriada ao material educativo
8. Linguagem interativa, permitindo envolvimento ativo no processo educativo
9. Informações corretas
10. Informações objetivas
11. Informações esclarecedoras
12. Informações necessárias
13. Sequência lógica das ideias
14. Tema atual
15. Tamanho do texto adequado

RELEVÂNCIA: significância, impacto, motivação e interesse.

16. Estimula o aprendizado
17. Contribui para o conhecimento na área
18. Desperta interesse pelo tema

Utilize o espaço abaixo para realizar sugestões ou críticas ao conteúdo relacionado ao acolhimento/escuta qualificada, a saúde do idoso e ao atendimento em redes de atenção primária à saúde:

ANEXO B – Parecer consubstanciado do CEP



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DA EMENDA

Título da Pesquisa: Escuta qualificada: acolhimento de idosos na rede de atenção primária à saúde.

Pesquisador: Álvaro da Silva Santos

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 68908623.5.0000.5154

Instituição Proponente: Universidade Federal do Triângulo Mineiro

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 6.529.593

Apresentação do Projeto:

As informações elencadas nos campos “Apresentação do Projeto”, “Objetivo da Pesquisa” e “Avaliação dos Riscos e Benefícios” foram retiradas do arquivo Informações Básicas da Pesquisa (PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_2236469_E1.pdf, de 30/10/2023) e de Outros (justificativa_emenda.pdf, de 30/10/2023).

Objetivo da Pesquisa:

Apresentar emenda.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Não se aplica.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisadores submetem emenda solicitando inclusão de pesquisador, inclusão de objetivos e ajuste no TCLE após a inclusão dos objetivos. Justificam que o pedido decorre de identificação da necessidade quando em campo coletando.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Termos de apresentação obrigatória adequados.

Recomendações:

Não há.

Endereço: Av. Getúlio Guaritá, nº 159, Casa das Comissões
Bairro: Abadia **CEP:** 38.025-440
UF: MG **Município:** UBERABA
Telefone: (34)3700-6803 **E-mail:** cep@uftm.edu.br



Continuação do Parecer: 6.529.593

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

De acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS 466/12 ou CNS 510/16 e Norma Operacional 001/2013, o Colegiado do CEP-UFTM manifesta-se pela aprovação da emenda no protocolo de pesquisa proposto.

O CEP-UFTM informa que de acordo com as orientações da CONEP, é obrigatória, a apresentação do relatório final, quando do término do estudo.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_2236469_E1.pdf	30/10/2023 22:43:36		Aceito
Outros	justificativa_emenda.pdf	30/10/2023 22:42:41	Álvaro da Silva Santos	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_juizes_Vali_quali.docx	25/10/2023 16:39:15	Álvaro da Silva Santos	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_gestores_gerentes_quali.docx	25/10/2023 16:39:08	Álvaro da Silva Santos	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_acolhimento_emenda.docx	25/10/2023 16:39:01	Álvaro da Silva Santos	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_rosto_acolhiment.pdf	18/04/2023 23:24:03	Álvaro da Silva Santos	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Declaracao_interesse.pdf	18/04/2023 16:51:53	Álvaro da Silva Santos	Aceito
Outros	roteiro_entrevista_infor_chave.docx	18/04/2023 16:51:02	Álvaro da Silva Santos	Aceito
Outros	instrumento_SAM_idosos_video.docx	18/04/2023 16:50:46	Álvaro da Silva Santos	Aceito
Outros	Instrumento_IVCES_video.docx	18/04/2023 16:50:34	Álvaro da Silva Santos	Aceito
Outros	Form_valid_tecnica_video_educativo.docx	18/04/2023 16:50:22	Álvaro da Silva Santos	Aceito
Outros	Form_Valid_MCA_juizes.docx	18/04/2023 16:49:17	Álvaro da Silva Santos	Aceito

Endereço: Av. Getúlio Guaritá, nº 159, Casa das Comissões
Bairro: Abadia **CEP:** 38.025-440
UF: MG **Município:** UBERABA
Telefone: (34)3700-6803 **E-mail:** cep@uftm.edu.br



Continuação do Parecer: 6.529.593

Outros	form_caracter_juizes_experts_video.docx	18/04/2023 16:48:56	Álvaro da Silva Santos	Aceito
Outros	carta_convite_juizes_tec_cont_video.docx	18/04/2023 16:48:35	Álvaro da Silva Santos	Aceito
Outros	Roteiro_diario_de_campo.docx	18/04/2023 16:47:38	Álvaro da Silva Santos	Aceito
Outros	questionario_profissionais_acolhimento.docx	18/04/2023 16:47:06	Álvaro da Silva Santos	Aceito
Outros	questionario_idosos_acolhimento.docx	18/04/2023 16:46:50	Álvaro da Silva Santos	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_profissional_PA.docx	18/04/2023 16:46:08	Álvaro da Silva Santos	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_juizes_ML_MCA.docx	18/04/2023 16:46:02	Álvaro da Silva Santos	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_juiz_tecnica_conteudo_video_educativo.docx	18/04/2023 16:45:56	Álvaro da Silva Santos	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_idoso_video_avaliacao.docx	18/04/2023 16:45:49	Álvaro da Silva Santos	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_idoso_PA.docx	18/04/2023 16:45:42	Álvaro da Silva Santos	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_gestores_gerentes_prof_ML_MCA.docx	18/04/2023 16:45:34	Álvaro da Silva Santos	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_acolhimento.docx	18/04/2023 16:45:22	Álvaro da Silva Santos	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: Av. Getúlio Guaritá, nº 159, Casa das Comissões
Bairro: Abadia **CEP:** 38.025-440
UF: MG **Município:** UBERABA
Telefone: (34)3700-6803 **E-mail:** cep@uftm.edu.br