

Universidade Federal do Triângulo Mineiro

Helia Morais Nomelini de Assis

Construção e Validação do Modelo Lógico: Acolhimento e Escuta Qualificada da Pessoa Idosa na
Rede de Atenção Primária à Saúde.

Uberaba/MG

2025

Helia Morais Nomelini de Assis

Construção e Validação do Modelo Lógico: Acolhimento e Escuta Qualificada da
Pessoa Idosa na Rede de Atenção Primária à Saúde.

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

Uberaba/MG

2025

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

A135c Assis, Helia Morais Nomelini de
 Construção e validação do modelo lógico: acolhimento e escuta
 qualificada da pessoa idosa na rede de atenção primária à saúde / Helia
 Morais Nomelini de Assis. -- 2025.
 150 f.: il., fig., graf., tab.

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

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

CDU 613.98

HELIA MORAIS NOMELINI DE ASSIS

**CONSTRUÇÃO E VALIDAÇÃO DO MODELO LÓGICO:
ACOLHIMENTO E ESCUTA QUALIFICADA DA PESSOA IDOSA NA
REDE DE 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 da pessoa idosa

Uberaba, 27 de fevereiro de 2025.

Banca Examinadora:

Documento assinado digitalmente
 **ALVARO DA SILVA SANTOS**
Data: 13/03/2025 12:48:50-0300
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

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

Documento assinado digitalmente
 **ANNE MARISE KOENIG**
Data: 12/03/2025 10:17:29-0300
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Prof. Dra. Profa. Dra. Anne Marise Koenig
Universidade Federal do Triângulo Mineiro

Documento assinado digitalmente
 **GUILHERME ROCHA PARDI**
Data: 13/03/2025 08:12:29-0300
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

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

Documento assinado digitalmente
 **GRASIELLE SILVEIRA TAVARES**
Data: 10/03/2025 11:06:12-0300
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Prof(a) Dr(a) Grasielle Silveira Tavares
Universidade de Brasília

Documento assinado digitalmente
 **JUDETE SILVA NUNES**
Data: 11/03/2025 05:50:04-0300
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Prof(a) Dr(a) Judete Silva Nunes
Secretaria Municipal de Saúde de Uberaba

AGRADECIMENTOS

Agradeço à vida a oportunidade de chegar até aqui. Agradeço os caminhos profissionais percorridos que me fizeram ver cada pessoa melhor e acreditar que é possível ser mesmo diante das adversidades.

Agradeço à alegria de praticar a Terapia Ocupacional durante esses 27 anos; que me fez enxergar o corpo muito além da doença/deficiência.

Agradeço a minha família, que esteve ao meu lado, apoiando e crescendo comigo nesses quatro anos, ao meu esposo **Welhington**, que incansável e amorosamente “segurou o remo”, enquanto precisei me dedicar à minha trajetória profissional e em especial as minhas filhas **Helena** e **Beatriz**, que se abdicaram muitas vezes da minha presença em um momento tão importante das suas vidas de transição para a adolescência.

Agradeço aos meus pais **César** e **Ivete** que sempre acreditaram e confiaram nas minhas escolhas.

Aos meus amigos e colegas **Élida**, **Daniel** e **Gisele** que me incentivaram a estar aqui hoje.

Agradeço, carinhosamente à minha parceira e amiga, doutoranda **Manoela**, que mesmo a distância, me ensinou, me ouviu e teve paciência com a minha lentidão tecnológica. Muito daqui aconteceu porque você sempre esteve junto.

Agradeço a todos os **discentes do Projeto Acolhimento e Escuta Qualificada da Pessoa Idosa** pelo apoio, parceria e contribuição na execução da extensão universitária.

Agradeço ao **Prof. Dr. Álvaro da Silva Santos**, que sempre apoiou essa pesquisa, valorizou cada esforço e aceitou o desafio de me orientar, depois de eu estar por muitos anos fora do contexto acadêmico.

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

Aqueles, que de alguma maneira, contribuíram para a concretização dessa tese. Em especial à **Equipe de coordenação da Atenção Básica** da Secretaria Municipal de Saúde e às **gerentes** por nos receberem e facilitarem a minha entrada e dos acadêmicos nas UMS.

Minha alegria e gratidão por finalizar mais uma etapa da minha história.

*“O que importa é ser aqui e agora, toda hora é hora, enquanto eu posso estar. Sou feliz,
alegre e forte. Tenho amor e muita sorte, aonde quer que eu vá”.*

Marisa Monte

RESUMO

Os estudos sobre a velhice têm se concentrado em ideias que abrangem a diversidade de fatores determinantes do envelhecimento, os quais influenciam a promoção da qualidade de vida, independentemente de estarem associados a uma doença crônica. O acolhimento, enquanto prática humanizadora, representa uma abordagem alternativa para a produção de saúde e se configura como uma ferramenta relacional e tecnológica, focada na escuta qualificada, na construção de vínculos, na garantia do acesso com responsabilização e na resolutividade dos serviços. Este estudo teve como objetivo elaborar e validar um modelo lógico para subsidiar a aplicabilidade do acolhimento de pessoas idosas na rede de atenção primária à saúde. Trata-se de uma pesquisa metodológica, exploratória e com abordagem qualiquantitativa, baseada na estratégia de pesquisa-ação. O estudo foi desenvolvido em Unidades Matriciais de Saúde e contou com a participação de gerentes, profissionais de saúde e juízes especialistas. As etapas incluíram a validação de instrumentos, coleta de dados com gerentes e profissionais na rede de atenção primária, para levantar o conhecimento acerca de acolhimento, ações de educação permanente e a construção, avaliação e validação de um modelo lógico. Os dados qualitativos foram observados pela análise de conteúdo de Bardin e da análise de similitude por *software* de análise de textos, enquanto os dados quantitativos foram apresentados como médias, desvios padrão e porcentagens. Para validar o Modelo Lógico, consideraram-se válidos os itens que apresentaram mais de 70% de concordância entre os participantes e um Coeficiente de Validade de Conteúdo (CVC) superior a 0,8. Os resultados apontaram para um levantamento do conhecimento de gerentes e profissionais sobre o acolhimento. A partir disso, foram realizados quatro encontros de educação permanente, os quais ampliaram a identificação e o mapeamento do acolhimento e da escuta qualificada. Adicionalmente, foi conduzida uma análise documental que destacou as principais diretrizes das políticas relacionadas ao acolhimento e à assistência à saúde do usuário idoso. A avaliação do modelo lógico demonstrou consistência, aplicabilidade e pertinência para a prática na Atenção Primária em Saúde. A diretriz Acolhimento foi escolhida como uma condição emergente nos serviços de saúde diante do contexto epidemiológico atual com o aumento da população idosa e consequentemente das condições crônicas de saúde, reforçando os princípios dos objetivos da Organização das Nações Unidas quanto à necessidade de atingir a cobertura universal de saúde; o acesso a serviços de saúde de qualidade e uma atenção mais equitativa e acessível às pessoas idosas, reduzindo as desigualdades no atendimento e suscitando nos profissionais a necessidade de mais ações de humanização no contexto da Atenção Primária em Saúde. Além disso, os resultados suscitaram questionamentos

sobre o desenvolvimento de mais intervenções voltadas às necessidades de saúde desta população, incluindo o gerenciamento das condições crônicas, a articulação de ações no território, a promoção de um envelhecimento saudável e o desenvolvimento efetivo das políticas de cuidado ao usuário idoso na rede de atenção à saúde.

Palavras-chave: Humanização da Assistência; Modelos de Assistência à Saúde; Acolhimento; Saúde da Pessoa Idosa; Atenção Primária em Saúde

ABSTRACT

Studies on aging have focused on ideas that encompass the diversity of factors determining the aging process, which influence the promotion of quality of life, regardless of their association with chronic diseases. Welcoming, as a humanizing practice, represents an alternative approach to health production and is configured as a relational and technological tool, focused on qualified listening, bond-building, ensuring access with accountability, and the resolution of services. This study aimed to develop and validate a logical model to support the applicability of elderly care in the primary healthcare network. It is a methodological, exploratory study with a qualitative-quantitative approach, based on an action research strategy. The study was conducted in Primary Healthcare Units and involved the participation of managers, healthcare professionals, and expert judges. The stages included the validation of instruments, data collection with managers and professionals in the primary healthcare network to assess knowledge about welcoming practices, continuing education actions, and the construction, evaluation, and validation of a logical model. Qualitative data were analyzed using Bardin's content analysis and text analysis software for similarity analysis, while quantitative data were presented as means, standard deviations, and percentages. To validate the Logical Model, items with more than 70% agreement among participants and a Content Validity Coefficient (CVC) greater than 0.8 were considered valid. The results highlighted the knowledge assessment of managers and professionals regarding welcoming practices. Based on this, four continuing education meetings were held, which expanded the identification and mapping of welcoming practices and qualified listening. Additionally, a documentary analysis was conducted, highlighting the main guidelines of policies related to welcoming practices and healthcare assistance for elderly users. The evaluation of the logical model demonstrated consistency, applicability, and relevance for practice in Primary Healthcare. The Welcoming guideline was chosen as an emerging condition in health services due to the current epidemiological context, with the increase in the elderly population and, consequently, chronic health conditions. This reinforces the principles of the United Nations' objectives regarding the need to achieve universal health coverage, access to quality healthcare services, and more equitable and accessible care for older adults, reducing inequalities in healthcare and prompting professionals to implement more humanizing actions in the Primary Healthcare context. Furthermore, the results raised questions about the development of more interventions aimed at meeting the healthcare needs of this population, including chronic condition management, coordination of

actions within the territory, promotion of healthy aging, and the effective development of elderly care policies within the healthcare network.

Key Words: Humanization of Assistance; Logic Model; User Embrace; Elderly Health; Primary Health Care.

RESUMEN

Los estudios sobre la vejez se han centrado en ideas que abarcan la diversidad de factores determinantes del envejecimiento, los cuales influyen en la promoción de la calidad de vida, independientemente de su asociación con enfermedades crónicas. La acogida, como práctica humanizadora, representa un enfoque alternativo para la producción de salud y se configura como una herramienta relacional y tecnológica, enfocada en la escucha calificada, la construcción de vínculos, la garantía de acceso con responsabilidad y la resolutivez de los servicios. Este estudio tuvo como objetivo elaborar y validar un modelo lógico para respaldar la aplicabilidad de la acogida de personas mayores en la red de atención primaria de salud. Se trata de una investigación metodológica, exploratoria y con un enfoque cualicuantitativo, basada en la estrategia de investigación-acción. El estudio se llevó a cabo en Unidades de Atención Primaria de Salud y contó con la participación de gerentes, profesionales de la salud y jueces especialistas. Las etapas incluyeron la validación de instrumentos, la recopilación de datos con gerentes y profesionales de la red de atención primaria para evaluar el conocimiento sobre la acogida, acciones de educación permanente y la construcción, evaluación y validación de un modelo lógico. Los datos cualitativos se analizaron mediante el análisis de contenido de Bardin y un software de análisis de textos para el análisis de similitud, mientras que los datos cuantitativos se presentaron como medias, desviaciones estándar y porcentajes. Para validar el Modelo Lógico, se consideraron válidos los ítems que presentaron más del 70% de concordancia entre los participantes y un Coeficiente de Validez de Contenido (CVC) superior a 0,8. Los resultados señalaron una evaluación del conocimiento de los gerentes y profesionales sobre la acogida. A partir de esto, se llevaron a cabo cuatro encuentros de educación permanente, que ampliaron la identificación y el mapeo de la acogida y la escucha calificada. Además, se realizó un análisis documental que destacó las principales directrices de las políticas relacionadas con la acogida y la asistencia sanitaria para las personas mayores. La evaluación del modelo lógico demostró consistencia, aplicabilidad y pertinencia para la práctica en la Atención Primaria de Salud. La directriz de Acogida fue elegida como una condición emergente en los servicios de salud debido al contexto epidemiológico actual, con el aumento de la población mayor y, en consecuencia, de las condiciones crónicas de salud. Esto refuerza los principios de los objetivos de las Naciones Unidas sobre la necesidad de alcanzar la cobertura sanitaria universal, el acceso a servicios de salud de calidad y una atención más equitativa y accesible para las personas mayores, reduciendo las desigualdades en la atención y suscitando en los profesionales la necesidad de implementar más acciones de humanización en el contexto

de la Atención Primaria de Salud. Además, los resultados plantearon interrogantes sobre el desarrollo de más intervenciones dirigidas a satisfacer las necesidades de salud de esta población, incluyendo el manejo de condiciones crónicas, la articulación de acciones en el territorio, la promoción de un envejecimiento saludable y el desarrollo efectivo de políticas de atención a las personas mayores en la red de atención de salud.

Palabras clave: Humanización de la Atención; Modelo Lógico; Acogimiento; Salud de la Persona Anciana; Atención Primaria de Salud

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1	Desenho do Estudo Metodológico para construção e validação de Modelo Lógico. Uberaba-MG, 2025.	27
Figura 2	Árvore de problemas e nuvem de soluções, apresentada aos profissionais participantes da EP. Uberaba/MG, 2025.	32
Quadro 1	Unidades Matriciais de Saúde por Distrito e inclusão ou exclusão da pesquisa. Uberaba/ MG, 2025.	41
Quadro 2	Categorias encontradas nas entrevistas com as Gerentes de UMS. Uberaba, 2025	43
Quadro 3	Categorias encontradas nas entrevistas com os profissionais. Uberaba/MG, 2025	44
Gráfico 1	Participantes de EPS por Categoria Profissional. Uberaba/MG, 2025	45
Quadro 4	Síntese dos resultados das árvores de problemas preenchidos pelos profissionais presentes nas ações de EP. Uberaba/MG, 2025.	46
Quadro 5	Documentos relacionados à Humanização, Saúde da Pessoa Idosa e Humanização, de acordo com ano, órgão público e tipo. Uberaba, 2025.	50
Figura 3	Análise de Similitude dos trechos extraídos dos documentos. Uberaba/MG, 2025	52
Figura 4	Primeira Versão do Modelo Lógico acerca do Acolhimento e Escuta Qualificada da Pessoa Idosa na Rede de Atenção Primária à Saúde. Uberaba/MG, 2025	53
Quadro 6	Itens da 1ª. Rodada modificados pela sugestão dos juízes. Uberaba MG, 2025.	57
Figura 5	2ª. Versão do Modelo Lógico acerca do Acolhimento e Escuta Qualificada da Pessoa Idosa na Rede de Atenção Primária à Saúde. Uberaba/MG, 2025.	59
Figura 6	Apresentação final do Modelo Lógico do Acolhimento e Escuta Qualificada da Pessoa Idosa na Rede de Atenção Primária à Saúde após validação. Uberaba/MG, 2025.	62

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Perfil Sóciodemográfico dos gerentes. Uberaba/MG, 2025	42
Tabela 2	Dados Sociodemográficos dos Profissionais de UMS. Uberaba/MG, 2025	44
Tabela 3	Total de trechos extraídos dos documentos para análise. Uberaba/MG, 2025	51
Tabela 4	Teste de Consistência do ML pelos Informantes-chave. Uberaba/MG, 2025	54
Tabela 5	Matriz de Motivação dos Atores na APS. Uberaba/MG, 2025	55
Tabela 6	Validação da Pertinência dos itens do ML na 1ª Rodada. Uberaba/MG, 2025	56
Tabela 7	Análise de Relevância do Conteúdo dos itens. Uberaba/MG, 2025	60

LISTA DE SIGLAS

SUS	Sistema Único de Saúde
PNH	Política Nacional de Humanização
APS	Atenção Primária à Saúde
EPS	Educação Permanente em Saúde
MS	Ministério da Saúde
ODS	Objetivos de Desenvolvimento Sustentável
AB	Atenção Básica
ML	Modelo Lógico
PA	Pesquisa-ação
UMS	Unidades Matriciais de Saúde
ESF	Estratégias Saúde da Família
UBS	Unidades Básicas de Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
ICOPE	<i>Integrated Care for Older People</i> /Atenção Integrada para Pessoas Idosas
IVC	Índice de Validade de Conteúdo
ACS	Agente Comunitário em Saúde
HIPERDIA	Programa de Hipertensão e Diabetesdo Ministério da Saúde
PNSPI	Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa
IRAMUTEQ	<i>Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires</i>
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
CNS	Conselho Nacional de Saúde

GTH

Grupo de Trabalho em Humanização

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	20
1.1	ACOLHIMENTO E SAÚDE DA PESSOA IDOSA	21
1.2	MODELO LÓGICO: CONCEITOS E APLICABILIDADE NA SAÚDE DA PESSOA IDOSA	23
2	JUSTIFICATIVA	25
3	OBJETIVOS	26
3.1	OBJETIVO GERAL	26
3.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	26
4	METODOLOGIA	27
4.1	PESQUISA AÇÃO	28
4.1.1	Identificação do Problema dentro do Contexto	29
4.1.2	Levantamento dos dados, análise e significação dos dados coletados	30
4.1.3	Ação e divulgação externa	31
4.1.3.1	<i>Educação Permanente de sensibilização sobre o tema e discussão do problema</i>	32
4.1.4	Elaboração de estratégias para possíveis mudanças/soluções	33
4.2	MODELO LÓGICO	33
4.2.1	Procedimentos Teóricos	34
4.2.2	Procedimentos Empíricos	37
4.2.3	Procedimentos Analíticos	37
4.3	ANÁLISE DOS DADOS	38
4.4	ASPECTOS ÉTICOS E LEGAIS DA PESQUISA	40
5	RESULTADOS	40
5.1	IDENTIFICAÇÃO DO PROBLEMA DENTRO DO CONTEXTO	40
5.2	LEVANTAMENTO DOS DADOS, ANÁLISE E SIGNIFICAÇÃO DOS DADOS COLETADOS	42
5.3	AÇÃO E DIVULGAÇÃO EXTERNA	45
5.3.1	Educação Permanente de sensibilização sobre o tema e discussão do problema	45

5.4	ELABORAÇÃO DE ESTRATÉGIAS PARA POSSÍVEIS MUDANÇAS/SOLUÇÕES	50
5.4.1	Construção e Validação do Modelo Lógico	50
5.4.1.1	<i>Análise Documental</i>	50
5.4.1.2	<i>Avaliação do Modelo Lógico</i>	53
5.4.1.3	<i>Validação de Conteúdo por Experts</i>	55
6	DISCUSSÃO	63
6.1	ESTRUTURA DO MODELO LÓGICO	63
6.1.1	Dimensão e Subdimensão	63
6.1.1.1	<i>Dimensão Político-Organizacional</i>	63
6.1.1.2	<i>Dimensão Técnico-Assistencial</i>	68
6.1.2	Recursos	80
6.2	PROCESSO DO MODELO LÓGICO	80
6.2.1	Ações e Produtos	80
6.3	RESULTADOS DO MODELO LÓGICO	84
6.4	FATORES DE IMPACTO	86
7	CONCLUSÃO	90
	REFERÊNCIAS	100
APÊNDICE A	RESULTADOS DA VALIDAÇÃO DOS QUESTIONÁRIOS E ROTEIRO DE DIÁRIO DE CAMPO DE ACORDO COM TORLIG,2022.	104
APÊNDICE B	DIÁRIO DE CAMPO	107
APÊNDICE C	TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO - TCLE GERENTES	109
APÊNDICE D	ROTEIRO DE QUESTIONÁRIO SEMIESTRUTURADO GERENTES E PROFISSIONAIS	112
APÊNDICE E	TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO - TCLE PROFISSIONAIS	114
APÊNDICE F	RESULTADO DA ENTREVISTA REALIZADA COM USUÁRIOS IDOSOS NO PROJETO DE EXTENSÃO	117

APÊNDICE G	ÁRVORES DE PROBLEMAS DE ACORDO COM A TEMÁTICA DE PESQUISA	122
APÊNDICE H	QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DA EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE	125
APÊNDICE I	TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - TCLE JUÍZES ESPECIALISTAS	127
APÊNDICE J	CATEGORIAS COM TRECHOS DAS ENTREVISTAS COM AS GERENTES.	130
APÊNDICE K	CATEGORIAS COM TRECHOS DAS ENTREVISTAS COM PROFISSIONAIS.	135
APÊNDICE L	RELATÓRIO ATIVIDADE DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE.	140
APÊNDICE M	CATEGORIAS POR BINÔMIOS DA ANÁLISE DOCUMENTAL	145
APÊNDICE N	QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DO MODELO LÓGICO.	150
APÊNDICE O	QUESTIONÁRIO DE VALIDAÇÃO DE CONTEÚDO POR JUÍZES ESPECIALISTAS - 1ª RODADA	150
APÊNDICE P	QUESTIONÁRIO DE VALIDAÇÃO DE CONTEÚDO POR JUÍZES ESPECIALISTAS - 2ª RODADA	150

1. INTRODUÇÃO

Grandes mudanças aconteceram em todos os campos da sociedade e do conhecimento no século XX e no âmbito das condições da saúde da população não foi diferente. De acordo com a teoria da transição epidemiológica, as mudanças nos padrões de causas de hospitalizações e mortalidade da população idosa e a prevalência de doenças crônicas nesse grupo etário se tornaram um dos principais desafios relativos à saúde (Romero; Maia, 2022).

Em 2022, a Lei nº 14.423 foi alterada modificando oficialmente o nome do Estatuto do Idoso para Estatuto da Pessoa Idosa, refletindo uma terminologia mais inclusiva e respeitosa (Brasil, 2022). A utilização do termo pessoa idosa em substituição a expressões como "terceira idade" e "velhice", reflete um esforço contínuo de promoção do envelhecimento ativo e saudável, garantindo mais dignidade e reconhecimento aos direitos dessa parcela da população (Organização das Nações Unidas, 2020). O envelhecimento da população na América Latina é um dos mais rápidos no mundo e até o ano de 2050 um entre quatro latino-americanos terá mais de 60 anos (Zen *et al.*, 2018; Organização das Nações Unidas, 2020).

A população idosa apresenta uma complexidade das necessidades de saúde que exige dos serviços uma resposta adequada às múltiplas demandas. Toda mudança requer a quebra de um paradigma que abrange uma dinâmica cultural, não só entre os gestores, gerentes e profissionais, mas também entre os usuários dos serviços de saúde (Schenker; Costa, 2019).

As questões intrínsecas ao envelhecimento, principalmente aquelas relacionadas às condições de saúde, devem ser consideradas em todo planejamento e intervenções de programas e políticas públicas (Romero; Maia, 2022). Os serviços de saúde precisam, cada vez mais, responder de forma eficaz às diversas necessidades da população idosa, por meio de ações que estabeleçam padrões assistenciais eficientes e promovam uma prática comprometida com a qualidade de saúde e de vida destas pessoas e de seus familiares (Silva *et al.*, 2021).

Ao longo das últimas décadas, verifica-se que o Estado vem elaborando programas e políticas públicas com vistas a promover maior qualidade de vida para as pessoas idosas, entre elas a Política Nacional de Humanização (PNH). A PNH surge como apoio ao Sistema Único de Saúde (SUS) e abarca iniciativas como a construção de uma nova cultura no atendimento baseada, principalmente, em um melhor relacionamento entre os envolvidos nas práticas de promoção da saúde, como também para os usuários do serviço (Brasil, 2013).

Os princípios da transversalidade, da indissociabilidade entre atenção e gestão, e também pelo princípio do protagonismo, corresponsabilidade e autonomia dos sujeitos e coletivos orientam as PNH (Brasil, 2013). Por isso as diretrizes de humanização precisam estar inseridas em todas as políticas e programas do SUS, norteando as práticas de gestão, promovendo a valorização dos diversos sujeitos envolvidos no processo de saúde (Santos, 2019).

As discussões da ONU para agenda 2030, tratando-se dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) apresentam, no objetivo ODS - 3 a importância de assegurar uma vida saudável e promover o bem-estar para todas e todos, em todas as idades e no ODS - 10, a necessidade de reduzir as desigualdades para garantir a inclusão social e econômica de todas as pessoas, independentemente da idade. O desenvolvimento de políticas e práticas voltadas para o envelhecimento ativo e saudável são fundamentais para o alcance das metas dos objetivos globais, garantindo que a população idosa tenha acesso a cuidados adequados e oportunidades de participação na sociedade (Organização das Nações Unidas, 2015).

Compreender a multidimensionalidade do envelhecimento; a forma como a pessoa idosa vivencia cada etapa da vida e as vulnerabilidades sociais que cercam esse grupo é essencial para que os profissionais de saúde identifiquem as necessidades e desenvolvam estratégias eficazes de acolhimento nas políticas assistenciais à população idosa (Marins *et al.*, 2022).

1.1. ACOLHIMENTO E SAÚDE DA PESSOA IDOSA

Os estudos sobre a velhice, no século XXI, têm focado sua atenção em ideias e pensamentos que englobam a diversidade dos fatores determinantes do envelhecimento que promovem a qualidade de vida, regulando ou não esse construto a uma doença crônica (Romero; Maia, 2022).

O envelhecimento provoca uma diminuição da funcionalidade de maneira progressiva, tornando a pessoa mais suscetível a adquirir doenças, e com o envelhecimento observa-se também um aumento das doenças crônicas não transmissíveis, bem como um aumento da demanda pelos serviços de saúde, principalmente na Atenção Básica (Bastos *et al.*, 2022). Envelhecer com saúde e qualidade de vida incorpora o fato de se ter autonomia, como forma de garantir direitos e participação na vida social; tal autonomia torna-se muito significativa,

uma vez que sua perda impacta negativamente na autoestima, agravando o quadro de saúde da pessoa (Camargo; Telles; Souza, 2018).

As experiências vividas e saberes acumulados ao longo da vida oferecem oportunidades para a realização de projetos e relações bem sucedidas com o mundo, enquanto a definição do envelhecimento como uma fase marcada pela finitude e perdas significativas marginaliza as pessoas, que buscam significados e sentidos únicos para sua existência (Goldenberg, 2015).

A Política Nacional de Humanização (PNH) foi implantada pelo Ministério da Saúde em 2003. Ela tem como princípios teóricos metodológicos: a transversalidade, a inseparabilidade entre atenção e gestão e o protagonismo dos sujeitos e coletivos (Brasil, 2010). A humanização deve estar adida às práticas dos serviços de saúde, em busca da construção de propostas capazes de assegurar a gestão da saúde.

A assistência concedida aos usuários, seja de forma individual ou coletiva, o tratamento de forma mais humana, o respeito e educação, buscando a valorização da individualidade de cada pessoa, são características da humanização (Bastos *et al.*, 2022). É um termo relativamente novo, porém frequentemente discutido nos serviços de saúde, que busca resgatar e cultivar valores éticos nos serviços de saúde. O cuidado empregado de modo humanizado trata o usuário idoso em sua multidimensionalidade, desenvolve os múltiplos aspectos do contexto de vida da pessoa e promove um atendimento integral (Bastos *et al.*, 2022).

Dentre as diretrizes da PNH, está o acolhimento. Esta diretriz 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 se constitui uma ferramenta tecnológica relacional de intervenção baseada na escuta, na construção de vínculo, na garantia do acesso com responsabilização e na resolutividade dos serviços (Brasil, 2013).

Em 2015, o Relatório Mundial sobre Envelhecimento e Saúde definiu, como plano para a promoção do envelhecimento saudável, ajudar as pessoas a se desenvolver e manter a habilidade funcional, proporcionando o bem estar; já a OMS, em 2017, publicou o *Integrated Care for Older People*/Atenção Integrada para Pessoas Idosas (ICOPE) com recomendações de ações; mas já reconhecia que suas metas dificilmente seriam alcançadas sem ações e adaptações estruturais e sociais e sem considerar o envelhecimento saudável como o paradigma norteador (World Health Organization, 2019).

Portanto, a adoção de medidas de acolhimento que favoreçam uma comunicação eficaz e uma escuta atenta pode facilitar a compreensão das necessidades relacionadas ao envelhecimento, além de promover um atendimento mais humanizado na atenção primária. Isso possibilita uma prática mais autêntica e menos mecanizada no cumprimento das rotinas dos serviços de saúde voltados ao cuidado da população idosa (Menezes *et al.*, 2020).

O estudo de Silva e Romano (2015) identificou que o acolhimento está centrado no Agente Comunitário de Saúde (ACS), com um pequeno envolvimento de outros profissionais de nível superior da equipe, os quais respondem à demanda de forma pontual. Já Alves *et al.* (2014) mostrou que menos da metade dos profissionais (46,3%) estão capacitados para realizar o acolhimento. O estudo de Coutinho, Barbieri e Santos (2015) destaca como barreiras do acolhimento problemas éticos, tais como a falta de privacidade e sigilo nas interações entre profissional e usuário, de postura para a escuta e comprometimento, de comunicação e de impessoalidade na relação, além da dificuldade de acesso a atendimento especializado e da falta de respeito e despreparo dos profissionais.

Uma política de acolhimento deve funcionar, não só pelo estabelecimento de diretrizes de organização do processo de trabalho, mas, sim, como estratégia de reorganização de serviços com uma visão acolhedora, eficiente e resolutiva (Bastos *et al.*, 2022).

1.2. MODELO LÓGICO: CONCEITOS E APLICABILIDADE NA SAÚDE DA PESSOA IDOSA

O modelo lógico (ML), ou estrutura lógica, é uma abordagem metodológica que integra a descrição das ideias, das hipóteses e das expectativas que formam a estrutura do projeto e o funcionamento esperado de um programa (Balbim *et al.*, 2013). A utilização do modelo lógico iniciou-se no final dos anos 1960, mas aumentou a partir dos anos 2000 devido à ênfase na gestão de resultados e na medição de desempenho (McLaughlin; Jordan, 2010).

O ML simplifica a compreensão e a administração de programas ao utilizar uma representação visual, como um diagrama que ilustra o funcionamento de um programa, incluindo atividades, resultados e impactos tanto intermediários quanto de longo prazo. Essa representação lógica do programa tem como objetivo demonstrar o resultado desejado para um problema específico ou uma ação determinada (NSW, 2017; Hawkins *et al.*, 2020).

Com base no Programa Saúde na Hora, Sambuichi *et al.* (2019) observou aspectos positivos quanto ao desenvolvimento do modelo lógico, para gerar resultados e impactos na

promoção da universalidade e equidade no acesso à Atenção Primária em Saúde, permitindo ao trabalhador ter acesso aos serviços de saúde em horários alternativos.

A utilização do ML propõe que recursos adequados podem ser transformados em ações necessárias para grupos específicos dentro de um contexto e seu desenvolvimento contribui para a ampliação do debate, para o fortalecimento na implementação de programas/políticas e também para a aprendizagem dos envolvidos, sejam eles pesquisadores, gestores, profissionais ou usuários da intervenção; abrindo oportunidade para o diálogo entre a teoria e crítica quanto às convicções, experiências e conhecimento dos envolvidos (Brousselle *et al.*, 2021; Cassiolato; Gueresi, 2010).

Ferreira *et al.* (2020) apresenta a construção coletiva das ideias e percepções dos atores com diferentes inserções na área de estudo, distribuídos entre gestão, ensino e pesquisa, serviço e controle social, desenvolvendo um modelo lógico.

Para além do pressuposto de programas com enfoque no adoecimento, é emergente a busca de estratégias que atendam também às demandas intrínsecas da população idosa (Romero; Maia, 2022). Ressalta-se a importância de intervenções pautadas na escuta, permitindo que os profissionais de saúde considerem as necessidades do usuário idoso através de medidas em saúde eficazes, ou seja, que apresentem soluções e resolubilidade.

O ML CORALS, desenvolvido por Tan (2021), em Singapura, desempenha um papel crítico, erradicando uma visão preconceituosa e estereotipada das Instituições de Longa Permanência para Pessoas Idosas (ILPI); garantindo melhor emissão de relatórios e comunicação de incidentes para minimizar erros e melhorar a qualidade do atendimento na organização da saúde; e ainda, melhora a acessibilidade e o acesso a propostas de qualidade, dentro da área de envelhecimento nos serviços de saúde.

Outro ML, o I – ACT, do Reino Unido, propõe a melhoria do acesso da pessoa idosa à atenção primária (Ford *et al.*, 2019). A acessibilidade em saúde ainda é um desafio, já que as barreiras geográficas são importantes obstáculos para a população, verificando-se que as unidades de atenção à saúde foram capazes de projetar e implementar com sucesso suas próprias mudanças de serviço. O ML facilitou abordagens para soluções mais sensíveis ao contexto e facilitou uma maior compreensão teórica do problema e da intervenção.

Dentro dos elementos do modelo lógico, estão delineadas as atividades necessárias para a implementação de seus componentes ou dimensões, os recursos exigidos para a execução

dessas atividades, os produtos esperados e os resultados intermediários e finais, que influenciarão a situação de saúde da população-alvo da intervenção (Azevedo *et al.*, 2024).

Em termos ideais, o desenvolvimento do modelo lógico envolve as partes interessadas, orientando durante o desenvolvimento de um programa e o planejamento da avaliação, além de possibilitar a identificação e ponderação das diferenças e prioridades das partes interessadas abrindo uma oportunidade para o diálogo entre a teoria e sua crítica a respeito de convicções, experiências e conhecimento.

2. JUSTIFICATIVA

Para que ocorram mudanças na assistência, é preciso provocar discussões e transformações na capacitação da força de trabalho das equipes de saúde (Lima *et al.*, 2018). Partindo-se de um conceito de envelhecimento saudável como enfoque para os cuidados de saúde, esta proposta sugere a utilização do Modelo Lógico (ML) como ferramenta que poderá favorecer a aplicação e o aumento do conhecimento sobre estratégias eficazes de implementação de diretrizes de humanização para reduzir a lacuna entre a evidência científica e a prática clínica na saúde da população idosa.

A escuta cuidadosa da experiência das partes interessadas sobre os entraves da assistência humanizada à pessoa idosa na rede de Atenção Primária em Saúde, utilizando a modelagem de programas, possibilitará a construção e validação das múltiplas estratégias de cuidado, aumentando a eficácia da assistência em saúde a partir do acolhimento.

O acolhimento do usuário na rede de serviços é elemento essencial para a qualificação da assistência no SUS. Considerado como uma tecnologia leve, por sua característica de meio ou atividade para modificar um ambiente, espera-se que o acolhimento possibilite um acesso integral, resolutivo, acessível e justo à assistência de saúde (Lopes *et al.*, 2021). Ainda assim, considera-se como um grande desafio na estruturação do cuidado integral e na gestão dos serviços de saúde (Queiroz *et al.*, 2021).

É notória a necessidade de mudança nas abordagens de atenção à saúde relacionadas à saúde da pessoa idosa. As abordagens convencionais estão concentradas em condições médicas, diagnóstico e manejo, tendendo a ignorar as dificuldades e as perdas da capacidade intrínseca e a funcionalidade muito comuns no envelhecimento (World Health Organization, 2019). A APS repete o modelo biomédico, não amplia um olhar para práticas mais humanizadas e muitas

vezes apresenta baixa resolutividade no cuidado prestado ao usuário idoso (Martins; David, 2019).

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).

A compreensão dos profissionais de saúde em relação às políticas de saúde, tais como a Política Nacional de Humanização e a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, desmistificando seu caráter demagógico, pode favorecer ações de promoção, prevenção, assistência e reabilitação em saúde impactando positivamente no processo de senescência e senilidade (Bastos *et al.*, 2022).

Este estudo partiu do pressuposto de que as ações de acolhimento na atenção primária à saúde são insuficientes e um Modelo Lógico pode, através da sua estrutura, atender a proposta do acolhimento de redirecionar as ações de saúde e de qualificar o sistema. O acolhimento é uma ferramenta a ser construída e atualizada diante da necessidade de cada serviço, estabelecendo um espaço privilegiado de diálogo entre gestores, profissionais e usuários.

3. OBJETIVOS

3.1. OBJETIVO GERAL: Elaborar e validar um modelo lógico que subsidie a aplicabilidade do acolhimento da pessoa idosa na rede de atenção primária à saúde.

3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Levantar o conhecimento de gerentes e profissionais de saúde acerca do acolhimento;
- Identificar e mapear o acolhimento em saúde do usuário idoso ofertado na Atenção Primária à Saúde;

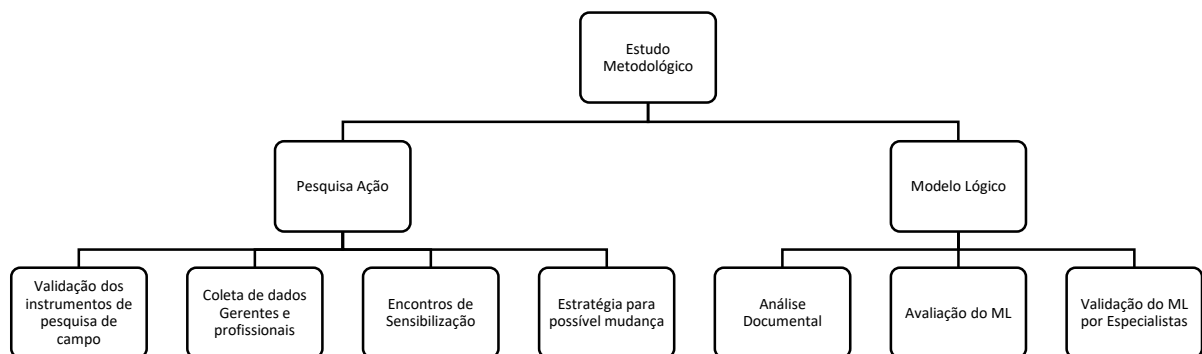
- Construir e validar um Modelo Lógico de acolhimento da pessoa idosa na rede de atenção primária à saúde, elencando os principais elementos e suas relações causais.

4. METODOLOGIA

Este é um estudo, metodológico, qualiquantitativo, exploratório, com foco no acolhimento de usuários idosos na atenção primária à saúde do município de Uberaba – MG, de janeiro de 2023 a novembro de 2024. Os estudos metodológicos buscam elaborar novos instrumentos ou ferramentas, estruturando a utilização de tecnologias, sejam elas leves, duras ou leve-duras, com o intuito de produzir protocolos assistenciais bem como traduzir, validar e/ou adaptar instrumentos já existentes nos múltiplos contextos (Costa *et al.*, 2018).

Para o desenvolvimento da pesquisa percorreram-se as seguintes etapas: Validação dos instrumentos da pesquisa de campo; Coleta de dados com gerentes e profissionais na rede de atenção primária para levantar o conhecimento acerca de acolhimento além de identificar e mapear o acolhimento em saúde ofertado na APS; Construção, avaliação e validação do Modelo Lógico e ações de Educação Permanente para profissionais da rede sobre a temática (FIGURA 1).

Figura 1. Desenho do Estudo Metodológico para construção e validação de Modelo Lógico. Uberaba-MG, 2025.



Fonte: elaborado pelos autores, 2025.

4.1. PESQUISA – AÇÃO

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

Para levantar o conhecimento de profissionais de saúde e gerentes acerca do acolhimento; compreender o acolhimento sob a perspectiva dos profissionais e usuários da APS no município de Uberaba MG e construir o Modelo Lógico, foi desenvolvida uma pesquisa com delineamento de abordagem quali-quantitativa, pela estratégia metodológica pesquisa-ação (PA).

A PA é uma estratégia metodológica que possibilita que pesquisadores e participantes envolvidos na pesquisa discutam e reflitam sobre seus próprios problemas para encontrar soluções, garantindo que os envolvidos pela identificação de uma situação-problema, mobilizem conhecimentos e experiências (teoria e prática) para transformar uma realidade no seu próprio ambiente (Corrêa *et al.*, 2018).

Os serviços de saúde do município de Uberaba se organizam em três distritos sanitários, tendo como porta de entrada dos usuários na rede de saúde as Unidades Básicas de Saúde (UBS), as Estratégias Saúde da Família (ESF), as Unidades Matriciais de Saúde (UMS). As UBS tradicionais oferecem atendimento médico e odontológico, em alguns casos multiprofissional (psicologia e fisioterapia) com horário de atendimento das 7:00 às 17:00 horas. As ESF estão organizadas para o atendimento de demandas de saúde básicas e de menor complexidade. Os atendimentos são realizados na sede da UMS e na residência do usuário. O horário de funcionamento é das 7:00 às 17:00 horas.

As UMS se caracterizam por oferecerem atendimento básico (equipe de Saúde da Família) e também atendimento nas áreas de ginecologia, pediatria, clínica geral, psicologia, odontologia e, em alguns casos fisioterapia e nutrição, além de constituírem apoio para as ESF de sua área de abrangência; funcionam como unidade mista. O horário de funcionamento é das 7:00 às 22:00 horas. Existem, atualmente, nove UMS organizadas dentro dos distritos de saúde do município. As UMS foram escolhidas uma vez que deveriam ter sala de acolhimento, por

terem horário de atendimento estendido, por serem ponto de apoio de duas a três ESF, por oferecer atendimento multiprofissional e por estarem na área urbana.

A estratégia metodológica de Thiollent (2022) foi norteadora desta pesquisa, cujo processo é bastante flexível, na qual na PA são estabelecidos o ponto de partida e o ponto de chegada e, dentro deste intervalo existe uma multiplicidade de caminhos considerados pelos pesquisadores diante das circunstâncias, a saber:

4.1.1. Identificação do Problema dentro do Contexto

Esta fase do processo de pesquisa ação possui dois aspectos relevantes, o primeiro diz respeito ao diagnóstico da situação e das necessidades dos atores, e o segundo que diz respeito a divulgar as propostas e obter o comprometimento dos participantes e interessados (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. Após as reuniões com a equipe coordenadora da Atenção Básica e aprovação da pesquisa pela SMS foi indicada pela gestão municipal uma UMS, para o desenvolvimento da validação dos instrumentos.

Utilizou-se a Vali-Quali, de Torlig *et al.* (2022), que 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. Neste método, o formulário de validação do roteiro, deve ser submetido para três *experts* no assunto (especialista prático; especialista teórico; especialista metodológico). Os instrumentos desta pesquisa incluíram o Roteiro de Diário de Campo e os Questionários Semiestruturados que foram validados por essa técnica.

O método de validação utilizado consiste em apresentar aos juízes 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).

Assim, os juízes 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 dos instrumentos seguiu todas as etapas e os resultados estão apresentados em apêndice (APÊNDICE A).

Diante da metodologia de pesquisa e o roteiro proposto, baseado em sua flexibilidade, os pesquisadores, após as reuniões de apresentação com as partes interessadas e entrevistas com os gerentes de UMS, fizeram uma pesquisa observacional em visitas realizadas às UMS, onde foram realizados diários de campo.

Os estudos exploratórios com direção qualitativa desenvolvidas na antropologia, na psicologia e em outras áreas de conhecimento, vêm frequentemente recorrendo-se à diários de campo como ferramenta metodológica para registro e posterior análise da experiência do pesquisador e dos participantes (Kroeff; Gavillon; Ramm, 2020).

Pela compreensão da descrição dos processos observados e as impressões do pesquisador, de acordo com Kroeff; Gavillon; Ramm (2020), a escrita dos diários de campo pode abarcar registros que permitam acompanhar a atenção do pesquisador em relação aos fenômenos estudados.

Na presente pesquisa foi observado o funcionamento das UMS no que se refere ao acolhimento à população idosa. A observação aconteceu a partir de um roteiro que norteou o diário de campo (APÊNDICE B).

4.1.2. Levantamento dos dados, análise e significação dos dados coletados

Nessa fase, os dados são coletados por meio da técnica escolhida, e direcionada a identificar os perfis dos participantes, mapear o campo e levantar as demandas iniciais relativas à situação problema (Nobrega *et al.*, 2019).

A pesquisa foi realizada de maneira presencial, em período acordado com os gerentes nas instalações de domínio da Secretaria de Saúde de Uberaba. Participaram desta etapa as UMS cujos gerentes acordaram a participação na pesquisa.

Após a apresentação e aprovação do projeto pela Secretaria Municipal de Saúde, os pesquisadores fizeram contato com todos os gerentes da UMS. Os informantes-chave, gerentes das UMS, foram convidados mediante a apresentação, explicação e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE C) a participar da pesquisa nesta primeira etapa e a *posteriori* na etapa de avaliação do Modelo Lógico.

Como afirmam Kroeff; Gavillon; Ramm (2020), a pesquisa participativa gera formas de organização dos coletivos e compreende seus posicionamentos em relação à produção de experiências de vida, dentro do contexto, os gerentes que responderam ao convite dos pesquisadores, assim como as UMS das quais eram responsáveis fizeram parte da pesquisa.

A coleta de dados foi realizada a partir da aplicação de um questionário (APÊNDICE D) que continha duas partes: primeiro os dados sociodemográficos; e segundo, sete questões relacionadas à humanização nos serviços de saúde orientado pela metodologia Vali-Qual (Torlig *et al*, 2022).

Os profissionais da saúde foram recrutados presencialmente das Unidades Matriciais de Saúde (UMS) do município de Uberaba/Minas Gerais, após a leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE E) aconteceu a abordagem dos indivíduos.

A análise e diagnóstico da estrutura atual de acolhimento nas Unidades Matriciais de Saúde foi realizada através de questionários semiestruturados validados com os profissionais (APÊNDICE D) sendo a 1ª parte do questionário com dados sociodemográficos e a segunda parte com vistas a identificar as situações-problemas acerca do acolhimento e da escuta qualificada no atendimento à saúde de pessoas idosas.

Além das entrevistas acima descritas, os usuários idosos das seis UMS visitadas foram entrevistados. Os resultados encontram-se em APÊNDICE F.

4.1.3. Ação e divulgação externa

Essa etapa visa implementar a mudança planejada, considerada pelos participantes como o principal problema a ser enfrentado. Também inclui a análise dos resultados obtidos e a divulgação externa, garantindo o retorno das conclusões da pesquisa aos participantes (Leite; Lemos, 2022).

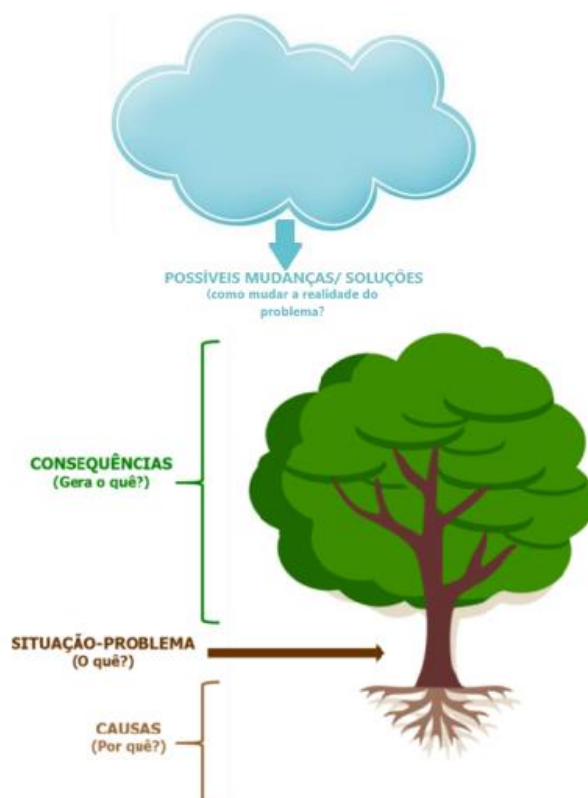
Na pesquisa-ação os participantes são levados a reconhecer uma situação ou problemas apresentados, a partir da busca de explicações e da busca de soluções (ação), gerando uma lista de temas que são ponderados de acordo com sua relevância pelos participantes. Concomitante a esse trabalho os especialistas estabelecem a sua própria temática relativa ao mesmo problema ou assunto, com indicação de sua ponderação (Thiollent, 2022). Aqui neste caso foram utilizadas oficinas de sensibilização que aconteceram concomitantes à fase de validação do Modelo Lógico.

4.1.3.1. Educação Permanente de sensibilização sobre o tema e discussão do problema

Nesta etapa da pesquisa ocorreram encontros com as equipes de saúde da atenção primária, convidados para discussão do tema de pesquisa.

Para esta atividade foi utilizada a metodologia “árvore de problemas” (**Figura 2**). Tal estratégia pretende desenvolver a análise de problemas pela identificação das causas e efeitos relativos a um problema central. De acordo com Camargo; Daros (2018) utiliza-se de uma representação gráfica da situação ou problema (tronco), das causas (raízes) e dos efeitos (galhos e folhas), dentro dessa estrutura é possível desenvolver as competências de Análise crítica do problema; Associação e desenvolvimento de idéias; Trabalho em equipe; Reflexão e tomada de decisão.

Figura 2. Árvore de problemas e nuvem de soluções apresentadas aos profissionais participantes da EP. Uberaba/MG, 2025.



Fonte: Camargo; Daros, 2018.

Os grupos de trabalho se deram com no mínimo três e no máximo cinco participantes, que recebiam como atividade a discussão de um problema. O problema central (ou situação) foi pré estabelecido pelos pesquisadores e distribuído para que os grupos o analisassem segundo

a árvore de problemas, elencando as causas, os efeitos e possíveis soluções a partir da sua vivência na prática assistencial a pessoas idosas na APS (APÊNDICE G).

Dentro da concepção da pesquisa-ação, o participante comum tem conhecimento dos problemas e situações a respeito do problema de investigação, por isso o entendimento da relação entre saber formal e saber informal busca melhorar a comunicação entre pesquisadores e participantes (Thiollent, 2022).

Após os encontros, os participantes responderam a um breve questionário (APÊNDICE H) avaliando a estratégia no sentido de retornar aos pesquisadores sobre a situação e suas realidades.

Esta pesquisa não foi baseada em critérios numéricos ou amostragem para assegurar representatividade, mas, sim, dirigiu-se a compreender, aprender e apreender a temática investigada a partir dos diferentes atores que contribuem com a prática e a consolidação do acolhimento da pessoa idosa na APS.

4.1.4. Elaboração de estratégias para possíveis mudanças/soluções

Nesta fase divide-se o problema de pesquisa em um conjunto de ações que visem a solução do problema diagnosticado e as ações planejadas antecipadamente serão executadas (Barbosa; Marinho; Moura, 2021). A ação, essencial para resolver um problema, varia conforme o campo e a problemática, podendo ser educativa, comunicativa, técnica, política ou cultural, sendo fundamental considerar o contexto sociocultural onde será executada (Thiollent, 2022).

Portanto, para a elaboração do Modelo Lógico foi realizado um estudo metodológico, que em si, refere-se às investigações, organização e análise dos dados, elaboração, validação e avaliação dos instrumentos e técnicas de pesquisa, para predispor e alcançar um instrumento confiável, preciso, utilizável e replicável para outros pesquisadores (Polit; Beck, 2019).

4.2. MODELO LÓGICO

O Modelo Lógico tem origens conceituais e metodológicos em uma abordagem de análise de políticas públicas e o seu desenvolvimento envolve as partes interessadas, além de possibilitar a identificação e ponderação das diferenças e prioridades das partes interessadas

abrindo uma oportunidade para o diálogo entre a teoria e sua crítica a respeito de convicções, experiências e conhecimento (Cassiolato; Gueresi, 2010).

O referencial metodológico adaptado da Psicometria de Pasquali *et al.* (2010) norteou a pesquisa, baseada nas três etapas: procedimentos teóricos, para identificar os conteúdos que compuseram o modelo lógico; procedimentos empíricos, quando foi desenvolvida a matriz de critérios de validação do modelo e seleção dos *experts* na área; e procedimentos analíticos, quando a validação foi analisada, por meio da técnica Delphi, de modo a confirmar ou refutar a validação de conteúdo da matriz de critérios proposta.

4.2.1. Procedimentos Teóricos

O Modelo Lógico oferece benefícios como a ampliação do debate, o fortalecimento na implementação de políticas e o enriquecimento do aprendizado dos atores envolvidos, incluindo pesquisadores, gestores, profissionais e usuários da intervenção (Ferreira *et al.*, 2020). Destarte, uma pesquisa documental, descritiva, de abordagem qualitativa foi realizada.

Os dados foram coletados a partir da pesquisa nos seguintes documentos: *Política Nacional de Humanização da Atenção e da Gestão do SUS (PNH/HumanizaSUS)*, Ministério da Saúde de março de 2003; *Portaria nº 2.528 de 19 de outubro de 2006 que aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa*; *Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017 que aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da atenção básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)*; *Programa de Atenção Integrada para a Pessoa Idosa (ICOPE) OMS/OPAS, 2019*; *Lei No 10.741, de 1º de outubro de 2003 que dispõe sobre o Estatuto da Pessoa Idosa e dá outras providências*; *Acolhimento nas práticas de produção de saúde do Ministério da Saúde, 2010*; *Resolução SES Nº 1583, de 19 de setembro de 2008 que Institui e estabelece as normas gerais do Programa Mais Vida – Rede de Atenção à Saúde do Idoso de Minas Gerais, e dá outras providências*.

As etapas de identificação, seleção e elegibilidade foram norteadoras da coleta de dados. Foram identificados os principais documentos relacionados à pergunta de pesquisa. O acesso aos documentos oficiais permitiu realizar a seleção dos elegíveis para esta pesquisa. Por fim, na fase de elegibilidade, foram identificados os documentos que tratavam da atenção básica de saúde, humanização e saúde da pessoa idosa. Para a organização dos dados, criou-se uma matriz de análise utilizando o *software Word* contendo as orientações de leitura geral e palavras de referência para busca textual.

Na 1ª Etapa foi realizada a Leitura Completa dos documentos, os leitores foram divididos em duplas que fizeram a leitura de pelo menos dois textos. Na 2ª. Etapa fez-se uma leitura por filtragem de palavras-chave na busca documental, sendo elas: “Humanização da Assistência”; “Assistência Integral à Saúde”; “Saúde da Pessoa Idosa”; “Triagem”; “Avaliação da saúde centrada nas pessoas”. Os segmentos de texto selecionados foram organizados e separados por documento. E, por fim, na 3ª Etapa de Categorização os trechos dos textos selecionados por semelhança foram analisados pela técnica de Análise Temática Indutiva mediante auxílio do *software* IRAMUTEQ (*Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires*) 0.6 alpha 3, versão brasileira, que desenvolve análises estatísticas sobre segmentos de textos, quadros de indivíduos e palavras (Rodrigues *et al*, 2018).

A partir da análise documental houve um aprofundamento sobre o tema e o delineamento da 1ª versão do ML, consolidando a fundamentação teórica para em seguida agregar o conhecimento dos diferentes atores da rede a partir da pesquisa - ação. A pesquisa-ação que tem como princípio a participação, deve ser 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 (Corrêa; Campos; Almagro, 2018).

Os resultados obtidos da análise documental e análise das informações coletadas nas UMS foram somados à fundamentação teórica para o delineamento da 1ª estrutura do ML. A construção do modelo lógico foi feita pelos pesquisadores após todo o conteúdo encontrado nas diferentes etapas da pesquisa.

O ML foi diagramado e a seguir apresentado aos informantes-chave (gerentes das UMS) que estivessem envolvidos diretamente com o estudo. O processo de avaliação envolveu as partes interessadas no processo de revisão.

A avaliação é um processo cíclico e interativo que consiste em: esclarecer metas do programa (que devem expressar as mudanças que se pretende alcançar em relação ao problema de saúde); desenvolver e pactuar o modelo lógico com os interessados; analisar e comparar a realidade do programa e o modelo lógico e realizar as recomendações (Bezerra; Cazarin; Alves, 2010).

Neste estudo, observaram-se alguns dos critérios descritos por Cassiolato; Gueresi (2010) na avaliação do modelo lógico. A avaliação pelos informantes-chave se balizou nos seguintes critérios:

- Teste de consistência do modelo lógico – que descreveu a lógica do programa com hipóteses e com assertivas “se-então”, como: se tais atividades estão contempladas, então serão obtidos tais produtos; se produtos são realizados, então tais resultados intermediários serão obtidos;
- Análise da Motivação dos atores – nesta etapa foi realizada a análise das motivações dos atores proposta por Matus (2005) no seu modelo teórico. Para cada uma das ações planejadas e descritas no modelo lógico verificou-se tanto a importância quanto o interesse dos informantes-chave como parte da análise de viabilidade política do modelo lógico.

De acordo com Matus (2005), as posições transparentes podem ser distinguidas conforme se segue:

- a) apoio firme (A+) é um apoio decidido e sem condições;
- b) apoio duvidoso ou condicional (M+) é um apoio que exige certas circunstâncias ou condições explícitas para ser efetivo;
- c) rejeição firme (B-) é uma rejeição decidida sob quaisquer circunstâncias;
- d) rejeição duvidosa ou condicional (M-) é uma rejeição que depende de outras variáveis;
- e) indiferença pura (M0) quando a jogada carece de importância ou valor;
- f) indiferença por desconhecimento (00) quando o tema está fora do foco da atenção do ator e não há tomada de posição a respeito.

As posições mascaradas (Matus,2005) se diferenciam conforme se segue:

- a) apoio aparente (A-) ou (A0) mostra de propósito mais apoio do que o real;
- b) rejeição aparente (B+) ou (B0) mostra de propósito mais rejeição do que a real;
- c) indiferença tática (M0) tenta enganar acerca do valor da operação e a posição que é conveniente; e
- d) indiferença oportunista (?) postura utilitária, de convicções e fins individuais, que se esconde por trás da aparência de indiferença.

Os informantes-chave, gerentes das UMS, que participaram da Pesquisa-Ação na fase “Levantamento dos dados, análise e significação dos dados coletados” (Item 4.1.2), foram convidados a participar da avaliação do ML, em etapa de consenso do modelo proposto. Os

participantes receberam via e-mail um formulário *Google*, para extrair informações sobre as possíveis readequações do modelo lógico proposto. Foram excluídos da fase de avaliação os informantes-chave que foram desligados da função ou estavam afastados das atividades no momento da pesquisa.

4.2.2. Procedimento Empíricos

Nesta etapa foi realizada a seleção dos experts, para validar o ML construído na etapa anterior, utilizou-se de buscas através da análise de currículos submetidos à Plataforma Lattes.

A estratégia de busca descrita utilizada está descrita a seguir: 1) quanto ao assunto: Título ou palavra-chave da produção relacionada; 2) quanto à formação acadêmica: doutores e mestres. Após a seleção, os currículos foram analisados segundo a adaptação dos critérios de Fehring (1994), sendo estabelecida uma pontuação mínima de cinco pontos para seleção dos peritos na área do construto.

Cada critério descrito apresenta uma pontuação, sendo que, para ser considerado expert, necessita obter o mínimo de cinco pontos (Critérios/pontos: Titulação de mestre: 4; Titulação de mestre com dissertação direcionada a conteúdo relevante do tema em estudo: 1; Publicação de artigo sobre o tema em periódicos de referência: 2; Artigo publicado sobre o tema e com conteúdo relevante à área: 2; Titulação de doutor na área de estudo: 2; Experiência clínica de, pelo menos, um ano na área em estudo: 1 e Certificado (especialização) de prática clínica relevante na área em estudo: 2). Quanto maior a pontuação, maior será a força de evidência da avaliação (Fehring, 1994).

O instrumento de coleta, construído por meio da ferramenta eletrônica *Google Forms*, foi composto por quatro seções: caracterização dos experts; orientações aos experts sobre o preenchimento do formulário; modelo lógico; e questões (itens do ML) de múltipla escolha conforme as opções: PERTINÊNCIA/CLAREZA (SIM/NÃO) e RELEVÂNCIA (MUITO RELEVANTE, POUCO RELEVANTE, RELEVANTE, NADA RELEVANTE). Salienta-se que os experts só tiveram acesso aos instrumentos após assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE I).

4.2.3. Procedimentos Analíticos

Para avaliar a validade de conteúdo da matriz proposta e estabelecer um consenso entre especialistas em relação aos itens descritos no modelo, a técnica Delphi foi utilizada.

O uso de técnicas de consenso, como a técnica de Delfos (ou Delphi) tem sido amplamente difundido em estudos avaliativos, possibilitando envolver e incorporar o ponto de vista de pesquisadores, gestores, profissionais de saúde e usuários (Esher *et al.*, 2012; Revorêdo *et al.*, 2015).

Através dessa técnica, pelo uso de metodologia e processos estruturados é possível, por meio de análise subjetiva, que um julgamento coletivo seja realizado, com a proposta de obter o consenso de especialistas, aqueles com experiência, habilidade ou determinados conhecimentos técnicos, científicos ou práticos sobre um tema específico (Esher *et al.*, 2012; Uchoa *et al.*, 2008). O ML deve ser flexível para permitir a revisão por um grupo de especialistas e, se necessário, readequado para abranger novos fatores que não foram previstos anteriormente (McLaughlin; Jordan, 2010; Bezerra; Cazarin; Alves, 2010).

Para a análise por especialistas, a técnica Delphi foi realizada sistematicamente e quantas rodadas forem necessárias para alcançar um consenso de 70% a 80%, em média são necessárias de duas a três rodadas de julgamento para alcançar o consenso (Scarparo *et al.*, 2012; Valdés; Marín, 2013).

4.3. ANÁLISE DOS DADOS

Para análise dos dados qualitativos utilizou-se a Análise de Conteúdo de Bardin (2016) respeitando as fases: (1) pré-análise, que consiste na organização do material, escolha dos documentos para análise, formulam-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.

A descrição e a delimitação da análise foram realizadas inicialmente por um roteiro de extração de dados e foram utilizados aspectos da análise de conteúdo temática para análise dos documentos, assim como a identificação dos componentes técnicos da intervenção (Minayo, 2013).

No que diz respeito à Análise Documental, após a organização do conteúdo dos documentos, os trechos foram copiados na íntegra no software Microsoft Office Word 2016® e importadas para o LibreOffice versão 6.0.4.2. Os trechos receberam processamento

informativo lexicográfico no software *Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires* (IRAMUTEQ), versão 07 alpha 2. A análise foi realizada a partir do agrupamento de textos (GF) monotemáticos reunidos em um único arquivo (*corpus*).

O uso de software IRAMUTEQ para análise de textos tem sido recomendado por diversas razões, entre elas: a necessidade de lidar com grandes volumes de respostas textuais; para viabilizar o aprimoramento das análises, tornando possível a integração dos domínios quantitativos e qualitativos na análise; e maior objetividade e avanços às interpretações dos dados pelo pesquisador (Camargo; Justo, 2013; Cope, 2014).

O IRAMUTEQ é um software gratuito utilizado para organizar os dados/textos a partir da avaliação da semelhança de seus vocabulários, de modo a subsidiar a compreensão do ambiente de sentido das palavras e, portanto, indicar elementos das representações referentes ao objeto estudado. Utiliza como base a estrutura do software R para a realização dos cálculos e da linguagem e considera que as palavras usadas em contexto similares estão associadas a um mesmo mundo lexical (Costa *et al.*, 2016; Sanches; Silva., 2019).

O *corpus* textual foi submetido a duas análises fornecidas pelo IRAMUTEQ e descritas de acordo com Mendes *et al.* (2019):

1. Análise lexicográfica: faz um cálculo da distribuição e da frequência das palavras dentro do *corpus* textual.
2. Análise de Similitude: identifica as concorrências entre as palavras e indica a conexidade entre elas.

Para o tratamento dos dados quantitativos foi realizada uma análise descritiva para a representação do cenário estudado. A análise descritiva é a fase inicial do processo de estudo dos dados. Utilizam-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). Após a coleta, os dados foram transcritos, armazenados e sistematizados numa planilha de dados digitalizada, no programa Microsoft Excell.

Os dados coletados na presente pesquisa, referentes à avaliação e validação do instrumento, foram considerados válidos os itens que apresentaram mais de 70% de concordância entre os experts (avaliado como adequado) e um Coeficiente de Validade de Conteúdo (CVC) > 0,8 conforme o referencial da psicometria de Pasquali *et al.* (2010). Para as

sugestões dos participantes *experts* foi realizada uma análise qualitativa com a utilização das fases 1 e 2 da análise de conteúdo de Bardin (Minayo, 2016).

As variáveis qualitativas e quantitativas estão apresentadas pelas ferramentas descritivas como tabelas além de medidas de síntese como porcentagens, índices e médias.

4.4. 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 ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Triângulo Mineiro (CEP/UFTM) e aprovado por ele sob número do parecer 6.529.593 de 2023.

A presente pesquisa 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 dela.

5. RESULTADOS

5.1. IDENTIFICAÇÃO DO PROBLEMA DENTRO DO CONTEXTO

Das nove UMS do município, participaram deste estudo seis, contabilizando pelo menos uma unidade de cada um dos três distritos da SMS, conforme apresentadas no Quadro 1.

Foram excluídas: uma Unidade que não se obteve resposta do gerente, uma Unidade gerenciada por Universidade privada e uma Unidade que participou da etapa de validação dos instrumentos de pesquisa de campo.

Quadro 1. Unidades Matriciais de Saúde por Distrito e inclusão ou exclusão da pesquisa. Uberaba/ MG, 2025.

DISTRITO	UMS	PARTICIPAÇÃO		OBSERVAÇÃO
		SIM	NÃO	
DSI	UMS Álvaro Guaritá	X		
	UMS Nossa Senhora da Abadia		X	Sem resposta da gerente
	UMS Maria Tereza	X		
DSII	UMS Luiz Meneghello		X	Unidade escolhida pela Gestora da Atenção Básica para a etapa de validação dos instrumentos de pesquisa
	UMS George Chiree		X	Unidade gerenciada por universidade privada
	UMS Roberto Árabe Abdanur	X		
DSIII	UMS Professor Aluizio Prata	X		
	UMS Ézio de Martino	X		
	UMS Valdemar Hial Junior	X		

Fonte: elaborado pelos autores, 2025.

As UMS ofereciam atendimento por demanda organizada e espontânea. A porta de entrada era a recepção. O usuário idoso, com agendamento prévio, chegava à recepção, era direcionado para a triagem e aguardava a consulta com especialistas. No caso da demanda espontânea, sem agendamento, ocorria uma escuta inicial rápida pela recepção e poderia ser feito agendamento de consulta ou dadas orientações diversas (horários de funcionamento, especialidades e exames). Num segundo caso, a depender da queixa, o paciente era encaminhado para a triagem.

Apenas duas UMS apresentavam sala de acolhimento estruturada, mesmo assim, os espaços geralmente eram compartilhados e não foi observada uma rotina estabelecida de acolhimento com escuta qualificada ou classificação de risco. A triagem ocorre com a equipe de enfermagem para aferição de sinais vitais, e, que na maioria das UMS, uma primeira escuta rápida, prática e pertinente era realizada. Não houve, em nenhuma UMS, atendimento preferencial ou prioritário para o usuário idoso. Em alguns casos, a escuta foi 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 entre outros grupos (tabagismo, gestantes, saúde mental).

As orientações foram 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 usuários.

As equipes estavam compostas por médicos, enfermeiros, odontólogos e profissionais de nível técnico, na sua maioria de enfermagem. A equipe multiprofissional nas áreas da fisioterapia, nutrição, psicologia e serviço social estava presente em algumas UMS e alguns desses profissionais se organizam na tentativa de oferecer cobertura assistencial entre duas ou mais Unidades.

5.2. LEVANTAMENTO DOS DADOS, ANÁLISE E SIGNIFICAÇÃO DOS DADOS COLETADOS

Nesta fase participaram Gerentes e Profissionais atuantes nas UMS. Foram seis participantes gerentes referentes a seis UMS, com idades entre 35 e 49 anos, todas do sexo feminino, sendo a maioria casada (5), com tempo de atuação dentro da APS de um mês a 10 anos (Tabela 1).

Tabela 1 - Perfil Sociodemográfico dos gerentes. Uberaba/MG, 2025.

DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS	MÉDIA/DP E PORCENTAGEM
Idade	39,7 (6,5)
Gênero	100% Feminino
Situação Civil	84% Casada 16% Divorciada
Profissão	16,7 % terapeuta ocupacional 16,7 % dentista 16,7 % pedagogia 16,7 % sem formação 33,3% enfermeira
Tempo de formação profissional	12,8 /9,6
Tempo de atuação na APS	9,4anos/10,5anos

Fonte: elaborado pelos autores, 2025.

O estudo permitiu a construção de 14 categorias, sendo uma delas composta por três subcategorias e separadas pela temática investigada em cada questão. O Quadro 2 foi dividido em assuntos (Humanização, Acolhimento e Escuta Qualificada), para melhor apresentação das categorias e subcategorias encontradas.

Nesta etapa da pesquisa foi possível identificar o entendimento e as nuances da humanização, do acolhimento e da escuta qualificada no atendimento da pessoa idosa na APS pelos Informantes – chave (gerentes).

Quadro 2. Categorias encontradas nas entrevistas com as Gerentes de UMS. Uberaba, 2025.

HUMANIZAÇÃO			
Significado de humanização		Existência de ações de humanização	
Atendimento integral com qualidade		Atividades em grupo	
Escuta e empatia		Trabalho profissional: para além da formação	
ACOLHIMENTO			
Forma de realização do acolhimento	Percepção sobre a resolutividade por meio do acolhimento	Dificuldade em realizar o acolhimento	
Receber, direcionar e orientar	Boa adesão, identificação de demandas e capacidade de escuta	Falta de acompanhamento familiar	
Realizado pela equipe de enfermagem		Dificuldade de entendimento dos idosos	
		Acolhimento estrutural reducionista, mas que amplia o acesso	
ESCUA QUALIFICADA			
Significado de escuta qualificada	Ocorrência da escuta na prática profissional		
A escuta especializada	Fragilidades e desafios na atenção primária		
A identificação do subentendido	Resolver dentro da unidade, encaminhar se necessário	Garante-se a triagem, mas a escuta dependerá da presença de profissionais e da demanda de pacientes.	Singularidade, privacidade.
	Para ocorrer escuta qualificada há necessidade de educação permanente		

Fonte: elaborado pelos autores, 2025.

Nesta 2ª fase da PA, participaram 21 profissionais das seis UMS, sendo a maioria do sexo feminino (90,5%), Solteiro (42,9%), Técnico de enfermagem (38,1%) e Enfermeiro (23,7%). A média de tempo de formação técnico-profissional foi de 14,6 anos. Na Tabela 2 verifica-se os dados sociodemográficos dos profissionais entrevistados.

Tabela 2. Dados Sociodemográficos dos Profissionais de UMS. Uberaba, 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 formação profissional (anos)	14,6 (6,5)

Fonte: elaborado pelos autores, 2025.

Foram encontradas 18 categorias, que estão divididas no Quadro 3 abaixo conforme os assuntos que delinearão a pesquisa.

Quadro 3. Categorias encontradas nas entrevistas com os profissionais. Uberaba, 2025.

HUMANIZAÇÃO		
Significado de humanização	Existência de ações de humanização	
Compreensão de humanização como acolhimento	Ações voltadas para a comunidade: atividades grupais e sociais	
Tratamento igualitário e empático	Capacitação do manejo profissional para melhorar o atendimento	
Realizar escuta qualificada direcionada a resolutividade	Nem sempre tem ações de humanização pela alta demanda e falta de recursos humanos	
	Oferecer acesso à informação com vistas a resolutividade	
ACOLHIMENTO		
Forma de realização do acolhimento	Percepção sobre a resolutividade por meio do acolhimento	Dificuldade em realizar o acolhimento
Recepcionar, direcionar, orientar, encaminhar se necessário a depender da demanda	Há resolutividade apesar de problemas estruturais e a depender do profissional	Dificuldade de entendimento e falta de acompanhamento
Realizado pela equipe de enfermagem e também por outros profissionais		Falta estrutura na unidade

<i>Não é realizado da maneira adequada pela falta de estrutura organizacional da unidade</i>	
ESCUTA QUALIFICADA	
Significado de escuta qualificada	Ocorrência da escuta na prática profissional
<i>Saber escutar com atenção e entender a necessidade do usuário na busca da resolução</i>	<i>Acolher e entender os problemas do usuário para direcionar ao atendimento</i>
<i>Identificar o subentendido</i>	<i>A qualidade da escuta depende do desenvolvimento de</i>
<i>Bom acolhimento do profissional a depender do contexto do usuário</i>	<i>competências na equipe</i>

Fonte: elaborado pelos autores, 2025.

As categorias com falas dos participantes gerentes, relacionadas à Humanização Acolhimento e Escuta Qualificada estão dispostas no APÊNDICE J; e os quadros com as falas extraídas das entrevistas com os profissionais estão dispostos no APÊNDICE K.

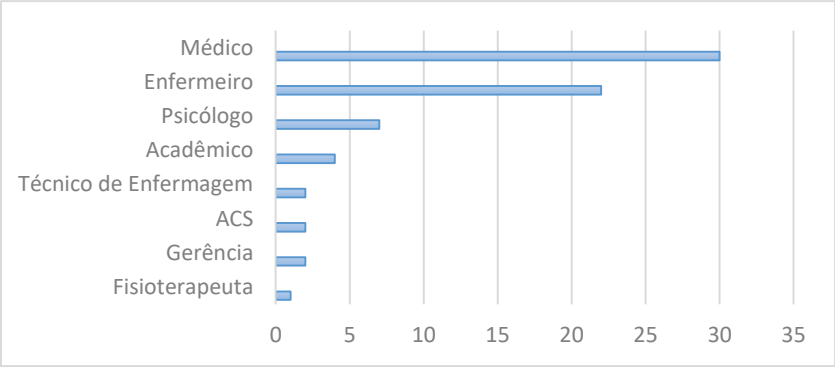
5.3. AÇÃO E DIVULGAÇÃO EXTERNA

5.3.1. Educação Permanente de sensibilização sobre o tema e discussão do problema

A atividade de Educação Permanente em Saúde (EPS) teve encontros programados, dos quais participaram profissionais de diferentes equipes da APS. As atividades estavam previstas na agenda da equipe médica da APS, que já tem planejado oferecer encontros periódicos de educação permanente. Eram quatro equipes de trabalho que possibilitavam a inclusão de profissionais de todas as Unidades de Saúde da APS.

A participação foi acordada em reunião com a equipe gestora (nível central) da APS e o convite foi estendido à toda equipe. Participaram 70 pessoas, abaixo descritas por categoria profissional (Gráfico 1).

Gráfico 1 - Participantes de EPS por Categoria Profissional. Uberaba/MG, 2025.



Fonte: elaborado pelos autores, 2025.

A ação foi baseada na pesquisa e a organizou da seguinte forma: explanação teórica sobre o tema da pesquisa; seguida dos resultados encontrados dos questionários aplicados e a orientação de construção da Árvore de Problemas.

Foram ofertados quatro encontros presenciais que em si atingiam um grupo por vez e tinha como proposição a sensibilização dos profissionais. Participaram dos encontros, além dos profissionais médicos, enfermeiros, psicólogos, fisioterapeuta, técnicos de enfermagem, agente comunitário em saúde e representantes da Gestão da Secretaria Municipal de Saúde.

Os participantes do evento trabalharam ativamente nos temas propostos, levantando soluções para a problemática entregue. Aconteceu, de forma significativa, a troca de ideias e vivências.

A estratégia, Árvore de Problemas, foi realizada após a identificação do problema de pesquisa e a apresentação dos resultados do estudo nas UMS e dos conceitos relacionados. Para o problema central foram utilizados trechos das falas dos participantes da pesquisa dos diferentes segmentos (gerentes, profissionais e usuários idosos). Acima do problema, foram destinados espaços para os efeitos ou consequências derivadas do problema e abaixo foram colocadas as causas que levaram àquele problema. Um campo de possíveis mudanças/soluções também foi inserido na tarefa.

Os participantes preencheram os campos conforme orientados e após a construção da árvore de problemas e nuvem de soluções, o coordenador da atividade promoveu uma discussão ou debate. Os resultados das oficinas estão abaixo descritas de acordo com cada tema proposto e separados por dia (Quadro 4).

Quadro 4. Síntese dos resultados das árvores de problemas preenchidos pelos profissionais presentes nas ações de EP. Uberaba/MG, 2025.

A OCORRÊNCIA DA ESCUTA QUALIFICADA NA PRÁTICA PROFISSIONAL					
CAUSAS			CONSEQUÊNCIAS		POSSÍVEIS SOLUÇÕES
1.Sobrecarga	profissional	com	1.Falta de profissional repercute na		1.Número de profissionais adequado
redução do quantitativo de pessoal			sobrecarga gerando grandes		à demanda da unidade, inclusão do
nas Unidades de Saúde			demandas de trabalho, muitas vezes		assistente social
2.Capacitação/treinamento			inviabilizando a escuta qualificada no		2. Realizar reuniões frequentes para
insuficiente e com baixa adesão dos			acolhimento		discussão de casos
profissionais			2.Adoecimento do profissional		3.Capacitações programadas e com

3.Dificuldades de comunicação entre equipe/usuário,/gestão	3. Falta de infraestrutura faz com que a tentativa de acolhimento aconteça em espaços compartilhados	horários protegidos para capacitações internas também
4.Alta demanda de atendimentos	4.Falta de capacitação repercute na ausência de uma metodologia padronizada para o acolhimento.	4.Estratégias para motivação da equipe
5.Insatisfação e desconhecimento dos usuários	5.Dificuldade de comunicação profissional/usuário, o que pode gerar até a “quebra” da integralidade do cuidado	5.Melhora em infraestrutura e equipamentos
6. Infraestrutura inadequada	6.A dificuldade do paciente em se comunicar e como poderá interferir no processo de tratamento e cuidado	6. Criação de fluxograma (presença de um fluxista) e padronização sobre como realizar os atendimentos
		7. Menor burocratização
		8. Tentar ativar conselhos municipais de saúde dentro do território com voz para os usuários
		9. Tentar identificar os hiperusuários e produzir um plano terapêutico singular;
		10. Incluir informativo para usuários (carta de serviços)
		11.Sistema integrado para acompanhar os exames e consultas.

SOBRE A DIFICULDADE DE REALIZAR O ACOLHIMENTO

CAUSAS	CONSEQUÊNCIAS	POSSÍVEIS SOLUÇÕES
1.Ausência de assistente social	1.Má adesão às propostas terapêuticas	1.Capacitações periódicas dos profissionais em relação às particularidades específicas da saúde da pessoa idosa e humanização.
2.Falta de envolvimento da equipe,	2.Prejuízo do vínculo profissional/paciente	2.Transparência dos processos burocráticos do cuidado, estabelecer planos terapêuticos singular
3.Conflitos familiares, não ter família ou rede de apoio, questões econômicas, questões socioculturais	3.Evolução desfavorável do quadro de saúde	3.Contratar novos profissionais (serviço social e ACS)
4. Falta de acolhimento e escuta qualificada às necessidades integrais	4.Ausência de comunicação efetiva entre profissionais e secretaria municipal	4.Sensibilizar/Educar sobre medidas legais e relação à participação dos familiares no cuidado do usuário.
5. Alta demanda;	5.Falta de espaços adequados à prática clínica	5. Recrutar os profissionais de saúde para participar no
6. Frustração com a demora;	6. Superlotação das unidades de saúde	
7. Tempo de consulta reduzido;	7.Ausência de participação dos colaboradores durante o planejamento da construção/reforma da infraestrutura	
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 social.		

planejamento estrutural da unidade

6. Ações multiprofissionais e intersetoriais para fortalecimento de vínculos

7. Maior integração e participação de outros setores (SUAS secretária de educação, comunicação/informação)

SOBRE A PERCEPÇÃO DOS IDOSOS

CAUSAS	CONSEQUÊNCIAS	POSSÍVEIS SOLUÇÕES
1.Desconhecimento dos níveis de atenção/serviços/rede	1.Falta de resolutividade, frustração, reclamações e insatisfação do usuário	1. Capacitação para a equipe
2.Demanda alta/sobrecarga/poucos profissionais	2.Esgotamento profissional/perda de vínculo	2.Adequação da população para capacidade das unidades
3.Falta de letramento na compreensão da profundidade do atendimento oferecido (usuários idosos), declínio cognitivo	3.Atraso no diagnóstico	3.Sala de espera com orientações
4.Barreiras de comunicação profissional-usuário	4.Dificuldade de autocuidado	4.Ampliação na estrutura física da unidade
5.Formação do profissional deficitária	5.Gasto de tempo/ transporte e deslocamento do paciente	5. Maior divulgação mediata sobre o funcionamento do SUS/APS
6.Foco no modelo biomédico: doença	6.Ambiente de trabalho hostil	6. Utilizar recursos audiovisuais
7. Falta de suporte familiar	7.Impotência profissional	7.Solicitar acompanhamento familiar
8.Falta de empatia dos profissionais	8.Desfoco da promoção do autocuidado	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 pelos autores, 2025.

Os resultados foram compilados e organizados conforme a estrutura das árvores de problemas. Mesmo que distintos a cada grupo, as respostas apresentaram similaridades quanto à percepção sobre as causas, consequências e possíveis soluções. A situação problema foi baseada nos temas que nortearam a pesquisa reafirmando discussão sobre a Humanização como aspecto fundamental na promoção da saúde; o acolhimento como

diretriz da PNH que se apoia na escuta qualificada para a resolutividade e as necessidades da pessoa idosa na RAS.

Estiveram presentes 70 participantes, além de 10 acadêmicos do projeto de extensão e 3 pesquisadores nos quatro dias de ação. A ação de Educação Permanente foi avaliada pelos participantes por um formulário *online* para avaliação dos encontros, da abordagem e da satisfação. Os acadêmicos fizeram anotações das discussões e ao final relatórios de percepção da atividade desenvolvida. Os pesquisadores foram responsáveis pelas apresentações dos resultados e condução da dinâmica.

Quanto aos questionários de avaliação, 55 participantes responderam a eles. 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.

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, como para melhorar o fluxo e o planejamento dentro das unidades, porém, alguns problemas são apontados como a falta de disponibilidade pessoal de alguns membros e da própria gestão com a necessidade de maior envolvimento de todos.

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 o conteúdo exposto.

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

Os acadêmicos que participaram do projeto de extensão, durante a ação de EPS, relataram que: *a ação foi uma experiência valiosa para desenvolver habilidades fundamentais, como empatia, escuta ativa e uma visão mais humana do cuidado. É um momento para compreender melhor as necessidades, os desafios e as particularidades dessa fase da vida, principalmente quando se tem profissionais na área engajados em mostrar quais as maiores dificuldades e o que é possível fazer para melhorar, dando atenção integral e respeito.* As anotações dos acadêmicos foram apresentadas num documento por dia, compilados para comporem o relatório final do projeto de extensão e relatório da pesquisa para a Secretaria Municipal de Saúde (APÊNDICE L).

5.4. ELABORAÇÃO DE ESTRATÉGIAS PARA POSSÍVEIS MUDANÇAS/SOLUÇÕES

5.4.1. Construção e Validação do Modelo Lógico

O Modelo Lógico foi elaborado com base no constructo dos diferentes participantes da pesquisa ação sobre o tema: Acolhimento/Escuta qualificada. A teoria do ML está baseada na legislação que delimita o programa de Humanização; a atenção primária e a saúde da pessoa idosa previstos no Brasil.

5.4.1.1. Análise documental

Para Análise documental se organizou quanto ao nome, ano, instância governamental e tipo (Quadro 5).

Quadro 5. Documentos relacionados à Humanização, Saúde da Pessoa Idosa e Humanização, de acordo com ano, órgão público e tipo. Uberaba, 2025.

DOCUMENTO	ANO	ÓRGÃO PÚBLICO	TIPO
Política Nacional de Humanização da Atenção e da Gestão do SUS (PNH/Humaniza SUS)	2003	Ministério da Saúde	Política
Estatuto da Pessoa Idosa	2003 (2022)	Governo Federal	Lei
Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI)	2006	Ministério da Saúde	Portaria
Programa Mais Vida – Rede de Atenção à Saúde do Idoso de Minas Gerais	2008	Secretaria Estadual de Saúde de MG	Resolução
Acolhimento nas práticas de produção de saúde	2010	Ministério da Saúde	Documento de Referência

Política Nacional de Atenção Básica (PNAB)	2017	Ministério da Saúde	Portaria
Programa de Atenção Integrada para a Pessoa Idosa (ICOPE)	2019	OPAS/OMS	Documento de Referência

Fonte: elaborado pelos autores, 2025.

Após a leitura dos documentos, quanto aos trechos relacionados ao tema foram destacados para análise e inseridos em um arquivo *Word*. A tabela 3 apresenta o total de trechos extraídos de acordo com cada documento analisado.

Tabela 3. Total de trechos extraídos dos documentos para análise. Uberaba-MG, 2025.

DOCUMENTOS	No DE TRECHOS
Estatuto da Pessoa Idosa	3
Programa Mais Vida	5
PNSPI	7
PNH – Cartilha Humaniza SUS	7
PNAB	10
ICOPE	15
Acolhimento nas Práticas de Produção de Saúde	33
TOTAL	72

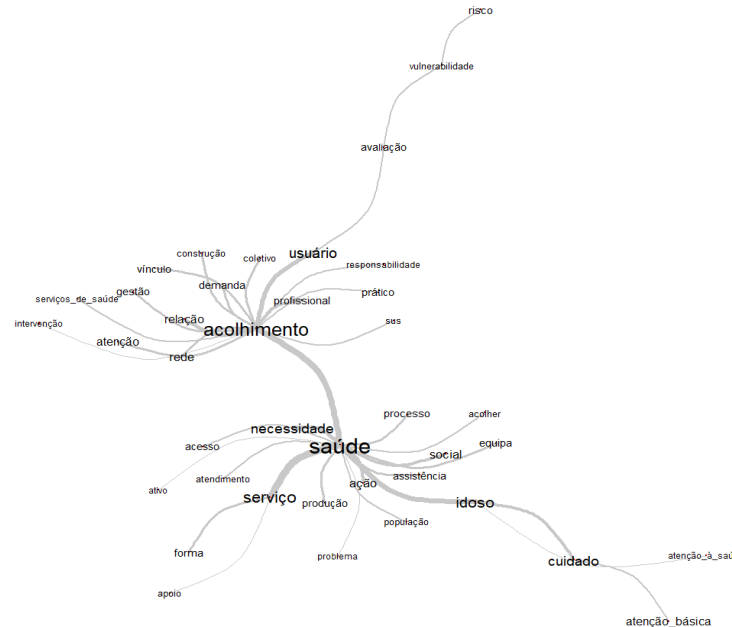
Fonte: elaborado pelos autores, 2025.

A análise dos documentos pelo IRAMUTEQ, 3ª Etapa, possibilitou uma localização rápida dos segmentos de texto utilizados na escrita qualitativa através dos processos de codificação, organização e separação das informações. Ao realizar a categorização textual com a importação dos trechos para o IRAMUTEQ verificou-se no *corpus* textual com os documentos oficiais, que o software reconheceu os 72 textos, reclassificou-os em 2226 ocorrências (segmentos de textos) e em 881 formas, encontrou 516 hapax - palavras com única frequência (23.18% de ocorrências - 58.57% de formas) e em média 30,92 palavras em cada texto no *corpus*. Obteve-se o saldo de 1991 palavras aproveitadas.

A Análise de Similitude foi utilizada por apresentar através de indicadores estatísticos as conexões entre as palavras dentro de um *corpus* textual (Araújo Lira; Sá; Mendes, 2022). Na Figura 3 verificam-se as principais coocorrências entre as palavras e a conexidade entre os termos presentes nos textos do *corpus*, a palavra saúde conecta-se praticamente com todos os subgrupos (Klant; Santos, 2021). Conforme a árvore de coocorrência os resultados indicaram que entre os pares e trio de associação, as relações são mais fortes entre as palavras: *SAÚDE – ACOLHIMENTO*; *SAÚDE – SERVIÇO*; *SAÚDE – IDOSO/CUIDADO*; *SAÚDE –*

NECESSIDADE e ACOLHIMENTO – USUÁRIO. A análise de similitude gerou 5 binômios, sendo que os mais expressivos revelaram uma forte relação entre os termos “SAÚDE” e “ACOLHIMENTO”.

Figura 3. Análise de Similitude dos trechos extraídos dos documentos. Uberaba MG, 2025.



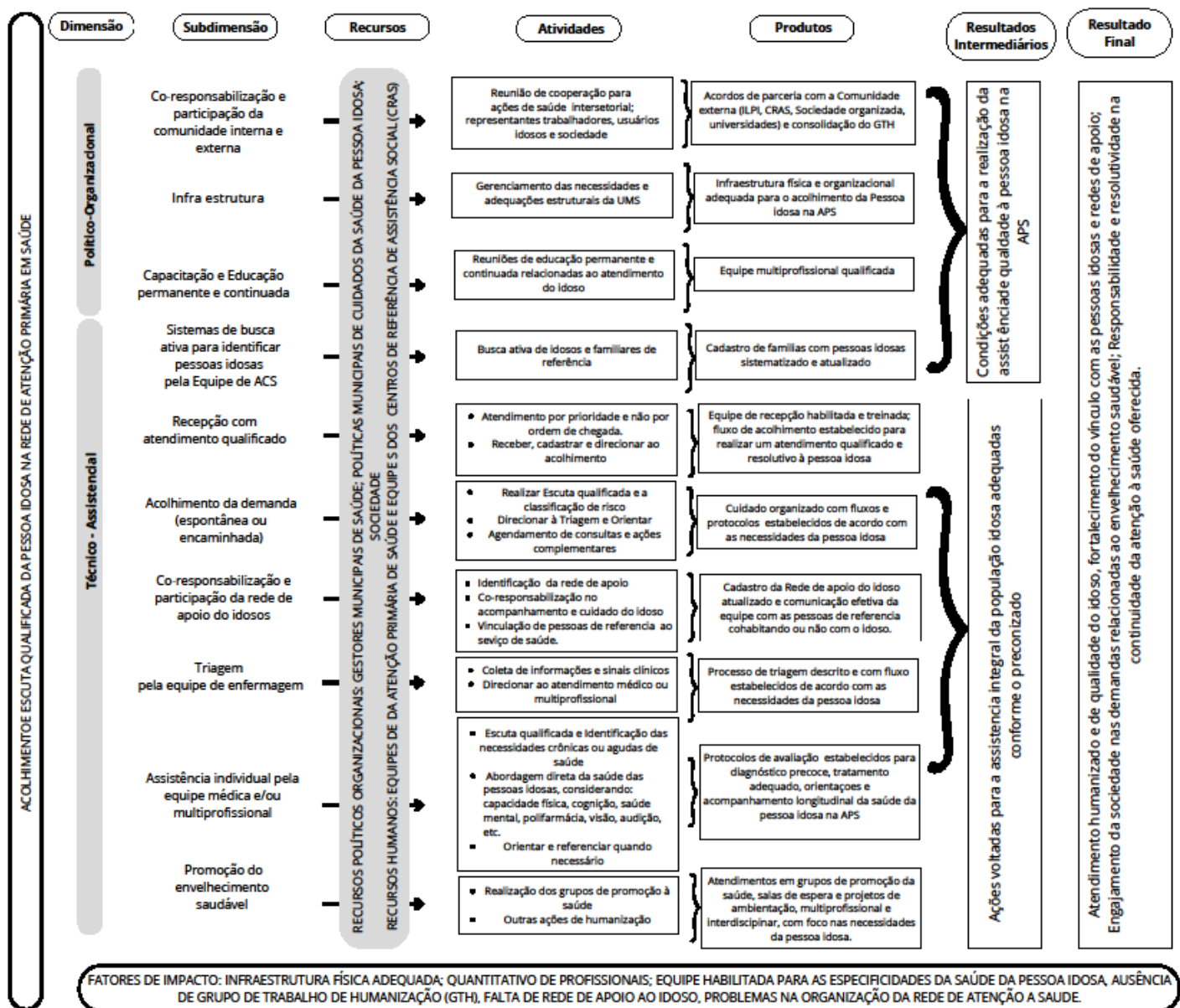
Fonte: IRAMUTEQ modificado pelos autores, 2025.

Após a análise pelo IRAMUTEQ e a formação dos Binômios, os trechos relacionados foram agrupados formando categorias para discussão de acordo com a análise de conteúdo de Bardin (APÊNDICE M).

A versão preliminar do ML foi estruturada a partir do referencial teórico Cassiolato; Guerresi (2010) sobre o processo de construção de modelos lógicos como instrumento para explicitar a teoria de um programa. No Brasil, desde 2007, o processo de construção de modelos lógicos de vários programas do governo federal tem servido para aprimorar a gestão de políticas públicas (Cassiolato; Guerresi, 2010).

O ML aqui proposto levou em consideração o contexto social no qual o objeto estava inserido, as políticas de saúde e as legislações e normas relacionadas ao tema. Em muitos casos, a teoria de programas não é elucidada detalhadamente nos documentos oficiais governamentais dificultando a análise e operacionalização adequada das propostas (Cassiolato; Guerresi, 2010). A junção dos resultados da Análise documental, do Diário de Campo e das entrevistas com gerentes e com os profissionais deram origem ao 1º esboço do modelo lógico, apresentado abaixo (figura 4).

Figura 4. Primeira Versão do Modelo Lógico acerca do Acolhimento e Escuta Qualificada da Pessoa Idosa na Rede de Atenção Primária à Saúde. Uberaba/MG, 2



Fonte: elaborado pelos autores, 202

5.4.1.2. Avaliação do Modelo Lógico

A avaliação do modelo Lógico foi realizada por quatro gerentes das UMS, dos seis que estiveram na 1ª etapa da pesquisa (PA). Dois gerentes não participaram da avaliação pois foram desligados da atividade durante a pesquisa.

Os gerentes receberam por e-mail um formulário com a 1ª Versão do Modelo Lógico do Acolhimento da Pessoa Idosa na Atenção Primária em Saúde e verificaram o desenho proposto

para se chegar a um consenso. Foram realizados o Teste de consistência do modelo lógico e a Análise da Motivação dos atores cujos resultados estão abaixo apresentados (APÊNDICE N).

No Teste de consistência (Tabela 4) houve um consenso de 100% das gerentes quanto à estrutura e às ações propostas no ML para o alcance dos resultados esperados para aplicação nas UMS.

Tabela 4. Teste de Consistência do ML pelos Informantes-chave. Uberaba MG, 2025.

GERENTES Concordo (1) Discordo (0)	DIMENSÃO POLÍTICO- ORGANIZACIONAL (DPO)			DIMENSÃO TÉCNICO-ASSISTENCIAL (DTA)						
	DPO1	DPO2	DPO 3	DTA 1	DTA 2	DTA 3	DTA 4	DTA 5	DTA 6	DTA 7
Gerente 1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Gerente 2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Gerente 3	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Gerente 4	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Média	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Pertinência >70%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

Fonte: elaborado pelos autores, 2025.

Já a Análise de Satisfação dos Atores apresentou conflito em 3 ações apresentadas: *Realizar Escuta qualificada e a classificação de risco; Corresponsabilização no acompanhamento e cuidado do idoso e Realização dos grupos de promoção à saúde*. As demais ações propostas no ML foram avaliadas com consenso.

Abaixo a Matriz de Motivação dos Atores, indicando os conflitos e o consenso. As gerentes mantiveram uma posição transparente na avaliação das ações com um decidido e sem condições (Apoio Firme A+). Enquanto posição mascaradas, o Apoio Aparente (A-) demonstrou que as gerentes apoiam mais do que realmente acreditam sobre a ação apresentada gerando os conflitos na avaliação do ML (Tabela 5).

Tabela 5. Matriz de Motivação dos Atores na APS. Uberaba MG, 2025.

Ação		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
Gerentes	1	A+	A+	A+	A+	A+	A+	A+	A+	A+	A+	A+	A+	A+	A+	A+	A+	A+
	2	A+	A+	A-	A+	A+	A+	A-	A+	A+	A+	A-	A+	A-	A+	A+	A+	A-
	3	A-	A+	A+	A+	A+	A-	A-	M+	A+	A-	A-	A-	A+	A+	A+	A+	A-
	4	A+	A+	A+	A+	A+	A+	A+	A+	A+	A+	A+	A+	A+	A+	A+	A+	A+
Consenso Cs		Cs	Cs	Cs	Cs	Cs	Cs	Cf	Cs	Cs	Cs	Cf	Cs	Cs	Cs	Cs	Cs	Cf
Conflito Cf																		

Fonte: elaborado pelos autores, 2025

5.4.1.3. Validação de Conteúdo por Experts

Para o processo de validação por especialistas foram selecionados 18 *experts* com pontuação igual ou maior que cinco pontos de acordo com a classificação de Fehring (1994). Os participantes receberam um e-mail com orientações de preenchimento e tiveram 21 dias para responder sendo lembrados a cada sete dias.

Sete *experts* responderam aos questionários, sendo que um recusou-se a participar. Os demais especialistas não responderam aos e-mails enviados. Participaram da 1ª e 2ª rodada de validação seis juízes. A Caracterização dos participantes se deu pelos seguintes dados: Idade; Sexo; Graduação; Pós-graduação; Experiência na área de geriatria/gerontologia; Experiência na APS e Pontuação de avaliação do Lattes.

Os especialistas, tinham entre 28 anos e 47 anos, sendo um farmacêutico e cinco enfermeiros, de ambos os sexos. Quanto ao nível de formação, dois eram doutores, três mestres e um especialista. A média em anos de experiência na área de Geriatria e Gerontologia foi de 5,7 anos; enquanto a média de anos por atuação na APS foi de sete anos.

Os especialistas contemplaram o índice mínimo de pontuação exigido pelos critérios de classificação, com uma média de 10 pontos alcançados pelo grupo. Segundo os critérios, quanto mais alta a média de pontuação dos juízes especialistas maior a confiabilidade da validação.

A 1ª Rodada de Validação teve como propósito avaliar a pertinência do ML. As respostas foram organizadas para análise e as considerações dos especialistas foram agrupadas em categorias para possíveis modificações. Após as etapas de codificação, organização e análise dos itens deu-se a Análise de Pertinência de conteúdo pelos especialistas (Tabela 6). As

		4.1.2	1	1	1	1	1	1	1,0	100%
		4.2	1	1	1	1	1	1	1,0	100%
		4.3	1	1	1	1	1	1	1,0	100%
		4.4	1	1	1	1	1	1	1,0	100%
		4.5	1	1	1	1	1	1	1,0	100%
		4.6	1	1	1	1	1	1	1,0	100%
		4.7	1	1	1	1	1	1	1,0	100%
		4.8	1	1	1	1	1	1	1,0	100%
		4.9	1	1	1	1	1	1	1,0	100%
		4.10	1	1	1	1	1	1	1,0	100%
	Resultados	5.1.1	1	1	1	1	1	1	1,0	100%
		5.1.2	1	1	1	1	1	1	1,0	100%
		5.2	0	1	1	1	1	1	0,83	83%

Fonte: elaborado pelos autores, 2025.

Apesar do consenso entre os *experts*, quanto à pertinência dos itens do ML, houve algumas considerações que trouxeram à luz mudanças necessárias e que melhoraram a compreensão das etapas de execução do acolhimento na APS, que foram acatadas (Quadro 6).

Quadro 6. Itens da 1ª Rodada modificados pela sugestão dos juízes. Uberaba MG, 2025.

ML 1ª Rodada		Modificação
Título		Sem alteração
Dimensão		Sem alteração
Subdimensão	Recepção com atendimento qualificado	Recepção com atendimento sistematizado
Recursos		Inclusão: Conselho Municipal de Saúde Conselho Municipal do Idoso
Ações	Reuniões de cooperação para ações de saúde intersetorial; representantes trabalhadores, usuários idosos e sociedade	Reuniões periódicas de cooperação para ações de saúde intersetorial; representantes trabalhadores, usuários idosos e sociedade
	Gerenciamento das Necessidades e adequações estruturais da UMS	Gerenciamento das adequações estruturais da Unidade de Saúde por indicadores Cronograma de ações para implementação de melhorias estruturais
	Reuniões de educação permanente relacionadas ao atendimento do idoso	Reuniões de educação permanente relacionadas ao atendimento da pessoa idosa .
		Avaliação do impacto das capacitações na prática assistencial

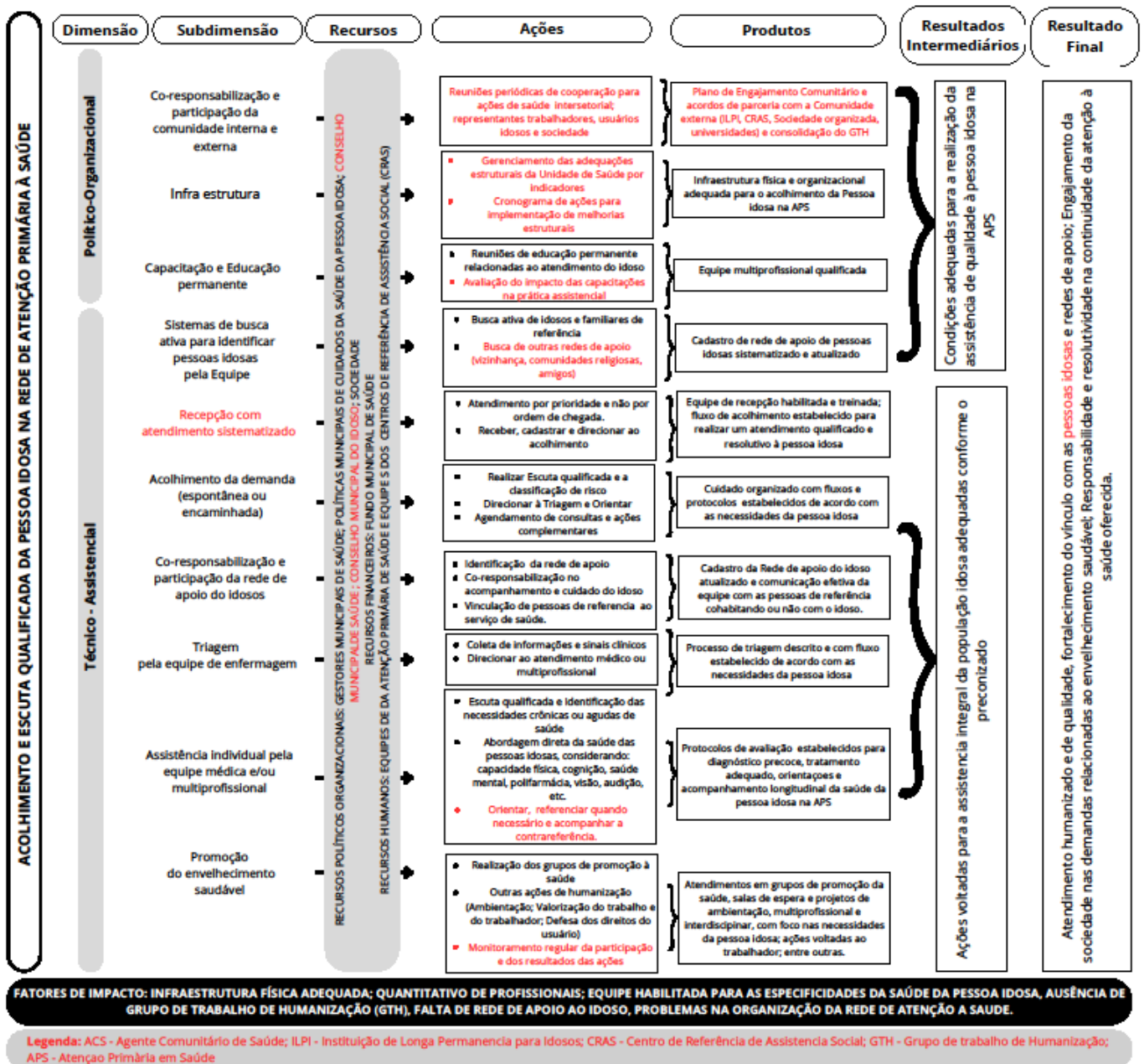
	Busca ativa de idosos e familiares de referência	Busca ativa de pessoas idosas e familiares de referência Busca de outras redes de apoio (vizinhança, comunidades religiosas, amigos)
	Escuta qualificada e Identificação das necessidades crônicas ou agudas de saúde. Abordagem direta da saúde das pessoas idosas, considerando: capacidade física, cognição, saúde mental, polifarmácia, visão, audição, etc. Orientar e referenciar quando necessário.	Escuta qualificada e Identificação das necessidades crônicas ou agudas de saúde. Abordagem direta da saúde das pessoas idosas, considerando: capacidade física, cognição, saúde mental, polifarmácia, visão, audição, etc. Orientar, referenciar quando necessário e acompanhar a contrareferência.
	Realização dos grupos de promoção à saúde. Outras ações de humanização (Ambientação; Valorização do trabalho e do trabalhador; Defesa dos direitos do usuário).	Realização dos grupos de promoção à saúde. Outras ações de humanização (Ambientação; Valorização do trabalho e do trabalhador; Defesa dos direitos do usuário). Monitoramento regular da participação e dos resultados das ações.
Produtos	Acordos de parceria com a Comunidade externa (ILPI, CRAS, Sociedade organizada, universidades) e consolidação do GTH	Plano de Engajamento Comunitário e acordos de parceria com a Comunidade externa (ILPI, CRAS, Sociedade organizada, universidades) e consolidação do GTH
Resultados Intermediários		Sem alteração
Resultado Final	Atendimento humanizado e de qualidade, fortalecimento do vínculo com idosos e redes de apoio; Engajamento da sociedade nas demandas relacionadas ao envelhecimento saudável; Responsabilidade e resolutividade na continuidade da atenção à saúde oferecida.	Atendimento humanizado e de qualidade, fortalecimento do vínculo com as pessoas idosas e redes de apoio; Engajamento da sociedade nas demandas relacionadas ao envelhecimento saudável; Responsabilidade e resolutividade na continuidade da atenção à saúde oferecida.
Fatores de Impacto		Sem alteração
Outros		Legenda: ACS - Agente Comunitário de Saúde; ILPI - Instituição de Longa Permanência para Pessoas Idosas; CRAS - Centro de Referência de Assistência Social; GTH - Grupo de trabalho de Humanização; APS - Atenção Primária em Saúde

Fonte: elaborado pelos autores, 2025.

Os apontamentos dos *experts* levaram a inclusão de termos ou itens complementando o ML, no entanto, diante da relevância para o tema foram incluídas quatro novas ações (*Cronograma de ações para implementação de melhorias estruturais; Avaliação do impacto das capacitações na prática assistencial; Busca de outras redes de apoio: vizinhança,*

comunidades religiosas, amigos; Monitoramento regular da participação e dos resultados das ações) e um novo campo de Legenda. Todas as inclusões passaram na 2ª Rodada pela análise de pertinência, seguidas da análise de relevância (APÊNDICE P) (Figura 5).

Figura 5. 2ª. Versão do Modelo Lógico acerca do Acolhimento e Escuta Qualificada da Pessoa Idosa na Rede de Atenção Primária à Saúde. Uberaba/MG, 2025



Fonte: elaborado pelos autores, 2025.

O ML passou por nova avaliação pelos juízes agora com as correções e avaliando a pertinência dos itens alterados e em seguida a Análise de Relevância de cada um dos itens do modelo lógico (Tabela 7).

Tabela 7. Análise de Relevância do Conteúdo dos itens. Uberaba MG,2025.

Experts		1	2	3	4	5	MÉDIA	CVC (1)	PEI	CVC(i) >0,8	Relevância (70%)
Itens Avaliados		Pontuação									
Dimensão	1.1.1	3	3	3	3	3	3,0	1,0	0,00	1,00	100%
	1.1.2	3	3	3	2	3	2,8	0,93	0,00	0,93	93%
	1.1.3	3	3	3	3	3	3,0	1,0	0,00	1,00	100%
	1.2.1	3	3	3	3	3	3,0	1,0	0,00	1,00	100%
	1.2.2	3	3	3	3	3	3,0	1,0	0,00	1,00	100%
	1.2.3	3	3	3	3	3	3,0	1,0	0,00	1,00	100%
	1.2.4	3	3	3	3	3	3,0	1,0	0,00	1,00	100%
	1.2.5	3	3	3	2	3	2,8	0,93	0,00	0,93	93%
	1.2.6	3	3	3	3	3	3,0	1,0	0,00	1,00	100%
	1.2.7	3	3	3	3	3	3,0	1,0	0,00	1,00	100%
Recursos	2.1	3	3	3	3	3	3,0	1,0	0,00	1,00	100%
	2.2	3	3	3	3	3	3,0	1,0	0,00	1,00	100%
	2.3	3	3	3	3	3	3,0	1,0	0,00	1,00	100%
Ações	3.1.1	3	3	3	3	3	3,0	1,0	0,00	1,00	100%
	3.2.1	3	3	3	3	2	2,8	0,93	0,00	0,93	93%
	3.2.2	3	3	3	3	2	2,8	0,93	0,00	0,93	93%
	3.3.1	3	3	3	3	3	3,0	1,0	0,00	1,00	100%
	3.3.2	3	3	3	3	3	3,0	1,0	0,00	1,00	100%
	3.4.1	3	3	3	3	3	3,0	1,0	0,00	1,00	100%
	3.4.2	3	3	3	3	2	2,8	0,93	0,00	0,93	93%
	3.5.1	3	3	3	3	3	3,0	1,0	0,00	1,00	100%
	3.5.2	3	3	3	3	3	3,0	1,0	0,00	1,00	100%
	3.6.1	3	3	3	3	3	3,0	1,0	0,00	1,00	100%
	3.6.2	3	3	3	3	3	3,0	1,0	0,00	1,00	100%
	3.6.3	3	3	3	3	3	3,0	1,0	0,00	1,00	100%
	3.7.1	3	3	3	3	3	3,0	1,0	0,00	1,00	100%
	3.7.2	3	3	3	3	2	2,8	0,93	0,00	0,93	93%
	3.7.3	3	3	3	3	3	3,0	1,0	0,00	1,00	100%
	3.8.1	3	3	3	2	3	2,8	0,93	0,00	0,93	100%
	3.8.2	3	3	3	3	3	3	1	0,00	1,00	100%
	3.9.1	3	3	3	3	3	3	1	0,00	1,00	100%
	3.9.2	3	3	3	3	3	3	1	0,00	1,00	100%
	3.9.3	3	3	3	3	3	3	1	0,00	1,00	100%
	3.10.1	3	3	3	3	3	3	1	0,00	1,00	100%
	3.10.2	3	3	3	3	2	2,8	0,93	0,00	0,93	100%
	3.10.3	3	3	3	3	3	3	1	0,00	1,00	100%
Produtos	4.1.1	3	3	3	3	3	3	1	0,00	1,00	100%
	4.1.2	3	3	3	3	3	3	1	0,00	1,00	100%
	4.2	3	3	3	3	3	3	1	0,00	1,00	100%

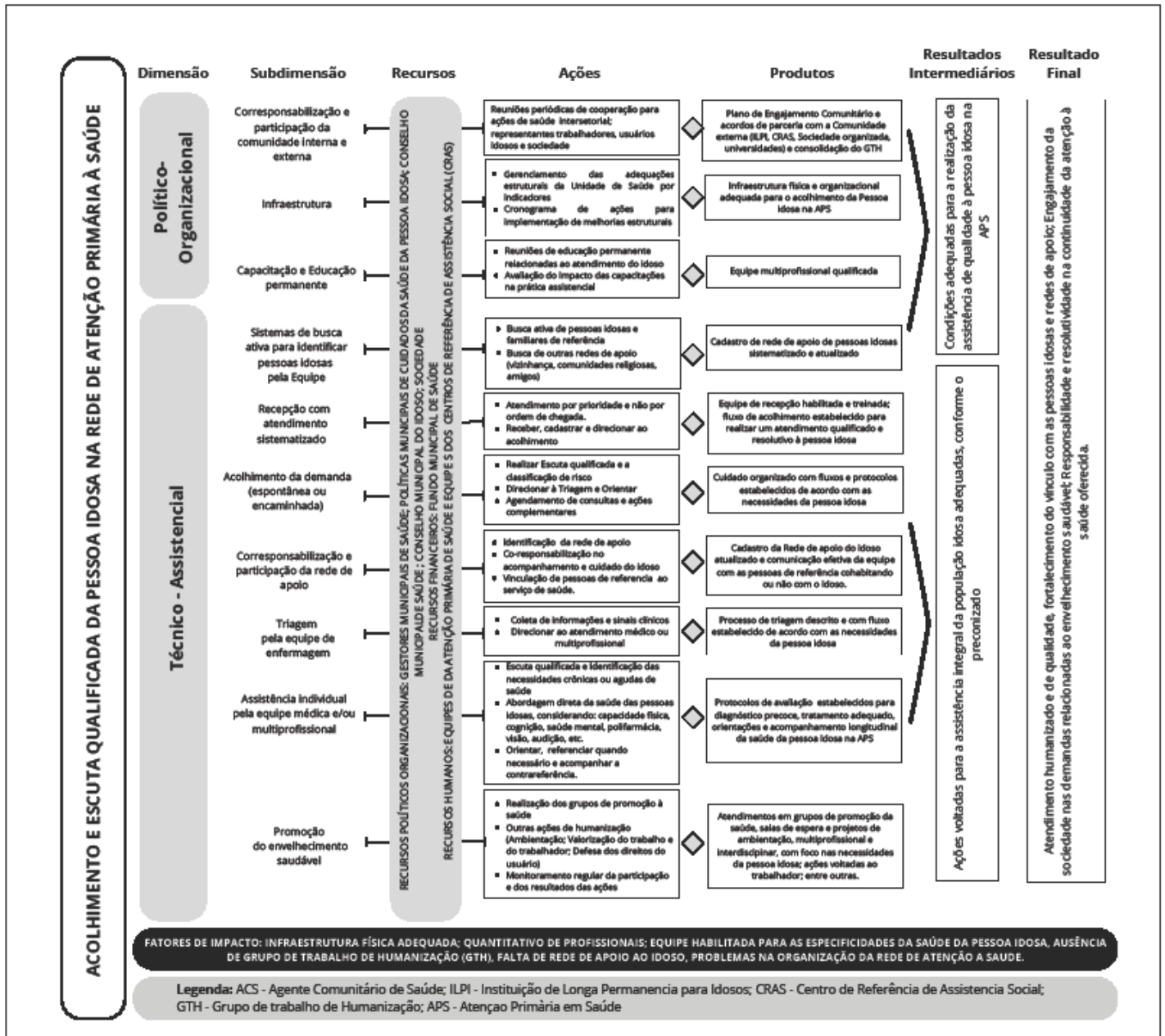
	4.3	3	3	3	3	3	3	1	0,00	1,00	100%
	4.4	3	3	3	3	3	3	1	0,00	1,00	100%
	4.5	3	3	3	3	3	3	1	0,00	1,00	100%
	4.6	3	3	3	3	3	3	1	0,00	1,00	100%
	4.7	3	3	3	3	3	3	1	0,00	1,00	100%
	4.8	3	3	3	3	3	3	1	0,00	1,00	100%
	4.9	3	3	3	3	3	3	1	0,00	1,00	100%
	4.10	3	3	3	3	3	3	1	0,00	1,00	100%
Resultados	5.1.1	3	3	3	3	3	3	1	0,00	1,00	100%
	5.1.2	3	3	3	3	3	3	1	0,00	1,00	100%
	5.2	3	3	3	3	3	3	1	0,00	1,00	100%
Fatores de Impacto	6.1	3	3	3	3	3	3	1	0,00	1,00	100%
Legenda	6.2	3	3	3	3	3	3	1	0,00	1,00	100%

Fonte: elaborado pelos autores, 2025.

A análise de Relevância também alcançou consenso dos juízes especialistas na 2ª Rodada de avaliação sendo então validado o conteúdo do Modelo Lógico.

O desenho do ML foi melhorado e obteve-se a configuração final com o título: Modelo Lógico do Acolhimento e Escuta Qualificada da Pessoa Idosa na Rede de Atenção Primária à Saúde, representado na página seguinte (Figura 6)

Figura 6. Apresentação final do Modelo Lógico do Acolhimento e Escuta Qualificada da Pessoa Idosa na Rede de Atenção Primária à Saúde após validação. Uberaba MG, 2025.



Fonte: elaborado pelos autores, 2025

6. .DISCUSSÃO

O Modelo Lógico baseia-se na tríade estrutura, processo e resultado, organizando as informações em: dimensões e insumos/recursos (estrutura), ações/atividades e produtos (processo), além de resultado intermediário e impacto final (resultado) (Nakata; Feltrin; Ferreira, 2023). Para a construção de um ML é necessária a identificação de um problema, ou seja, uma situação indesejável declarada, sendo condição necessária que o problema declarado possa ser enfrentado por um programa.

O problema identificado neste estudo foram os entraves da assistência humanizada à pessoa idosa na rede de Atenção Primária em Saúde, partindo-se das diretrizes de acolhimento e escuta qualificada previstos na PNH, tendo como direção reduzir os entraves e ampliar a cultura da prática do acolhimento e da escuta qualificada. E, previu como beneficiários equipes de saúde, usuários idosos, familiares e sociedade.

A partir dos resultados da análise documental e os resultados das entrevistas com gerentes e profissionais, as observações pelo diário de campo e as oficinas de sensibilização, foi possível definir os componentes do ML voltados para o acolhimento da pessoa idosa na rede de atenção primária à saúde.

6.1. ESTRUTURA DO MODELO LÓGICO

6.1.1. Dimensão e Subdimensão

Entende-se por dimensão e subdimensão as informações (dados) que evidenciam a existência do problema, o delimitam e o dimensionam, enquanto os RECURSOS incluem os recursos humanos, financeiros, organizacionais e políticos necessários e suficientes para o programa alcançar os seus objetivos (Cassiolato; Guerresi, 2010).

O Modelo Lógico do Acolhimento da Pessoa Idosa na Rede de Atenção Primária à Saúde compreendeu duas Dimensões: Político – Organizacional e Técnico Assistencial.

6.1.1.1. Dimensão Político-Organizacional

Ao longo do tempo é possível encontrar várias definições de saúde, mesmo quando diversas, são na sua maioria convergentes e formam um conjunto de noções rearticuladas ao contexto social-histórico (Souza e Silva; Schraiber; Mota, 2019). As pessoas idosas representam uma grande parcela da população mundial, correspondendo em 2017 a 13% da população global, percentual que tende a crescer rapidamente nas próximas décadas,

principalmente nos países de baixa e média renda (*World Health Organization*, 2019).

Quando se trata do cuidado da pessoa idosa várias demandas e particularidades biopsicossociais são observadas e a diferenciam do usuário adulto, sendo importante um rompimento com um modelo único para atendimento à população, limitado à assistência de acordo com as necessidades do sistema e não do usuário (Coelho; Motta; Caldas, 2018).

A *Dimensão Político-Organizacional* prevê a gestão e a articulação com a sociedade para garantir o funcionamento da unidade de saúde e a qualidade da assistência da população idosa. Neste cenário, é importante que os atores tenham uma boa articulação política, conhecimento da legislação vigente assim como a sua aplicabilidade no dia a dia da APS.

Subdimensão Corresponsabilização e participação da comunidade interna e externa

Para assegurar os direitos à população idosa, a Política Nacional da Pessoa Idosa foi criada, bem como o Estatuto da Pessoa Idosa. Os dois buscam manter a integridade, autonomia, direitos, como também a socialização de cada indivíduo. De acordo com o Estatuto da Pessoa Idosa (2003), alterado em 2022, no artigo 97 diz que é passível de penalidade deixar de prestar assistência à pessoa idosa em situação de iminente perigo, ou recusar, retardar ou dificultar sua assistência à saúde (Brasil, 2022a).

Para Ribeiro et al (2021), existe a falta de acolhimento, o que pode ser compreendida como uma violência feita a este grupo, tanto clinicamente, quanto familiar. Os documentos falam sobre a negligência sobre a observação das demandas ignoradas da pessoa idosa, resultando na ausência de amparo, portanto a *Corresponsabilização e participação da comunidade interna e externa* devem ser observadas para garantir a legislação relacionada à população idosa.

A Política Nacional do Pessoa Idosa, instituída pela Lei nº 8.842, de 4 de janeiro de 1994, estabelece diretrizes para a promoção da autonomia, integração e sua participação efetiva na sociedade. Em 2006 é aprovada a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI) e neste contexto do atendimento à saúde, a política enfatiza a importância do acolhimento para garantir um cuidado humanizado, integral e respeitoso às especificidades da população idosa (Brasil, 2006).

O Humaniza SUS tem como método a inclusão de trabalhadores, usuários e gestores na produção e gestão do cuidado e dos processos de trabalho na tentativa de promover mudanças que são construídas não por uma pessoa ou grupo isolado, mas de forma coletiva e compartilhada. (Brasil, 2013).

Portanto a articulação e corresponsabilização, entre as diferentes partes que envolvem o processo de saúde, pode ser um grande desafio na prática do cuidado resolutivo da população idosa na APS, no entanto pode favorecer a produção de novos modos de cuidar e novas formas de organizar o trabalho.

Subdimensão Infraestrutura

Na análise dos documentos observa-se que as características de um serviço da Atenção Básica (AB), para a população idosa, devem seguir critérios de implementação suficientes para atender-lhes de forma a garantir seus direitos. A PNAB (2017) e PNSPI (2006), apontam em seus artigos a atenção integral e a estruturação dos serviços de acordo com a necessidade e direitos de seus usuários.

Quanto à *Subdimensão Infraestrutura* sabe-se que existem limitações estruturais, como a falta de recursos e materiais nas unidades de saúde, o que compromete a qualidade do acolhimento, mesmo assim, o acolhimento é reconhecido como uma ferramenta crucial para melhorar o acesso aos serviços de saúde, além de promover um cuidado mais centrado no usuário, ampliando sua participação no processo de saúde e fortalecendo os vínculos com a equipe (Freire *et al.*, 2008; Tavares; Camacho; Mota, 2017; Bastos *et al.*, 2022).

A *Infraestrutura* aparece recorrentemente na fala dos profissionais indicando uma maior necessidade de atenção pela gerência de APS. O mesmo não acontece na fala dos gerentes de unidade, que não abordam o assunto como um problema para a realização do acolhimento.

Na categoria ***Falta estrutura na unidade***, os profissionais relatam que 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.

Já na categoria ***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, indicando uma 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.

Apenas duas UMS apresentaram sala de acolhimento estruturada, mesmo assim os espaços eram compartilhados e não foi observada uma rotina estabelecida. As orientações

(independente de qual profissional as faça) são verbais e quase não existem informações visuais (como placas de identificação e cartazes).

A estrutura física para o acolhimento é prevista 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)

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 educação permanente), mas também pela falta de estrutura física para um funcionamento adequado do acolhimento (Rocha *et al.*, 2017).

O cumprimento das mudanças previstas na PNH para a reestruturação dos serviços de saúde não é um processo simples e, muitas vezes, vai além dos limites e possibilidades da equipe, dependendo, também, da vontade política e das mudanças e condições estruturais dos serviços (Shiroma; Pires, 2011; Figueiredo; Shimizu; Ramalho, 2020).

Subdimensão Capacitação e Educação permanente

A PNAB (2017) traz a perspectiva da qualificação dos profissionais no cuidado e também da participação popular nas decisões a serem tomadas. A Educação permanente é uma das estratégias de resolução apontada por alguns profissionais para uma articulação eficiente entre a equipe multiprofissional, contratação de profissionais e especialistas, o acolhimento, a capacitação dos profissionais junto aos cuidadores e familiares dos usuários idosos (Silva *et al.*, 2021).

Para Barros e Botazzo (2011), a conduta do profissional diante ao atendimento ao usuário, por uma boa comunicação com linguagem acessível e um bom raciocínio clínico, interferem diretamente tanto na evolução do atendimento ideal para o usuário, quanto para o próprio serviço de saúde. Portanto, conhecimentos específicos na área de gerontologia, habilidades de comunicação, atitude proativa, respeito e empatia são processos imprescindíveis para o cuidado integral da população idosa (Ferreira *et al.*, 2021).

Além disso, o acolhimento na Estratégia de Saúde da Família (ESF) visa a transformar as interações entre trabalhadores e usuários, estabelecendo uma relação de vínculo e confiança que facilita o cuidado integral (Freire *et al.*, 2008). No entanto, a prática ainda enfrenta desafios significativos, como a falta de capacitação adequada dos profissionais, que muitas vezes não possuem uma visão integral do usuário e suas necessidades (Bastos *et al.*, 2022).

A Educação Permanente é um modo de direcionar, ampliar o conhecimento e a forma como abrange a atuação em saúde, a partir de práticas de ensino, orientações didáticas e discussão de abordagens conforme as demandas encontradas nas unidades (Brasil, 2018a).

As gerentes das UMS, quando perguntadas sobre a escuta qualificada, discorrem sobre a necessidade e importância da Educação Permanente fazendo com que ela ofereça melhoria do processo de escuta, delineando assim sua prerrogativa: ***Para ocorrer escuta qualificada há necessidade de Educação Permanente.***

Para a realização da Educação Permanente dentro da APS os gestores devem analisar quais as lacunas precisam ser preenchidas dentro das unidades, mas também compreender quais são as dificuldades para que esta prática seja executada (Brasil, 2018a). Ademais, a Educação Permanente é instrumento primordial dentro da APS, visto que discorre sobre assuntos necessários para melhorar o atendimento dos usuários, como a escuta qualificada, à qual se apresenta de modo a ser norteadora para um atendimento humanizado e de qualidade (Brasil, 2018a).

A categoria ***Capacitação do manejo profissional para melhorar o atendimento*** foi levantada pelos profissionais, que ressaltaram que por meio da atualização de algumas temáticas 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 permita uma orientação ao paciente cada vez melhor.

A Educação Permanente em Saúde (EPS), inserida pelo Ministério da Saúde como uma política de saúde no Brasil, busca nortear a formação e a qualificação dos profissionais inseridos nos serviços públicos, com vistas à 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).

Na categoria ***A qualidade da escuta depende do desenvolvimento de competências na equipe***, os profissionais de saúde 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 educação permanente impactando diretamente no desenvolvimento da clínica ampliada em saúde da população idosa (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 gerentes e profissionais de saúde 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 voltadas para as necessidades da população idosa.

6.1.1.2. Dimensão Técnico-Assistencial

A *Dimensão Técnico-Assistencial* prevê os fluxos assistenciais dentro da unidade de saúde. Os profissionais, assim como a rede de apoio e a legislação devem agir com o intuito de auxiliar positivamente no processo de senescência e senilidade, consequentemente levando a uma melhora na expectativa e qualidade de vida de cada pessoa idosa.

O acolhimento do usuário na atenção básica é uma prática necessária para promover o cuidado integral e humanizado, sendo uma estratégia de reorganização do modelo de saúde, que visa a estabelecer um vínculo de confiança entre os profissionais de saúde e os usuários, essencial para a humanização do atendimento (Bastos *et al.*, 2022; Freire *et al.*, 2008). Esta prática não se limita ao ato de receber o usuário, mas envolve uma escuta qualificada e a

consideração das necessidades individuais, proporcionando um cuidado mais efetivo e próximo, como observado na Política Nacional de Humanização (Bastos *et al.*, 2022).

Subdimensão Sistemas de busca ativa para identificar pessoas idosas pela Equipe

A Subdimensão *Sistemas de busca ativa para identificar pessoas idosas pela Equipe* pode ser verificada na leitura dos documentos como na PNSPI (2006), que traz a importância da implementação de sistemas de busca ativa de casos para identificar pessoas idosas na comunidade que necessitam de cuidados de saúde e sociais.

O estudo de Lima *et al.* (2018) mostra um despreparo das equipes da atenção básica no manejo da saúde da pessoa idosa e reforça que é necessário otimizar a operacionalização da Política de Saúde da Pessoa Idosa. A busca ativa é etapa relevante tanto na vigilância epidemiológica quanto na identificação das necessidades de saúde e socioeconômicas da população (Brasil, 2025).

Os profissionais de saúde entrevistados, na categoria: *Oferecer acesso à informação com vistas à resolutividade*, trouxeram o acesso como uma ação de humanização, relacionando o acolhimento ao agendamento médico, prática de referência ou apenas informam qual serviço os pacientes 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 da população idosa atendida, como é o caso da busca ativa.

Segundo o Manual da Estratégia *Integrated Care for Older People*/Atenção Integrada para Pessoas Idosas (ICOPE), da *World Health Organization* (2019), para um melhor alcance desta parcela da população na comunidade, a utilização de estratégias de acolhida, como visitas domiciliares por agentes comunitários de saúde e autoavaliação com apoio de tecnologias de telefonia móvel, podem ser usadas para busca ativa de casos.

As diferentes abordagens sobre acesso sugerem um quadro consolidado, 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 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 do acesso e da utilização dos serviços, diminuindo desfechos negativos e custos do sistema (Ribeiro; Cavalcanti, 2020).

Subdimensão Recepção com atendimento sistematizado

A estrutura operacional da Unidade Básica de Saúde (UBS) deve ser direcionada e resolutiva, a partir de estratégias criadas com base no público alvo, assim a orientação em relação à queixa apresentada pode ser sanada no local ou direcionada para o atendimento especializado (Brasil, 2022b).

As gerentes, na categoria: **Receber, direcionar e orientar**, descreveram um fluxo de atendimento da pessoa idosa desde sua chegada à UMS até o final do atendimento. Existe uma organização “padronizada” nas UMS pela qual os usuários percorrem ao chegar no serviço. No relato dos profissionais, encontrou-se a mesma categoria: **Recepcionar, direcionar, orientar, encaminhar, se necessário, a depender da demanda**.

Na observação das UMS, durante o Diário de Campo, o atendimento acontece por demanda organizada, com agendamento, com o qual o usuário chega à recepção, é direcionado para a triagem e fica aguardando consulta com especialista; e por demanda espontânea, sem agendamento, o usuário chega à recepção, onde ocorre uma escuta inicial rápida e será feito o agendamento de consulta ou orientação, num segundo caso, a depender da queixa, será encaminhado para a triagem.

A disposição dos serviços na APS é determinada para melhorar a acessibilidade e organização para os usuários, assim possibilitando uma recepção facilitada para todos que procuram a unidade (Silva; Pellense, 2024).

No caso de pessoas idosas que chegam à UMS sem uma marcação de consulta prévia, gerentes participantes mostraram fluxos diferentes de atendimento. Neste caso, o usuário é encaminhado para o profissional enfermeiro que fará o primeiro atendimento. Na prática, o acolhimento da demanda espontânea é classificado pelo enfermeiro como uma triagem, tendo como principal objetivo a avaliação de queixas agudas (Costa *et al.*, 2016).

O acesso da população à assistência em saúde ainda perpassa por muitas barreiras organizacionais, entre elas a falta do acolhimento e as filas de espera; no entanto, para um

cuidado com maior qualidade, é fundamental implementar estratégias para ampliar o acesso e reorganizar o processo de trabalho das equipes (Silva; Pellense, 2024).

Outra categoria foi ***Resolver dentro da unidade, encaminhar se necessário***, quando os gerentes se reportam ao acesso da pessoa idosa a UMS. O documento Acolhimento nas Práticas de Saúde (2010) atenta-se para uma concepção de acolhimento como uma dimensão espacial, por vezes identificada como uma recepção administrativa e ambiente confortável; ou por uma ação de triagem administrativa e repasse de encaminhamentos para serviços especializados.

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).

E ainda, para ocorrer atendimento integral são necessários a organização das equipes e o gerenciamento em relação ao fluxo que se encontra nas unidades. Porém, deve-se evitar a burocratização do acolhimento e do fluxo do usuário no serviço, para que haja um aumento da resolutividade e da capacidade de cuidado ofertado dentro da Unidade de Saúde (Brasil, 2015; Brasil, 2012a).

Subdimensão Acolhimento da demanda (espontânea ou encaminhada)

A ***Compreensão de humanização como acolhimento*** foi uma das categorias acerca da ação do acolhimento que surgiu dos profissionais de saúde. Os entrevistados compreendem o acolhimento como atitude de entender a pessoa para além de sua condição de saúde, considerando o contexto e as necessidades vividas pela pessoa idosa, bem como os determinantes sociais de saúde. E complementam que 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 Política Nacional de Humanização (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, 2013).

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.

Nesse mesmo sentido, os gerentes na categoria ***Boa adesão, identificação de demandas e capacidade de escuta***, retratam o acolhimento como resolutivo uma vez que os usuários idosos aderem às ações desenvolvidas nas UMS. Além disso, a identificação da demanda e a qualidade de escuta também foram apontados como fatores diretamente relacionados à resolutividade.

Para que haja uma adesão satisfatória dos usuários nas unidades e nos serviços é preciso ter estratégias e recursos; assim, através do acolhimento humanizado, orientações pertinentes às queixas apresentadas e cuidado com os usuários, haverá seguimento nos atendimentos e resolutividade das demandas (Brasil, 2010; Brasil, 2015).

A comunicação entre usuários, familiares e profissionais é fundamental na compreensão do adoecimento e principalmente na aderência a tratamentos e orientações (Schenker; Costa, 2019). Os direitos à saúde humanizada são garantidos aos usuários por lei, O acolhimento, por sua vez, tem influência direta sobre os benefícios no atendimento da pessoa idosa, possibilitando melhor acesso e maior resolutividade nas demandas (Medeiros *et al.*; 2019).

No entendimento de uma gerente, o que existe é o acolhimento estrutural, tentando mesmo que de forma reducionista, através de uma escuta inicial e triagem rápida darem sequência, acompanhamento ou encaminhamento a demanda do usuário que chega à UMS, na categoria ***Acolhimento estrutural reducionista, mas que amplia o acesso***.

As unidades criam, conforme sua demanda, uma estrutura para organização do acolhimento, para assim atender todos os pacientes, acolher as queixas e não deixar nenhum usuário sem o serviço procurado. No entanto, as unidades possuem um alto fluxo de pacientes, o que dificulta o atendimento ampliado dos profissionais, uma vez que precisam atender a todos os presentes e quando necessário os encaixes (Silva; Pellense, 2024).

A PNAB (2017) recomenda uma média de três mil usuários por equipe de saúde da família, no entanto, o estudo de Schenker & Costa (2019) mostrou em pesquisa que uma equipe entrevistada tem que assistir um número maior ao preconizado pela legislação e tal discrepância representa um obstáculo ao cuidado, uma vez que existem grupos prioritários de

acompanhamento, sendo possível que a assistência cuidadosa e específica à população idosa não se apresente como prioridade nas ações de saúde.

Há uma iniciativa dos profissionais em tentar compreender as queixas apresentadas pelos usuários, mas também é preciso agilidade para cumprir todas as demandas, o que pode gerar uma descontinuidade no cuidado e deficiência no acolhimento (MENDONÇA, et al.;2021).

Na categoria ***Acolher e entender os problemas do usuário para direcionar ao atendimento***, os profissionais entrevistados que reconheceram realizar a escuta em sua prática profissional a relacionaram com o sentido de acolher, de entender as necessidades daquela pessoa idosa, 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 funciona com porta de entrada para que aconteça uma avaliação aprofundada da pessoa idosa quanto às suas necessidades de saúde e assistência social, enquanto 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 (World Health Organization, 2019).

Subdimensão Triagem pela equipe de enfermagem

A figura do profissional enfermeiro apresentou-se predominantemente nas respostas das gerentes como o profissional que realiza o acolhimento nas UMS na categoria nomeada como: ***Realizado pela equipe de enfermagem***. Já os profissionais identificam outras categorias nesse papel na categoria: ***Realizado pela equipe de enfermagem e também por outros profissionais***.

O estudo de Costa *et al.* (2016) discute sobre o cotidiano do enfermeiro na APS, em que o acolhimento não é reconhecido como um cuidado de enfermagem e se caracteriza por atendimentos pontuais, fragmentados e direcionados à queixa. Os participantes consideraram que o acolhimento ideal poderia ser atingido se a equipe fosse dimensionada para o tamanho da população atendida.

As gerentes entrevistadas também consideram a enfermagem como “porta de entrada” no atendimento à saúde na APS, referindo-se ao enfermeiro como primeiro profissional de

contato do usuário. Assim como é para os profissionais participantes, na qual a equipe de enfermagem aparece como a categoria principal que realiza acolhimento, a princípio na estrutura de triagem, onde irá receber a demanda da pessoa idosa. Outros profissionais também foram relatados realizando o acolhimento, como psicólogos e os agentes comunitários em visitas domiciliares.

A assistência pela enfermeira vai além dos aspectos biológicos e do ato medicamentoso, destacando-se a comunicação, a sensibilidade e a linguagem facilitadores do vínculo e maior adesão às orientações (Menezes, et al; 2020). 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, já que é reconhecido pela capacidade de acolher as necessidades e expectativas dos usuários (Costa; Garcia; Toledo, 2016).

E 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, 2012a).

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).

Subdimensão Corresponsabilização e participação da rede de apoio da pessoa idosa

Três categorias relacionadas às dificuldades na corresponsabilização e participação da rede de apoio dificultando a assistência à saúde da população idosa nas UMS foram observadas, tanto por parte dos gerentes quanto dos profissionais. São elas: ***Falta de acompanhamento familiar e Dificuldade de entendimento; Dificuldade de entendimento dos idosos e Falta de acompanhamento ou apoio familiar.***

Segundo as gerentes e os profissionais entrevistados, uma das maiores dificuldades enfrentadas pelos profissionais é a falta da família nos atendimentos com os usuários idosos, uma vez que eles apresentam dificuldades em compreender as orientações e ou até mesmo não entendem o que os profissionais falam, dificultando assim o fluxo dentro da unidade e também a promoção do cuidado.

Com o aumento da longevidade, a necessidade de cuidados com pessoas idosas também cresce, uma vez que precisam ser assistidos de perto por uma rede de apoio, que no caso, os familiares, podem auxiliar nas suas demandas como: saúde, alimentação, transporte e mobilidade (Souza *et al.*, 2015).

Em uma investigação sobre a percepção dos usuários idosos frente ao cuidado, os entrevistados consideraram os familiares como suporte essencial, tanto no âmbito afetivo quanto no acesso a serviços e necessidades básicas (Oliveira *et al.*, 2018). A falta de acompanhamento da família no cuidado de saúde à pessoa idosa, potencializada pela baixa escolaridade e renda, são fatores prejudiciais na assistência (Coelho *et al.*, 2018).

Nos achados, uma das maiores dificuldades enfrentadas pelas equipes, relatadas por suas gerentes, foi a falta de entendimento do usuário idoso e a compreensão das orientações. Com o avanço da idade é comum que haja um declínio funcional das ações cognitivas. Muitas vezes a pessoa idosa comparece sozinho na unidade ou acompanhado de seu parceiro, o qual também já está no processo de envelhecer, o que dificulta o atendimento (Coelho *et al.*, 2018).

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).

Outro aspecto que deve ser levado em consideração é a dinâmica da resolutividade da RAS. Algumas intervenções, como por exemplo, equipamentos de mobilidade, aparelhos auditivos, assistência de reabilitação, são processos com baixa capacidade de inclusão de novos usuários pela alta demanda, problemas de infraestrutura, poucos profissionais. 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).

Os profissionais que atuam na APS precisam atentar-se sobre a importância do cuidado da pessoa idosa 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. Essas pessoas 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).

Os resultados desse estudo também mostram que as principais características do cuidado, dentro dos documentos analisados, trazem como pontos chave a assistência e o apoio social, o plano de cuidados personalizados, avaliação centrada na pessoa e serviços seguros e atentos. A partir disso, pode-se observar que práticas voltadas para o cuidado centrado na pessoa idosa trazem diversos benefícios, tanto para o serviço quanto para o usuário (*World Health Organization, 2019*).

Subdimensão Assistência individual pela equipe médica e/ou multiprofissional

A categoria **A escuta especializada**, pela visão das gerentes, apresentou certa confusão das respostas sobre o significado da escuta qualificada, ora vista como abrangente na tentativa de atender qualquer demanda, ora (na maioria das respostas) vista como especializada e mais individualizada na busca de atender a alguma demanda específica dentro da Atenção Primária.

A humanização, seja individual ou coletiva, preza pelo respeito e educação, na intenção de ressaltar a individualidade de cada; ser ou seja, mesmo que a escuta inicial não seja individual, em algum momento, ela deverá identificar a demanda de cada pessoa idosa (Bastos *et al.*, 2022). No entanto, a escuta qualificada pode se disfarçar numa “escuta diagnóstica”, que por meio dos discursos dos pacientes idosos, os profissionais interpretam e traduzem o que foi dito para áreas específicas ou encaminhamentos possíveis (Sanches; Silva; 2019).

Quando se trata da escuta qualificada como especializada (e não que esteja totalmente errado) é necessário entender que a escuta vai para um lugar de confiança, na compreensão de situações específicas e isso pode acontecer simplesmente pela escuta qualificada ser realizada de forma efetiva e eficiente. Um estudo mostrou que a sensibilidade do usuário ao se sentir escutado pode ser decisiva para potencializar o cuidado do profissional e aprofundar-se na demanda dele (Maynard, *et al.*; 2014).

Os relatos dos profissionais entrevistados, aqui evidenciados pela categoria **Saber escutar com atenção e entender a necessidade do usuário na busca da resolução**, trouxeram várias percepções sobre o que é a escuta qualificada, revelando que ela 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.

Outra categoria que se aproxima da anterior é ***Realizar escuta qualificada direcionada à resolutividade***. 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 e, 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 (Maynart *et al.*, 2014).

Na PNH, a escuta 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, 2013).

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).

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 achado nos documentos analisados aponta que o cuidado centrado na pessoa idosa deve ser observado e isso implica diretamente em como os profissionais podem traçar um plano de cuidado individual e que considere todos os aspectos funcionais extrínsecos e intrínsecos a tal população (World Health Organization, 2019).

Corroborando com esse documento analisado, um estudo sobre acolhimento e cuidados de enfermagem apresentou o cuidado direcionado e específico para cada usuário como garantia de maior adesão ao tratamento e seguimento das orientações ofertados pela equipe de saúde

(Silva *et al*; 2024). As gerentes entrevistadas, na categoria ***singularidade e privacidade***, trazem que o acolhimento é também um espaço individualizado e subjetivo que deve ser observado, reforçando a necessidade de um cuidado centrado na pessoa.

Na percepção dos profissionais, a categoria ***Bom acolhimento do profissional a depender do contexto do usuário***, um bom acolhimento ocorre a partir da escuta, da habilidade do profissional e a depender do contexto em que o usuário seinsere.

A ênfase na produção de procedimentos clínicos dificulta a colaboração entre os profissionais para a integralidade do cuidado, enquanto a formação convencional, baseada em práticas isoladas e altamente autônomas, reforça a intervenção com foco nos aspectos biológicos, mesmo em propostas de atenção que buscam promover a integralidade do cuidado em saúde (Warmiling;Baldisserotto;Rocha,2019).

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 pessoas idosas (*World Health Organization*, 2019).

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

Subdimensão Promoção do envelhecimento saudável.

Na teoria de necessidades humanas básicas de Horta (2011), o ser humano precisa estar em equilíbrio, para apresentar seu bem-estar em alta. Para isto, os aspectos fisiológicos, sociais, e de segurança precisam estar em harmonia. A desarmonia leva a complicações significativas, em relação à saúde em curto e longo prazo de qualquer pessoa. Nesse sentido não só de ações curativas direcionadas à doença devem ser valorizadas pelas equipes de saúde.

Os profissionais precisam de um olhar atento e preciso, garantindo a integralidade em saúde, um dos princípios do SUS e também voltado para as pessoas idosas. O manual ICOPE descreve que os serviços de saúde devem estar em sintonia com os valores, as necessidades, a compreensão de vida, o diagnóstico, a cultura e as preferências da pessoa (*World Health Organization*, 2019).

As categorias ***Atividades em grupo*** e ***Ações voltadas para a comunidade: atividades grupais e sociais***, provêm do entendimento de gerentes e profissionais em relação às ações de humanização dentro da UMS.

Dentre os elementos primordiais os quais devem ser encontrados nas unidades de APS é a prática de Educação em Saúde; e o mecanismo escolhido para sua aplicação deve ser feita de maneira ampla utilizando as atividades em grupos, sugeridas pela equipe multiprofissional (Brasil,2015).

Na visão dos profissionais entrevistados, as unidades promovem uma variedade de ações voltadas para a comunidade, desde atividades grupais através dos grupos de tabagismo, HiperDia e atividades físicas até ações de acolhimento como busca ativa, atendimento domiciliar, inclusão na sociedade, educação em saúde e atividades sociais como eventos junto à comunidade.

As gerentes consideraram os grupos do Programa de Hipertensão Arterial e Diabetes (HiperDia) como principal ação de humanização nas UMS. Nestes grupos, são realizadas atividades como cafés comemorativos, bingos, salas de espera, e ainda reforçam que o HiperDia não é um grupo apenas de distribuição de medicações. A prática do HiperDia em geral é realizada pelos enfermeiros e permite a identificação dos usuários, bem como organiza de forma regular e pertinente informações sobre a distribuição de medicamentos, realização de ações de educação em saúde, aferição de sinais vitais, consultas médicas e de enfermagem, entrega da medicação de uso contínuo, entre outros (Draeger *et al.*, 2022).

As atividades em grupo, quando bem executadas, permitem que haja a compreensão de quais são as necessidades desses indivíduos; e a aplicação de métodos lúdicos, recreação criam um ambiente acolhedor para a pessoa idosa sentir-se a vontade para expressar seus sentimentos, dores e angústias quando dada abertura para sua fala (Draeger *et al.*, 2022; Brito; *et al.*, 2020).

Ações com foco na promoção da saúde e prevenção de doenças, sobretudo atividades em grupo, têm mostrado evidências de serem eficazes como ferramenta educativa ao utilizar-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). No entanto, trabalhos revelam que grupos de Educação em Saúde ainda são desenvolvidos com foco na doença e na cura, demonstrando fragilidades na sua realização e os desafios em se consolidar uma prática que promova a saúde (Figueiredo *et al.*, 2012; Mendonça; Nunes, 2014; Roecker; Marcon, 2011).

6.1.2. Recursos

Para que o programa alcance suas metas são necessários recursos. Os documentos analisados trazem diretrizes de organização, funcionamento e responsabilidades. É importante o reconhecimento desses recursos e a participação ativa dos atores envolvidos na busca de garantia dos recursos necessários para o desenvolvimento do acolhimento. No estudo de Silva; et al (2021) foram encontradas algumas dificuldades e possíveis resoluções nas dependências da AB, no cuidado com as pessoas idosas, entre elas, a gestão ineficiente, barreiras de acesso físicas, dificuldades familiares para o deslocamento, filas de espera, entre outras situações.

Segundo o Governo Estadual de Minas Gerais (2008), com o envelhecimento populacional é necessário um olhar mais delicado para a população com mais de 60 anos, a qual se classifica como pessoa idosa. De tal maneira devem ser criadas ações que prezam pela manutenção da qualidade de vida destas pessoas, uma vez que possuem uma maior carga de doenças não transmissíveis, as quais ocupam grande espaço no sistema de saúde (Minas Gerais, 2008).

É essencial melhorar a vida de cada pessoa idosa, alcançando as suas necessidades básicas e esse processo deve ser feito durante a vida inteira de uma pessoa, fazendo com que as unidades de saúde estejam menos superlotadas, e possam ter mais investimento para agregar na vitalidade das pessoas.

É evidente que o acolhimento, quando bem realizado, permite que o usuário tenha suas demandas emocionais e clínicas reconhecidas e tratadas de forma adequada (BASTOS; et al, 2022). Porém, a sua implementação depende da colaboração entre gestores e profissionais de saúde, para criar um ambiente propício à promoção da saúde e ao bem-estar dos usuários investindo na capacitação das equipes, melhorando a estrutura física e os recursos disponíveis nas unidades de saúde (Ferreira *et al.*, 2018; Tavares; Camacho; Mota, 2017; Freire *et al.*, 2008).

6.2. PROCESSO DO MODELO LÓGICO

Os processos do ML compreendem duas etapas. A primeira denominada ações diz respeito às atividades que produzem bens e serviços com os quais se procura minimizar ou extinguir as causas de um problema, já os produtos são o resultado do processo de produção de uma ação. Cada produto corresponde a uma ou mais ações.

6.2.1. Ações e Produtos

As ações e produtos do modelo lógico serão discutidas a partir dos resultados da avaliação pelos Informantes-Chave (gerentes) e da validação pelos *experts*.

Os atores, aqui os Informantes-Chave (gerentes), são um grupo social que atuam no contexto, relacionando-se com os problemas de maneira ativa através de um projeto, controle de recursos ou capacidade de produzir fatos para o contexto (Matus, 2005).

Na Análise da Motivação dos Atores, as gerentes indicaram a importância e o interesse no desenvolvimento da prática do acolhimento e da escuta qualificada na assistência ao usuário idoso na rede de atenção primária em saúde. Neste teste encontraram-se três ações conflitantes nas respostas.

Na ação *Realizar Escuta qualificada e a classificação de risco*, as gerentes apresentam uma posição mascarada, do tipo A - mostrando propositalmente mais apoio do que o real. A resposta condiz com o apresentado nas entrevistas quando os gerentes buscam qualificar a triagem como acolhimento.

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 a população idosa. Em alguns casos, a escuta é mais detalhada e minuciosa no atendimento médico.

De acordo com o Estatuto da Pessoa Idosa (2022), no artigo 3º, “ É obrigação da família, da comunidade, da sociedade e do poder público assegurar à pessoa idosa, com absoluta prioridade, a efetivação do direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, à cultura, ao esporte, ao lazer, ao trabalho, à cidadania, à liberdade, à dignidade, ao respeito e à convivência familiar e comunitária”. Neste sentido ações simples de humanização, relacionadas à ambiência, como sinalização ou busca ativa de idosos na fila de espera, podem resolver e atender a legislação, uma vez que não é atendida nas UMS participantes.

O acolhimento, na APS, é imprescindível na qualidade da assistência ofertada aos usuários do SUS, pois a recepção do usuário nas unidades de saúde impacta diretamente na garantia de resolutividade aos serviços de saúde e da promoção da saúde (Rodrigues; Nascimento, 2019). 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, 2018b).

No entanto, o acolhimento na prática, diversas vezes, é classificado apenas como uma triagem da demanda espontânea, com a finalidade de avaliação de queixas agudas, reduzindo a compreensão dele 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).

A ação *Corresponsabilização no acompanhamento e cuidado do idoso*, também apresentou conflito com posição mascarada (A-). Esse é um problema relatado pelas equipes das UMS.

A PNSPI (2006) propõe a participação dos indivíduos, famílias e sociedade civil na prestação de cuidados de saúde e sociais a pessoas idosas, na tentativa de cobrir lacunas nos cuidados, tais como cuidados pessoais, promoção a saúde e o bem-estar.

Um estudo realizado durante a pandemia da SARS COVID -19 identificou que as pessoas idosas eram o grupo mais vulnerável, mas poucos estudos mencionavam isso, ou mesmo como abordá-los, como apoiá-los, como cuidar deles de forma adequada e igualitária. Esse mesmo estudo complementa que a Atenção Primária à Saúde tem um papel importante no monitoramento contínuo ao longo do tempo da população (Nascimento; Mota, 2022).

A APS, como porta de entrada na Rede de Atenção à Saúde, tem a necessidade de um grupo preparado em promover o primeiro contato do usuário com os serviços de saúde, estando esses profissionais abertos às tecnologias relacionais, à produção de grupidades, à elaboração e ao manejo de banco de dados com informações sobre a demanda, o serviço e a rede de saúde, de apoio e proteção social (Brasil, 2010).

O 3º conflito observado na resposta das gerentes diz respeito à ação *Realização dos grupos de promoção à saúde*. Tanto no relato de profissionais quanto dos gerentes, os grupos aparecem como estratégias de humanização. Na observação verifica-se que todas as unidades praticam o programa HIPERDIA (Hipertensão e Diabetes) e buscam desenvolver algumas atividades na sala de espera e outros grupos. Mas não foram observados relatos consistentes quanto à efetividade dos grupos.

A Atenção Básica tem um papel importante quanto às atividades de educação e à promoção do envelhecimento saudável com o desafio de construir uma sociedade inclusiva em que as pessoas com limitações físicas, psíquicas e sociais possam ter interação e participação na sociedade em igualdade de condições (Romero; Maia, 2022). Portanto, os espaços de interação grupal devem ser melhor aproveitados como importante recurso na prática da promoção do envelhecimento saudável.

Após a avaliação pelos informantes chave, iniciou-se o processo de validação de conteúdo do ML. Os juízes participaram no processo de validação do conteúdo do Modelo Lógico quanto à estrutura, aos processos e ao resultado.

As sugestões foram acatadas quanto a correção de termos, inclusão de atores dentro do programa, modificação de palavras complementares e algumas considerações que foram significativas à lógica do programa e estão apresentadas nos resultados. Porém, as considerações mais relevantes aconteceram nos PROCESSOS do Modelo Lógico.

As inclusões realizadas no ML, foram quatro novas ações: *Cronograma de ações para implementação de melhorias estruturais; Avaliação do impacto das capacitações na prática assistencial; Busca de outras redes de apoio (vizinhança, comunidades religiosas, amigos); Monitoramento regular da participação e dos resultados das ações.*

As principais considerações dos juízes foram relacionadas à gestão do programa, mostrando a importância do estabelecimento de fluxos e controles para o alcance de uma gestão humanizada e de qualidade. A Palavra gestão aparece frequentemente nos trechos da análise documental quando se trata do acolhimento e de humanização, como nos trechos:

“O acolhimento é uma das diretrizes (...) que incorpora a análise e a revisão cotidiana das práticas de atenção e gestão implementadas nas unidades do SUS.” (Acolhimento nas Práticas de Saúde)

“(...) Atenção Básica acolhedora, resolutiva e que avança na gestão e coordenação do cuidado do usuário nas demais Redes de Atenção à Saúde.” (PNAB)

O ML pode ser utilizado como um instrumento para a avaliação de programas, com o propósito de melhorar a consistência do processo e o seu gerenciamento (Cassiolato; Guerres, 2010), neste caso o acolhimento à pessoa idosa na APS.

O tema qualidade da gestão e das práticas das equipes de saúde tem assumido maior relevância para o Sistema Único de Saúde (SUS) e programas do MS, como o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ), que propõe iniciativas para a qualificação da APS pelo impacto da rede sobre as condições de saúde da população e sobre a satisfação dos seus usuários, por meio de estratégias de facilitação do acesso e melhoria da qualidade dos serviços e ações (Brasil, 2014).

Os *experts* em suas considerações abordaram temas como: O papel dos gestores municipais operacionalizando as políticas de cuidado à pessoa idosa; quantitativo ideal de profissionais para atender à demanda da APS; Adoção de protocolos padronizados; Manutenção da eficácia das parcerias externas e Alcance do ML em outras redes de atenção à população idosa. Ao verificar as respostas obtidas pela dinâmica aplicada nas oficinas, observam-se apontamentos convergentes com os participantes da pesquisa, reforçando os entraves da assistência humanizada à pessoa idosa na APS.

O estudo de Piffer; Matos (2020) evidenciou que o PMAQ é uma ferramenta importante na gestão dos recursos destinados à saúde, auxiliando e contribuindo com melhorias como: a implantação da comissão de gerenciamento de risco; a padronização da assistência de enfermagem; o estabelecimento de controles no setor de regulação, melhorando o acesso do usuário às especialidades, reduzindo filas; implantação de normas e rotinas, manuais, protocolos assistenciais para garantir a gestão da qualidade e, conseqüentemente, melhorando o desempenho dos indicadores de saúde.

Noutra investigação, Bom, et al (2022) mostraram que a PNH é negligenciada pelos gestores de saúde, no setor público e, conseqüentemente pelos profissionais de saúde, diante da falta de interesse e empenho para criar estratégias e ações para valorizar e melhorar essa política, principalmente quando se trata de pessoas idosas.

O processo de humanização é mais que um ideal político. Ele permite verificar falhas na assistência, muitas centrada no adoecimento e pouco eficiente na identificação das vulnerabilidades, como aquelas que impactam as pessoas idosas (Bom *et al*, 2022). 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).

6.3. RESULTADOS DO MODELO LÓGICO

Entende-se como resultados na concepção do Modelo Lógico as mudanças e benefícios associados à implementação das operações do programa. São mudanças específicas no comportamento, conhecimento, habilidades, status ou nível de desempenho do participante do programa, que podem incluir melhoria das condições de vida, aumento da capacidade e/ou mudanças no cenário político-social (Cassiolato; Guerres, 2010).

Durante todo o percurso de discussão, foram levantadas possibilidades e estratégias relacionadas ao acolhimento e que impactam diretamente no alcance dos resultados aqui propostos no ML. Aqui nesse item, pretende-se discutir categorias que emergiram tanto da fala dos gerentes quanto dos profissionais que fogem do modelo tradicional de atenção à saúde, por perspectivas críticas e também positivas acerca do tema, o que mostra um interesse das equipes pela melhoria da qualidade da assistência prestada, além de um olhar humanizado e em busca da resolutividade dentro da APS.

As categorias, *Identificar o subentendido* e *Identificação do Subentendido*, trazem que, como registrado nos relatos dos profissionais de saúde das UMS reforçam que é nessa escuta qualificada que se identifica até mesmo o que o usuário não diz explicitamente, o que fica subentendido. Para as gerentes, a escuta qualificada vai além de identificar o que o paciente idoso não consegue expressar em fala, é envolver-se e criar uma conexão com esse grupo de pessoas que possibilite escutar e perceber não somente a necessidade concreta, mas sua realidade subjetiva.

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

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).

No parecer do Conselho Nacional de Saúde (CNS), os princípios gerais para as Diretrizes Curriculares Nacionais focam em competências mobilizadoras de conhecimentos, habilidades e atitudes, a partir de competências técnicas, comportamentais, éticas e políticas, que permitam superar os desafios frente às práticas profissionais do trabalho em saúde (Brasil, 2018c).

Na categoria *Trabalho profissional: para além da formação*, as gerentes relataram que o profissional da saúde precisa ir além da sua formação profissional, propondo a participação nas ações de cuidado da UMS com enfoque em outras habilidades pessoais dos profissionais

(como hobbies individuais ou comportamentos altruístas) num contexto relevante das ações de humanização.

Segundo a Política Nacional de Atenção Básica nas atribuições dos membros das equipes estão: a integralidade, promoção, proteção e prevenção de agravos à saúde, a partir dos profissionais da APS (Brasil, 2017). No entanto, a assistência ainda foca no atendimento sob o modelo médico hegemônico, com lacunas na consulta, as quais acarretam prejuízo na análise da condição de saúde ou de outras necessidades que poderiam ser expressas naquele momento, mesmo havendo consciência de melhora para o cuidado integrado (Ferreira; et al, 2021).

A formação profissional, diante da mudança do perfil demográfico da população, precisa ser adequada de forma a integrar ensino e prática sobre a saúde da pessoa idosa abordando a amplitude, complexidade e especificidades do processo saúde-doença, alinhadas às suas capacidades, necessidades e expectativas do usuário (Brasil, 2022a).

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, 2010; Silvestre; Costa Neto, 2003).

6.4. FATORES DE IMPACTO

São variáveis-chave, fora do controle da gerência do Programa, que a depender do seu comportamento criam condições favoráveis ou desfavoráveis ao desempenho do programa (Cassiolato; Guerres, 2010).

Os Fatores de Impacto elencados neste ML foram: *Infraestrutura física adequada; Quantitativo de profissionais; Equipe habilitada para as especificidades da saúde da pessoa idosa; Ausência de Grupo de Trabalho de Humanização (GTH); Falta de rede de apoio ao idoso; Problemas na organização da rede de atenção à saúde.*

No fator *Quantitativo de Profissionais*, na categoria ***Fragilidades e desafios na Atenção Primária***, emerge uma subcategoria: *Garante-se a triagem, mas a escuta dependerá da presença de profissionais e da demanda de pacientes.* Na descrição das gerentes os pacientes são acolhidos, mas acreditam que por haver algumas lacunas não são preenchidas, sugerem que

um maior número de funcionários, melhor direcionamento dos pacientes e treinamento dos profissionais seria um meio de diminuir o fluxo de usuários idosos.

Pela característica de porta de entrada, a demanda dentro nas unidades pode ser demasiada, pois podem realizar desde ações promotoras da saúde, práticas preventivas de agravos, procedimentos variados como: exames preventivos, vacinação, entrada para grupos de programas de prevenção (Brasil, 2022b).

Uma das fragilidades no atendimento à pessoa idosa é a desarticulação das redes intra e intersetoriais; os problemas de acesso, a falta de recursos humanos e materiais e as dificuldades das equipes diante das especificidades que permeiam a saúde desta população são fatores que impedem uma melhor resolutividade da assistência (Schenker; Costa, 2019).

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. A categoria ***Nem sempre há ações de humanização pela alta demanda e falta de recursos humanos***, mostra que 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 e dificultando 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 a uma maior autonomia, à responsabilidade compartilhada, à criação de vínculos solidários e à participação coletiva nos processos de gestão e de produção de saúde (Brasil, 2010).

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).

O fator *Ausência de Grupo de Trabalho de Humanização (GTH)* reforça a importância da implementação de ações de gestão a partir da PNH. Nenhum dos entrevistados se refere à uma organização formal de desenvolvimento de humanização seja *in loco*, nas UMS, ou seja, a nível de gestão central.

O Grupo de Trabalho de Humanização (GTH) é um espaço coletivo organizado, participativo e democrático, previsto pela PNH que se destina a empreender uma política institucional de resgate da humanização na assistência à saúde, em benefício de usuários, profissionais de saúde e demais membros da comunidade, voltada à valorização das pessoas e qualidade do trabalho. É composto por representantes de todo segmento da comunidade, que se reúnem para discutir as demandas e promoção de ações de humanização dentro da Instituição (Brasil, 2010).

A humanização dos serviços de saúde é um assunto complexo, desde a compreensão do que venha a ser a "humanização" até a operacionalização. No trabalho de Garcia, et al. (2010), os resultados que apesar de parecerem simples, na maioria das vezes, a humanização não se efetiva, o que torna urgente uma boa comunicação entre o usuário, o profissional e os gestores de saúde.

Quanto ao fator *Problemas na organização da rede de atenção à saúde*, os profissionais identificam como um dos problemas relacionados à resolutividade, o percurso do usuário idoso dentro APS e do profissional que lhe atende, emergindo outra categoria relacionada ao problema de estrutura: ***Há resolutividade apesar de problemas estruturais e a depender do profissional.***

A maior parte da população busca os serviços de emergência ao apresentar um problema de saúde, no entanto, também procuram a Unidade Básica de Saúde de referência para o seu atendimento, porém, 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.*, 2019).

Diferentes estratégias humanizadoras podem qualificar a referência, a contra referência 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). Um sistema de busca ativa atualizado e bem gerenciado pode ajudar na minimização dos problemas de saúde da pessoa idosa dentro da Rede de Atenção à Saúde.

A Revisão integrativa de Costa *et al.* (2023) mostra que fatores como a falta de conhecimento dos profissionais sobre as condições relacionadas ao envelhecimento, a sobrecarga de trabalho e a rotatividade dos profissionais da APS, bem como o distanciamento da gestão sobre os múltiplos aspectos relacionados à saúde da pessoa idosa, dificultam a realização da EPS nos territórios, prejudicando o desenvolvimento da clínica ampliada em saúde da população idosa.

Para o fator *Equipe habilitada para as especificidades da saúde da pessoa idosa*, os resultados da ação de Educação Permanente em Saúde mostraram a importância da capacitação constante das equipes de saúde. As palavras educação permanente, capacitação e treinamento aparecem em todas as Árvores de Problemas construídas pelos profissionais participantes. Além de considerações de um participante da Ação de EPS realizada como:

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

As exposições dialogadas e/ou problematização, como a Árvore de Problemas, favorecem um processo educativo ativo, incorporando a aprendizagem ao cotidiano dos serviços, de forma que os problemas vivenciados se tornem o pano de fundo das discussões, configurando assim um plano de EPS mais eficaz com intervenções de aprendizagem necessárias à construção da atenção humanizada (Lopes; Labegalini; Baldissera, 2017).

A falta de conhecimento limita a implantação e a execução de ações de promoção da saúde. Ainda que a Política Nacional de Educação Permanente vigore há mais de dez anos, é evidente a necessidade de ações para o seu fortalecimento no âmbito da atenção primária em relação aos cuidados prestados à população idosa (Gomes; Caldas, 2021; Costa *et al.*, 2023).

7. CONCLUSÃO

A pesquisa teve como principal premissa compreender os entraves da assistência humanizada à pessoa idosa na rede de Atenção Primária em Saúde, focando a diretriz do acolhimento prevista na PNH. Sua relevância está alinhada ao desenvolvimento dos objetivos e metas dos ODS, correlacionados às demandas do Sistema Único de Saúde brasileiro, buscando contemplar a diversidade e complexidade das propostas da ONU frente aos determinantes sociais, políticos, econômicos, culturais e saúde.

Envelhecer pode significar um declínio da funcionalidade e riscos físicos, psicológicos e sociais que impactam a saúde, neste sentido a abordagem da saúde da pessoa idosa deve levar em consideração uma escuta minuciosa, atenta e que esteja além de sinais clínicos.

A APS, como porta preferencial de entrada dos serviços de saúde, é responsável por operacionalizar o cuidado integrado da população, incluindo as pessoas idosas. A organização dos serviços de saúde para acolher e escutar faz-se necessária para que seja resolutiva diante da diversidade problemas de saúde da população idosa.

A pesquisa buscou elaborar e validar um instrumento nomeado *Modelo Lógico* para subsidiar o acolhimento do usuário idoso na rede de atenção primária à saúde, partindo-se do saber formal, através dos documentos que regulamentam e direcionam o acolhimento no SUS, bem como o saber informal, baseado na percepção dos gerentes e profissionais sobre o tema, representando graficamente um programa, aqui neste caso o acolhimento.

A metodologia adotada para a construção e validação do modelo com a participação ativa dos diversos interessados na avaliação, possibilitou trocas de experiências, aumentando o conhecimento de todos os envolvidos sobre a operacionalização do acolhimento na rede APS, sendo fator fundamental na elaboração do modelo proposto.

As dimensões estabelecidas no modelo lógico mostraram-se condizentes com as ações a serem desenvolvidas pela gestão e pelas equipes de saúde. Como uma das limitações da pesquisa destaca-se que, não foi realizada a implantação e aplicação do modelo desenvolvido para a avaliação das ações propostas na UMS, não sendo possível a verificação de indicadores de qualidade do acolhimento da pessoa idosa.

Ao considerar a percepção dos entrevistados acerca dos diversos elementos identificados no modelo lógico, foi possível uma avaliação para além dos aspectos normativos encontrados na literatura, enriquecendo os resultados obtidos.

A abordagem qualitativa permitiu a avaliação do entendimento dos atores acerca do tema e a construção de ações voltadas para o acolhimento da pessoa idosa na APS em maior profundidade, sob a perspectiva dos gerentes e profissionais que participaram do estudo, com a identificação das facilidades e dos principais obstáculos para a realização dessas ações de forma efetiva e resolutive.

As várias fontes de evidência utilizadas, juntamente com a análise dos dados, foram fundamentais para a descrição das características do processo de acolhimento da pessoa idosa em saúde. Foi possível, também, identificar as convergências e as divergências nas respostas obtidas entre os entrevistados e com as fontes de evidência utilizadas, aumentando a confiabilidade das informações coletadas e facilitando a interpretação. Estes aspectos contribuíram para aumentar a validade interna deste estudo.

No presente estudo, apesar das subdimensões apresentarem 100% de relevância, a *Infraestrutura* e a *Corresponsabilização e participação da rede de apoio do idosos*, foram bastante significativas. Na prática, a infraestrutura era reduzida, antiga e com espaços adaptados diante da demanda de pessoas dentro da Unidade. Quanto à rede de apoio, com exceção daquelas pessoas idosas que apresentavam mobilidade prejudicada, todos os usuários idosos estavam desacompanhados ou acompanhados de outra pessoa idosa.

As duas subdimensões mostram uma fragilidade na gestão de recursos e indicam que o cuidado dispensado às pessoas idosas, quanto à articulação com a rede de apoio, ainda está muito aquém do necessário para que se possa executar um cuidado integral e resolutive na APS.

A *Capacitação e Educação permanente* também apareceu fortemente nas diferentes fases desta pesquisa, mas é no desenvolvimento da Atividade de Ação Permanente em Saúde que se solidificou o desconhecimento sobre o acolhimento e a identificação da falta de capacitação como uma das barreiras para a prática da escuta qualificada na APS na oferta de cuidados à população idosa. Mais investimentos em EPS voltados a humanização da assistência à população idosa com foco no acolhimento e escuta qualificada precisam ser feitos, tais como reuniões multiprofissionais periódicas, discussão de casos clínicos, incentivo à capacitação e espaços de discussão com a rede de saúde e parceiros externos.

Diante da problemática exposta nesta pesquisa, relacionada a humanização na APS, a diretriz Acolhimento foi escolhida como uma condição emergente nos serviços de saúde diante do contexto epidemiológico atual com o aumento da população idosa e consequentemente das condições crônicas de saúde. Tal escolha reforça os princípios do ODS – 3 quanto à necessidade de atingir a cobertura universal de saúde, com proteção de riscos, o acesso a serviços de saúde

essenciais de qualidade e o acesso a medicamentos e vacinas essenciais seguros, eficazes, de qualidade para todos, bem como o ODS - 10, na medida em que promove uma atenção mais equitativa e acessível a diferentes grupos populacionais, reduzindo as desigualdades no atendimento e suscitando nos profissionais a necessidade de mais ações de humanização no contexto da APS.

Os resultados obtidos levantam questionamentos sobre como estão sendo desenvolvidas as ações voltadas as necessidades de saúde do usuário idoso na APS; o gerenciamento das condições crônicas de saúde; a articulação de ações dentro do território assistido; a promoção de um envelhecimento saudável, e do desenvolvimento efetivo das políticas de cuidado a população idosa na rede de atenção à saúde. Outros estudos podem avaliar a efetividade do acolhimento e escuta qualificada da pessoa idosa, contribuindo assim para a promoção da saúde e bem-estar e para a equidade no acesso a informações e serviços de qualidade por práticas de gestão compartilhada como a proposta do Modelo Lógico.

REFERÊNCIAS

- ABRAHÃO, A. L.; FREITAS, C. S. F. DE. Modos de cuidar em saúde pública: o trabalho grupal na rede básica de saúde. *Revista de Enfermagem UERJ*, v. 17, n. 3, p. 436–441, 2009. Disponível em: <https://www.revenf.bvs.br/pdf/reuerj/v17n3/v17n3a24.pdf>.
- ALVES, M. G. M. et al. Fatores condicionantes para o acesso às equipes da Estratégia Saúde da Família no Brasil. *Saúde em Debate*, v. 38, n. spe., 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.5935/0103-1104.2014S004>.
- ARAUJO LIRA, B. R.; SÁ, N. M. C. M.; MENDES, C. P. Aplicativo móvel para orientação de enfermeiros e usuários na realização de exames de imagem. *Research, Society and Development*, v. 11, n. 14, p. e190111434993-e190111434993, 2022. DOI: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v11i14.34993>
- ASSIS, M. M. A.; JESUS, W. L. A. DE. Acesso aos serviços de saúde: abordagens, conceitos, políticas e modelo de análise. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 17, p. 2865–2875, nov. 2012. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232012001100002>
- AZEVEDO, M. M. M. DE et al. Modelo lógico para o plano de enfrentamento à covid-19: contribuições para a avaliação. *Physis: Revista de Saúde Coletiva [online]*. v. 34, e34049, 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-7331202434049pt>.
- BALBIM, R. et al. Metodologia de avaliação de resultados: o caso das intervenções do PAC urbanização de favelas. Rio de Janeiro: IPEA, 2013. Disponível em: <https://repositorio.ipea.gov.br/handle/11058/2342>
- BARBOSA, J. F.; MARINHO, M. L. M.; DE MOURA, H. P. Em Direção a um Modelo para Quantificação da Incerteza Epistêmica em Projetos de Software: uma Pesquisa-Ação. *Revista Ibérica de Sistemas e Tecnologias de Informação*, n. 44, p. 67–83, 2021. DOI: 10.17013/risti.44.67–83. Disponível em: <https://scielo.pt/pdf/rist/n44/1646-9895-rist-44-67.pdf>
- BARDIN, L. *Análise de Conteúdo*. 7. ed. São Paulo: Edições 70, 2016. 279 p.
- BARROS, R. S.; BOTAZZO, C. Subjetividade e clínica na atenção básica: narrativas, histórias de vida e realidade social. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 16, n. 11, p. 4337–4348, nov. 2011. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232011001200006>.
- BASTOS, V. S. et al. 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. Disponível em: <https://revistaenfermagematual.com/index.php/revista/article/view/1149/1314>.
- BEZERRA, L. C. A.; CAZARIN, G.; ALVES, C. K. A. Modelagem de programas: da teoria à operacionalização. In: SAMICO, I. et al. (Org.). *Avaliação em saúde: bases conceituais e operacionais*. Rio de Janeiro: MedBook, 2010. p. 65–78. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2011000100021>

BOM, D. T. D. S. et al. Humanização à saúde no idoso na Atenção Primária: uma revisão de literatura. *Múltiplos Acessos*, v. 7, n. 3, p. 33–43, 30 out. 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.51721/2526-4036/v7n3a4>

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional da Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI). Portaria n.º 2.528, de 19 de outubro de 2006. Brasília, DF.

BRASIL. *HumanizaSUS – Acolhimento nas Práticas de Saúde: Documento base para gestores e trabalhadores do SUS*. 4. ed. Brasília, DF: Editora do Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. *Acolhimento à demanda espontânea: queixas mais comuns na atenção básica*. 28. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012a. v. 2.
https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento_demanda_espontanea_queixas_comuns_cab28v2.pdf

BRASIL. Política Nacional de Humanização – PNH. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. *Saúde mais perto de você – acesso e qualidade: Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ): manual instrutivo*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2014. 62 p.
https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acesso_qualidade_programa_melhoria_pmaq.pdf

BRASIL. Direito à saúde. Brasília, DF: Conselho Nacional de Secretários de Saúde, 2015. Disponível em: <https://www.conass.org.br/biblioteca/pdf/DIREITO-A-SAUDE.pdf>.

BRASIL. PORTARIA N.º 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF: Diário Oficial da União, 2017.

BRASIL. *Política Nacional de Educação Permanente em Saúde: o que se tem produzido para o seu fortalecimento?* 1. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2018a.

BRASIL. *Orientações técnicas para a implementação de Linha de Cuidado para Atenção Integral à Saúde da Pessoa Idosa no Sistema Único de Saúde – SUS*. 1. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2018b. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/linha_cuidado_atencao_pessoa_idosa.pdf

BRASIL. RESOLUÇÃO N.º 569, de 8 de dezembro de 2017. Parecer do CNS sobre os Princípios Gerais para as Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação da Área da Saúde. Brasília, DF: Diário Oficial da União, 2018c.

BRASIL. Lei n.º 14.423, de 22 de julho de 2022. Altera a Lei n.º 10.741, de 1.º de outubro de 2003. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. Brasília, DF: Diário Oficial da União, 2022a.

BRASIL. *Regulação de Sistemas de Saúde do SUS. Módulo 4: Regulação nas redes de atenção à saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 2022b. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/modulo4_regulacao_redes_atencao_saude.pdf.

BRASIL. *Manual e-SUS APS: Busca Ativa*. Ministério da Saúde. Brasília, DF, 2025. Disponível em: https://saps-ms.github.io/Manual-eSUS_APS/docs/PEC/PEC_11_busca_ativa/.

BRITO, V. R. R. et al. Dançaterapia, pintura e arte com usuários do HiperDia: experiência extensionista. *Revista de Enfermagem UFPI*, p. e9997–e9997, 2020. Disponível em: <https://ojs.ufpi.br/index.php/reufpi/article/view/9997/pdf>

BROUSSELLE, A. et al. *Avaliação: conceitos e métodos*. 3. ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2021.

CAMARGO, B. V.; JUSTO, A. M. Iramuteq: um software gratuito para análise de dados textuais. *Temas em Psicologia*, v. 21, n. 2, 2013. Disponível em: <https://doi.org/10.9788/TP2013.2-16>.

CAMARGO, F.; DAROS, T. A Sala de Aula Inovadora: Estratégias Pedagógicas para Fomentar o Aprendizado Ativo. 1. ed. Porto Alegre, RS; São Paulo, SP: Penso, 2018. Disponível em: <https://www.recursosdefisica.com.br/files/A-Sala-de-Aula-Inovadora.pdf>

CAMARGO, T. C. A.; TELLES, S. C. C.; SOUZA, C. T. V. A (re)invenção do cotidiano no envelhecimento pelas práticas corporais e integrativas: escolhas possíveis, responsabilização e autocuidado. *Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional*, v. 26, n. 2, p. 367–380, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.4322/2526-8910.ctoAO1238>.

CASSIOLATO, M. M. DE M. C.; GUERESI, S. Como elaborar modelo lógico: roteiro para formular programas e organizar avaliação. Brasília: IPEA, 2010. Disponível em: <http://www.ipea.gov.br>.

COELHO, L. P.; MOTTA, L. B.; CALDAS, C. P. Rede de atenção ao idoso: fatores facilitadores e barreiras para implementação. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, v. 28, p. e280404, 2019. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312018280404>

CORRÊA, G. C. G.; CAMPOS, I. C. P.; ALMAGRO, R. C. Pesquisa-ação: uma abordagem prática de pesquisa qualitativa. *Ensaio Pedagógico*, v. 2, n. 1, p. 62–72, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.14244/enp.v2i1.60>.

COPE, D. G. Computer-assisted qualitative data analysis software. *Oncology Nurse Forum*, v. 41, n. 3, p. 322–323, 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.1188/14.ONF.322-323>.

COSTA, I. K. F. et al. Development of a virtual simulation game on basic life support. *Revista da Escola de Enfermagem USP*, v. 52, p. e03382, 2018. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2017047903382>

COSTA, J. G. G. DA; ANTUNES, M. N.; PERES, M. S. Educação permanente em saúde na atenção à pessoa idosa: revisão integrativa. *PerCursos*, v. 24, p. e0124, 2023. DOI: <https://doi.org/10.5965/19847246242023e0124>

COSTA, J. P. et al. Resolubilidade do cuidado na atenção primária: articulação multiprofissional e rede de serviços. *Saúde em Debate*, v. 38, n. 103, p. 733–743, out. 2014. DOI: <https://doi.org/10.5935/0103-1104.20140067>

COSTA, P. C. P. DA; 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. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072016004550014>

COSTA, T. D. et al. Percepção de profissionais de enfermagem acerca de segurança do paciente em unidades de terapia intensiva. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, v. 37, n. 3, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2016.03.61145>.

COUTINHO, L. R. P.; BARBIERI, A. R.; SANTOS, M. L. M. Acolhimento na Atenção Primária à Saúde: revisão integrativa. *Saúde em Debate*, v. 39, n. 105, p. 105–119, jun. 2015. <https://doi.org/10.1590/0103-110420151050002018>

DRAEGER, V. M. et al. 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. DOI: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2021-0353pt>

ESHER, A. et al. Construindo critérios de julgamento em avaliação: especialistas e satisfação dos usuários com a dispensação do tratamento do HIV/Aids. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 17, 2012. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232012000100022>.

FEHRING, R. J. The Fehring model. In: CARROL-JONHNSON, R. M.; PAQUETE, M. (Ed.). *Classification of nursing diagnoses: proceedings of the Tenth Conference*. Philadelphia: J. B. Lippincott, 1994. p. 55–62.

FERREIRA, L. et al. Validação do modelo lógico de implementação da Política de Educação Permanente em Saúde na Atenção Primária. *Trabalho, Educação e Saúde*, v. 18, n. 2, p. e0026294, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00262>.

FERREIRA, L. et al. Educação Permanente em Saúde na atenção primária: uma revisão integrativa da literatura. *Saúde em Debate*, v. 43, p. 223–239, 2019. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-1104201912017>

FERREIRA, R. et al. Competência profissional para o cuidado ao idoso: percepção entre docentes, estudantes de enfermagem e enfermeiros. *Revista Brasileira de Enfermagem*, v. 74, 26 mar. 2021. DOI: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0446>

FIGUEIREDO, D. C. M. M. DE; SHIMIZU, H. E.; RAMALHO, W. M. A. A acessibilidade da Atenção Básica no Brasil na avaliação dos usuários. *Cadernos Saúde Coletiva*, v. 28, p. 288–301, 22 jun. 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/1414-462X202000020288>

FIGUEIREDO, M. F. S.; RODRIGUES NETO, J. F.; LEITE, M. T. D. S. Educação em saúde no contexto da Saúde da Família na perspectiva do usuário. *Interface (Botucatu)*, v. 16, n. 41, p. 315–329, 2012. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1414-32832012000200003>.

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.

FORD, J. A. et al. Improving primary care Access in Context and Theory (I-ACT trial): a theory-informed randomised cluster feasibility trial using a realist perspective. *Trials*, v. 20, n. 1, p. 193, 4 abr. 2019.

FREIRE, L. A. M. et al. O acolhimento sob a ótica de profissionais da equipe de Saúde da Família. *Reme*, Belo Horizonte, v. 12, n. 2, p. 271–277, 2008.

GARCIA, A.V. et al. O grupo de trabalho de humanização e a humanização da assistência hospitalar: percepção de usuários, profissionais e gestores. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, v. 20, p. 811-834, 2010.

GOMES, A. F. D. DA 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. Disponível em: <https://doi.org/10.4025/ciencuidsaude.v20i0.57437>.

GOLDENBERG, M. *A bela velhice*. Rio de Janeiro: Record, 2015.

HAWKINS, A. J. et al. Best practices in family life education program evaluation. *Family Relations*, v. 69, n. 3, p. 479–496, 2020.

HORTA, W. A. *Processo de enfermagem*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011.

KLANT, L. M.; SANTOS, V. S. The use of the IRAMUTEQ software in content analysis - a comparative study between the ProfEPT course completion works and the program references. *Research, Society and Development*, v. 10, n. 4, p. e8210413786, 2021. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/13786>.

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, jul. 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.12957/epp.2020.52579>.

LEITE, A. L.; LEMOS, D. C. Utilização da Pesquisa-ação no Campo das Ciências Sociais Aplicadas. *Revista Eletrônica de Administração (Porto Alegre)*, v. 28, n. 1, p. 64–91, jan. 2022. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-2311.345.114473>

LIMA, R. R. T. DE et al. Formação em saúde no contexto do envelhecimento: em foco, os conteúdos curriculares. *Research, Society and Development*, v. 7, n. 10, p. e15710587, 20 set. 2018. <https://doi.org/10.17648/rsd-v7i10.587>

LOPES, J. R. S.; SILVA, S. C.; FIDALGO, C. L. et al. Acolhimento como tecnologia em saúde: revisão sistemática. *Revista de Saúde Pública do Paraná*, v. 4, n. 2, p. 172–183, 18 ago. 2021. <https://doi.org/10.32811/25954482-2021v4n2p172>

LOPES, M. T. S. R.; LABEGALINI, C. M. G.; BALDISSERA, V. D. A. Educar para humanizar: o papel transformador da educação permanente na humanização da atenção básica. *Revista Enfermagem UERJ*, v. 25, p. e26278, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.12957/reuerj.2017.26278>.

MARINS, J. B. et al. A quarta idade: percepção dos idosos sobre o processo do envelhecimento. *International Journal of Development Research*, v. 12, art. ID 24885, 4 p., 2022. Disponível em: <https://www.journalijdr.com/sites/default/files/issue-pdf/24885.pdf>

MARTINS, A. L. X.; DAVID, H. M. S. L. Crise e enfermagem na Atenção Primária: notas da prática social pelo materialismo histórico dialético. *Revista Enfermagem UERJ*, v. 27, e42472, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.12957/reuerj.2019.42472>.

MATUS, C. *Teoria do Jogo Social*. São Paulo: FUNDAP, 2005. 31 p.

MAYNART, W. H. DA C. et al. A escuta qualificada e o acolhimento na atenção psicossocial. *Acta Paulista de Enfermagem*, v. 27, p. 300–304, ago. 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1982-0194201400051>.

MCLAUGHLIN, J. A.; JORDAN, G. B. Using logic models. In: WHOLEY, J. S.; HATRY, H. P.; NEWCOMBER, K. E. (Eds.). *Handbook of Practical Program Evaluation*. 3rd ed. San Francisco: Jossey-Bass, 2015. <https://doi.org/10.1002/9781119171386.ch3>

MEDEIROS, C. B. et al. A perspectiva do usuário na atenção básica sobre o acolhimento ao idoso. *Revista Ciência Plural*, v. 4, n. 3, p. 43–56, 2019. DOI: <https://doi.org/10.21680/2446-7286.2018v4n3ID17290>

MENDES, A. M.; TONIN, F. S.; BUZZI, M. F.; PONTAROLO, R.; FERNANDEZ-LLIMOS, F. Mapping pharmacy journals: a lexicographic analysis. *Research in Social and Administrative Pharmacy*, v. 15, n. 2, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.sapharm.2019.01.011>.

MENDONÇA, M. M. et al. Acessibilidade ao cuidado na Estratégia de Saúde da Família no Oeste Baiano. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 26, p. 1625–1636, 28 maio 2021. <https://doi.org/10.1590/1413-81232021265.04722021>

MENDONÇA, F. F.; NUNES, E. F. P. A. Atividades participativas em grupos de educação em saúde para doentes crônicos. *Cadernos de Saúde Coletiva*, v. 22, n. 2, p. 200–204, 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1414-462X201400020014>.

MENEZES, T. M. DE O. et al. Acolhimento e cuidado da enfermeira na Estratégia Saúde da Família: percepções da pessoa idosa. *Revista Mineira de Enfermagem*, v. 24, p. 1–8, 2020. https://www.revenf.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-27622020000100230#:~:text=http%3A//dx.doi.org/10.5935/1415%2D2762.20200041%C2%A0

MERHY, E. E. et al. 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. In: MERHY, E. E.; FRANCO, T. B.; BUENO, W. S. (Org.). *Agir em saúde: um desafio para o público*. São Paulo: Hucitec, 2006. p. 113–150.

MINAS GERAIS. Secretaria Estadual de Saúde. Programa Mais Vida - Rede de Atenção à Saúde do Idoso de Minas Gerais. Resolução SES/MG n.º 1583, Belo Horizonte, MG, 2008.

MINAYO, M. C. S. Pesquisa avaliativa por triangulação de métodos. In: BOSI, M. L. M.; MERCADO, F. J. *Avaliação qualitativa de programas de saúde: enfoques emergentes*. Petrópolis: Vozes, 2013. p. 163–190.

NAKATA, L. C.; FELTRIN, A. F. DOS S.; FERREIRA, J. B. B. Construction of a logical model of the line of care for people with chronic kidney disease. *Revista de Saúde Pública*, v. 57, p. 14, 2023. <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2023057004401>

NASCIMENTO, H. A. B.; MOTA, F. F. Políticas públicas para a saúde do idoso no SUS durante a pandemia da covid-19. *Revista Diálogos em Saúde*, v. 5, n. 1, p. 1–9, jan./jun. 2022.

NÓBREGA, V. C. F. DA et al. As redes sociais de apoio para o Aleitamento Materno: uma pesquisa-ação. *Saúde em Debate*, v. 43, n. 121, p. 429–440, abr. 2019. DOI: 10.1590/0103-1104201912111

NEW SOUTH WALES (NSW). Developing and Using Program Logic: A Guide. *Evidence and Evaluation Guidance Series*. Sydney: Population and Public Health Division, 2017. Disponível em: <https://www.health.nsw.gov.au/research/Publications/developing-program-logic.pdf>.

OLIVEIRA, C. E. DE S. et al. 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. et al. 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.

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>.

ONU – Organização das Nações Unidas. Objetivo de Desenvolvimento Sustentável 3: Saúde e Bem-Estar. Disponível em: <https://brasil.un.org/pt-br/sdgs/3>.

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

PASQUALI, L. et al. *Instrumentação psicológica: fundamentos e práticas*. Porto Alegre: Artmed, 2010.

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. <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sip00024>

PIRES, R. DE C. C. et al. 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.

PIFFER, D. M.; MATOS, G. B. C. Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB): avaliação sob o escopo teórico das políticas. *Brazilian*

Journal of Development, v. 6, n. 11, p. 91729–91749, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.34117/bjdv6n11-545>.

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.

QUADROS, L. C. DE T.; CUNHA, C. C. DA; 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. <https://doi.org/10.1590/1807-0310/2020v32240322>

QUEIROZ, D. M.; OLIVEIRA, L. C.; ARAÚJO-FILHO, P. A.; SILVA, M. R. F. Challenges and potentials of the production of comprehensive care in Primary Health Care in Brazil. *Revista Brasileira de Enfermagem*, v. 74, n. 5, p. e20210008, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2021-0008>.

RAMOS, A. C. C. et al. 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, 2021. https://doi.org/10.22278/2318-2660.2021.v45.nEspecial_2.a3486

REIS, E. A.; REIS, I. A. Análise Descritiva de Dados. Relatório Técnico do Departamento de Estatística da UFMG, 2002. Disponível em: <http://www.est.ufmg.br>.

REVORÊDO, L. S. et al. O uso da técnica Delphi em saúde: uma revisão integrativa de estudos brasileiros. *Arquivos de Ciências da Saúde*, São José do Rio Preto, v. 22, n. 2, p. 6–21, jul. 2015. Disponível em: https://repositorio-racs.famerp.br/racs_ol/vol-22-2/O%20uso%20da%20t%C3%A9cnica%20delphi%20em%20sa%C3%BAde%20uma%20revis%C3%A3o%20integrativa%20de%20estudos%20brasileiros.pdf.

RIBEIRO, D. A. T. et al. Vulnerability, family violence and institutionalization: narratives for elderly and professionals in social welcome center. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, v. 42, p. e20200259, 2021.

RIBEIRO, S. P.; CAVALCANTI, M. DE 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. <https://doi.org/10.1590/1413-81232020255.34122019>

ROCHA, N. B. DA et al. Conhecimento sobre acolhimento com classificação de risco pela equipe da Atenção Básica. *Espaço Saúde (Online)*, p. 72–80, 2017.

RODRIGUES, J. S. F.; NASCIMENTO, R. DE C. DE S. Acolhimento na atenção básica: uma revisão da literatura. *Revista Baiana de Saúde Pública*, v. 43, n. supl. 1, p. 169–181, 2019. DOI: 10.22278/2318-2660.2019.v43.n0.a3223

RODRIGUES, R. A. P. et al. O ensino de enfermagem gerontológica nas instituições públicas brasileiras de ensino superior. *Acta Paulista de Enfermagem*, v. 31, n. 3, p. 313–320, 2018.

ROECKER, S.; MARCON, S. S. Educação em saúde na Estratégia Saúde da Família: o significado e a práxis dos enfermeiros. *Escola Anna Nery*, v. 15, n. 4, p. 701–709, 2011. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1414-81452011000400007>.

ROMERO, D.; MAIA, L. Saúde Amanhã: Textos para Discussão 90: A Epidemiologia do envelhecimento: novos paradigmas? Rio de Janeiro: Fiocruz/Presidência, 2022.

SALVADOR, P. T. C. O. et al. Uso do software Iramuteq nas pesquisas brasileiras da área da saúde: uma scoping review. *Revista Brasileira de Promoção da Saúde*, v. 31, Supl., 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.5020/18061230.2018.8645>.

SAMBUICHI, R. H. R. et al. Programa de Aquisição de Alimentos e segurança alimentar: Modelo lógico, resultados e desafios de uma política pública voltada ao fortalecimento da agricultura familiar. *Texto para Discussão*, n. 2482, Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA): Brasília, 2019.
https://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/9319/1/TD_2482.pdf

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.

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, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.14295/aps.v1i2.23>.

SCARPARO, A. F. et al. Reflexões sobre o uso da técnica Delphi em pesquisas na enfermagem. *Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste*, v. 13, n. 1, p. 242–251, 2012. Disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/3240/324027980026.pdf>.

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, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018244.01222019>.

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, 2011. DOI: <http://dx.doi.org/10.21675/2357-707X.2011.v2.n1.67>

SILVA, B. G. A.; SILVA, L. A.; SILVA, M. F. et al. Trabalho interdisciplinar e condições de trabalho de enfermeiros que atuam na atenção primária à saúde. *Enfermagem em Foco*, v. 15, 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.21675/2357-707x.2024.v15.e-202413supl1>.

SILVA, R. M. et al. Desafios e possibilidades dos profissionais de saúde no cuidado ao idoso dependente. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 26, p. 89–98, 25 jan. 2021.
<https://doi.org/10.1590/1413-81232020261.31972020>

SILVA, R. P. F.; PELLEENSE, M. C. S. Avaliação da qualidade do acesso na atenção básica em uma região de saúde do Rio Grande do Norte. *Revista Ciência Plural*, v. 10, n. 1, p. 1–16, 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.21680/2446-7286.2024v10n1ID34861>.

SILVA, T. F.; ROMANO, V. F. Sobre o acolhimento: discurso e prática em Unidades Básicas de Saúde do município do Rio de Janeiro. *Saúde em Debate*, v. 39, n. 105, jun. 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-110420151050002005>.

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. DE; 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. <https://doi.org/10.1590/1414-462X202230040506>

SOUZA, A.; PELEGRINI, T. S.; RIBEIRO, J. H. et al. Conceito de insuficiência familiar na pessoa idosa: análise crítica da literatura. *Revista Brasileira de Enfermagem*, v. 68, n. 6, p. 1176–1185, dez. 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167.2015680625i>.

SOUZA E SILVA, M. J. DE S.; SCHRAIBER, L. B.; MOTA, A. The concept of health in Collective Health: contributions from social and historical critique of scientific production. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, v. 29, n. 1, p. e290102, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312019000100002>.

TAN, V. V. et al. Development of Clinical Reporting and Learning System in a Nursing Home: A Logic Model Approach. *Singapore Nursing Journal*, v. 48, p. 10–17, jan. 2021.

TAVARES, R. E.; CAMACHO, A. C. L. F.; MOTA, C. P. Ações de enfermagem ao idoso na estratégia saúde da família: revisão integrativa. *Revista de Enfermagem UFPE On Line*, v. 11, n. 2, p. 1052–1061, fev. 2017. Disponível em: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=BDENF&lang=p>.

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. <https://doi.org/10.1590/0103-11042018S125>

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

TORLIG, E. et al. Validation Proposal for Qualitative Research Scripts (Vali-Quali). *Administração: Ensino e Pesquisa*, v. 23, n. 1, 9 jun. 2022. DOI 10.13058/raep.2022.v23n1.2022

UCHOA, A. C. et al. Utilizando técnicas de consenso: potencialidades e limites na avaliação da informação em saúde. In: HARTZ, Z.; FELISBERTO, E.; SILVA, L. M. V. *Meta-avaliação da Atenção Básica em Saúde: teoria e prática*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008. p. 253–282. doi: 10.7476/9788575415160

VALDÉS, M. G.; MARÍN, M. S. Empleo del método Delphi en investigaciones sobre salud publicadas en revistas científicas cubanas. *Revista Cubana de Información en Ciencias de la Salud*, v. 24, n. 2, p. 133–144, 2013. Disponível em: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2307-21132013000200004.

VALE, P. R. L. F.; PRATA, D. R. A.; CORDEIRO, M. B.; ARAÚJO, C. O.; LEITE, R. V.; GOÊS, Â. C. F. Fortalecendo a longitudinalidade do cuidado aos sujeitos participantes do programa Hiperdia. *Revista de APS*, v. 22, n. 2, 2019. DOI: <https://doi.org/10.34019/1809-8363.2019.v22.15918>

VERSA, G. L. G. S. *et al.* Avaliação do acolhimento com classificação de risco em serviços de emergência hospitalar. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, v. 35, p. 21–28, set. 2013.

WARMLING, C. M.; BALDISSEROTTO, J.; ROCHA, E. T. DA. 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. <https://doi.org/10.1590/Interface.180398>

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Integrated care for older people (ICOPE): guidance for person-centred assessment and pathways in primary care. Geneva: World Health Organization, 2019. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/326843>.

ZEN, D. *et al.* Políticas de atenção a idosos na voz de gestores municipais de saúde. *Rev. Gaúcha Enfermagem*, Porto Alegre, v. 39, e62502, 2018. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2018.62502>

APÊNDICE A - RESULTADOS DA VALIDAÇÃO DOS QUESTIONÁRIOS E ROTEIRO DE DIÁRIO DE CAMPO DE ACORDO COM TORLIG, 2022.

VALIDAÇÃO DAS PERGUNTAS DO DIÁRIO DE CAMPO

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

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

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 às 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	4,5	Aprovada sem modificações	Você acha importante receber orientações sobre o atendimento na unidade de saúde? () Sim () Não Se sim, quais assuntos destacaria?

destacaria?			
-------------	--	--	--

APÊNDICE B - DIÁRIO DE CAMPO

Diário de campo (para caracterização da unidade)

Nome da Unidade:	
Horário de funcionamento:	
Endereço:	
Distrito pertencente:	
Gerente:	
Nome da Unidade:	

1. Quando a unidade de saúde está aberto, o idoso consegue receber atendimento no mesmo dia 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. Serviços disponíveis:
 - () Nutrição
 - () Sala de vacina
 - () Serviço social
 - () Saúde bucal
 - () Aconselhamento ao tratamento para uso prejudicial de álcool e drogas
 - () Aconselhamento de saúde mental
 - () Sala de procedimentos (suturas, talas e curativos)
 - () Aconselhamento de ISTs
 - () Exames preventivos para câncer de colo de útero
 - () Aconselhamento para tabagismo
 - () Consultas pré-natais
 - () Orientações sobre os cuidados em saúde caso o paciente fique incapacitado
 - () Aconselhamento sobre o envelhecimento
 - () Orientação sobre cuidados em domicílio (para familiares/cuidadores) (curativos, troca de sonda, banhos)
 - () Outros, descrever _____

5. 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 resolatividade_____

e) Características da escuta ao usuário_____

Data:	
Relator:	

APÊNDICE C – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE PROFISSIONAIS



Universidade Federal do Triângulo Mineiro

Unidade: Centro Educacional – CE

Av. Getúlio Guaritá, nº 159– Bairro Nossa Senhora da Abadia – 38.025-440– Uberaba – MG
(34) 3700-6000

APENDICE C - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

(Para gerentes)

Convidamos você a participar da pesquisa: Escuta qualificada no acolhimento de idosos na rede de atenção primária à saúde. O objetivo geral desta pesquisa é avaliar as estratégias para o acolhimento a partir da percepção dos profissionais e usuários idosos sobre a escuta qualificada nas situações-problemas relacionadas à saúde do idoso na rede de atenção primária à saúde. Os objetivos específicos são: compreender os conhecimentos dos gerentes e gestores sobre o acolhimento em saúde na atenção ao idoso na APS; Caracterizar os gerentes e gestores das Unidades Matriciais de Saúde de Uberaba/MG; Conhecer a percepção dos gerentes e gestores sobre a PNH e Identificar as ações de humanização realizadas nas UMS.

Caso você aceite participar desta pesquisa esta etapa contemplará os objetivos específicos e será necessário responder a um questionário e atender a uma entrevista individual, nas Unidades Matriciais de Saúde, nas instalações de domínio da Secretaria de Saúde de Uberaba; com tempo estimado de 30 minutos, em datas e horários a definir de acordo com a disponibilidade dos participantes.

Quanto aos riscos e benefícios relacionados aos gerentes e gestores qualquer desconfortos e riscos decorrentes da participação na pesquisa identificados tais como assédio, estigmatização, perdas econômico-financeiras, entre outros; deve ser sinalizado imediatamente ao pesquisador para as devidas providências e cautelas a serem empregadas para evitar e/ou reduzir efeitos e condições adversas que possam causar dano, considerando características e contexto do participante da pesquisa além dos benefícios esperados dessa participação e apresentação. Espera-se que de sua participação na pesquisa seja possível capacitar e sanar as lacunas relacionadas à inserção da escuta qualificada da pessoa idosa nos atendimentos em saúde; assim como contribuir com o enriquecimento da literatura científica já disponibilizada. 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; 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.

Contato dos pesquisadores:

Pesquisador(es):

Nome: Álvaro da Silva Santos

E-mail: alvaroenf@hotmail.com

Este documento deverá ser emitido em duas vias, uma para o participante e outra para o pesquisador.

Rubrica do participante	Data	Rubrica do pesquisador	Data



Universidade Federal do Triângulo Mineiro

Unidade: Centro Educacional – CE

Av. Getúlio Guaritá, nº 159– Bairro Nossa Senhora da Abadia – 38.025-440– Uberaba – MG
(34) 3700-6000

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

Nome: Mariani Teixeira Rocha

E-mail: d201920333@uftm.edu.br

Telefone: (017) 98154-3690

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

Este documento deverá ser emitido em duas vias, uma para o participante e outra para o pesquisador.

Rubrica do participante	Data	Rubrica do pesquisador	Data



Universidade Federal do Triângulo Mineiro

Unidade: Centro Educacional – CE

Av. Getúlio Guaritá, nº 159– Bairro Nossa Senhora da Abadia – 38.025-440– Uberaba – MG
(34) 3700-6000

Assinatura do pesquisador responsável

Assinatura do pesquisador assistente

Telefone de contato dos pesquisadores:

Nome: Álvaro da Silva Santos

Telefone: (34) 99905-2831

Nome: Mariani Teixeira Rocha

Telefone: (017) 98154-3690

Este documento deverá ser emitido em duas vias, uma para o participante e outra para o pesquisador.

Rubrica do participante	Data	Rubrica do pesquisador	Data

APÊNDICE D - ROTEIRO DE QUESTIONÁRIO SEMIESTRUTURADO GERENTES E PROFISSIONAIS

Roteiro de questionário profissionais

(telefone:_____)

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:

f) Tempo de atuação em APS:

B .Informações referentes ao atendimento nos serviços de saúde

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

2.Você conhece a Política Nacional de Humanização?

() Sim () Não () Já ouvi falar, mas não entendo muito bem

3.Existem ações de humanização na sua unidade?

() Sim, descreva aquela (s) que você considera

() Não

4. Como são organizados os atendimentos de idosos na Unidade?

() Demanda espontânea () Por agendamento ()Por visita domiciliar ACS

() Demanda por prioridade ()Outro_____

5.Existe uma estrutura de acolhimento ao usuário na sua unidade? () Sim () Não

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

7.Existe um profissional responsável pelo acolhimento?

() Sim, qual a formação (ou ocupação) dele? _____

() Não

8.Para você a atividade de acolhimento é resolutiva?

() Sim () Não, descreva _____

9.O que você entende por escuta qualificada? _____

10. Você acha que ocorrem ações de escuta qualificada na sua prática?

() Sim, quais? _____

() Não

11. Você sente alguma dificuldade para realizar o acolhimento do idoso?

() Sim, por quê? _____

() Não

APÊNDICE E – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE PROFISSIONAIS



Universidade Federal do Triângulo Mineiro
Unidade: Centro Educacional – CE
Av. Getúlio Guaritá, nº 159– Bairro Nossa Senhora da Abadia – 38.025-440– Uberaba – MG
(34) 3700-6000

APENDICE E - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (Para profissionais)

Convidamos você a participar da pesquisa: Construção e Validação de Modelo Lógico para o Acolhimento do Idoso na Rede de Atenção Primária à Saúde. O objetivo desta pesquisa é Elaborar e validar um modelo lógico que subsidie a aplicabilidade do acolhimento do idoso na rede de atenção primária à saúde.

Caso você aceite participar desta pesquisa será necessário responder a um questionário e atender a uma entrevista coletiva, nas Unidades Matriciais de Saúde, nas instalações de domínio da Secretaria de Saúde de Uberaba; com tempo estimado de 30 minutos, em datas e horários a definir de acordo com a disponibilidade dos participantes.

Quanto aos riscos e benefícios relacionados aos gerentes e profissionais qualquer desconfortos e riscos decorrentes da participação na pesquisa identificados tais como assédio, estigmatização, perdas econômico-financeiras, entre outros; deve ser sinalizado imediatamente ao pesquisador para as devidas providências e cautelas a serem empregadas para evitar e/ou reduzir efeitos e condições adversas que possam causar dano, considerando características e contexto do participante da pesquisa além dos benefícios esperados dessa participação e apresentação. Espera-se que de sua participação na pesquisa seja possível capacitar e sanar as lacunas relacionadas à inserção da escuta qualificada da pessoa idosa nos atendimentos em saúde; assim como contribuir com o enriquecimento da literatura científica já disponibilizada. 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; bastando você dizer ao pesquisador que lhe entregou este documento. Você não será

Este documento deverá ser emitido em duas vias, uma para o participante e outra para o pesquisador.

Rubrica do participante	Data	Rubrica do pesquisador	Data



Universidade Federal do Triângulo Mineiro

Unidade: Centro Educacional – CE

Av. Getúlio Guaritá, n° 159– Bairro Nossa Senhora da Abadia – 38.025-440– Uberaba – MG
(34) 3700-6000

identificado neste estudo, pois a sua identidade será de conhecimento apenas dos pesquisadores da pesquisa, sendo garantido o seu sigilo e privacidade.

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 Moraes 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: manuhabreu94@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

Este documento deverá ser emitido em duas vias, uma para o participante e outra para o pesquisador.

Rubrica do participante	Data	Rubrica do pesquisador	Data



Universidade Federal do Triângulo Mineiro

Unidade: Centro Educacional – CE

Av. Getúlio Guaritá, nº 159– Bairro Nossa Senhora da Abadia – 38.025-440– Uberaba – MG
(34) 3700-6000

em participar do estudo, Construção e Validação de Modelo Lógico para o Acolhimento do Idoso 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

Telefone de contato dos pesquisadores:

Nome: Álvaro da Silva Santos

Telefone: (34) 99905-2831

Nome: Helia Moraes Nomelini de Assis

Telefone: (034) 99978-4820

Este documento deverá ser emitido em duas vias, uma para o participante e outra para o pesquisador.

Rubrica do participante	Data	Rubrica do pesquisador	Data

APÊNDICE F - RESULTADO DA ENTREVISTA REALIZADA COM IDOSOS NO PROJETO DE EXTENSÃO

Participaram 27 idosos, em atendimento nas seis UMS, com foco em sexo feminino branca (44,4%), casada (44,4%), Fundamental I incompleto (44,4%), aposentadas (77,8%), mora com o cônjuge ou companheiro, com mais uma pessoa apenas (48,2%) e, renda de até 2 SM.

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 14,8% Duas pessoas 25,9% Três 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

<u>TEMAS (questões)</u>	<u>CATEGORIAS (Usuários idosos)</u>
Primeiro atendimento profissional	Equipe de enfermagem (triagem) - 44,4% Recepcionistas - 29,6% Médicos - 14,8% Agente comunitário de saúde - 7,4%
Significado de acolhimento	-Bom atendimento/recepção, atenção e se possível com as queixas resolvidas (24) 88,9% -Tem vários tipos, porém, na unidade foi superficial (1) 3,7%
Capacidade de expor queixas durante o atendimento	-Sim (22) – 81,5% -Atendimento rápido, sem acolhimento, que deixa em dúvida a interpretação dos problemas por parte do profissional (5) – 18,5%
Resolutividade das dúvidas e queixas	- Há resolutividade das queixas e dúvidas (21)- 77,8% - O atendimento nem sempre é resolutivo, não passam informações adequadas e não tem paciência (6) - 22,2%
Dificuldade de falar algum assunto	Não (27) – 100%
Entendimento das orientações passadas pelos profissionais	Sim (13) - 48,1% -Orientações realizadas e entendidas, se não pedem para explicar novamente- 25,9% - Não se entendem as explicações ou elas não são passadas- 25,9%

Importância das orientações

- Sobre a saúde em geral e acerca organização dentro da unidade (8) – 29,6%
- Orientações específicas das necessidades dos usuários (6) 22,2%
- Orientações sobre medicação (5) 18,5%

QUADRO DAS RESPOSTAS DOS USUÁRIOS IDOSOS SOBRE O TEMA DA PESQUISA		
Primeiro atendimento profissional		
Equipe de enfermagem (triagem)	44,4%	<i>“a técnica de enfermagem ou a enfermeira” (q1 p6)</i> <i>“A sala das meninas que atende, olha a pressão e agenda a consulta, não sei a profissão delas” (q1 p13)</i> <i>“Não sei o nome do profissional, na triagem” (q1 p14)</i> <i>“As meninas que atendem a gente são muito boas, as enfermeiras” (q1 p19)</i>
Recepcionistas	29,6%	<i>“Passo pela recepção e aguardo o atendimento.” (q1 p1)</i> <i>“As meninas da recepção.” (q1 p7)</i>
Médicos	14,8%	<i>“Aline, a ginecologista” (q1 p8)</i>
Agente comunitário de saúde	7,4%	
Resolutividade das dúvidas e queixas		Sim (14)/ Não (1)/ Às vezes (1)
Há resolutividade das queixas e dúvidas (7+14)	77,8%	<i>“Sim, eles conseguem sanar todas minhas dúvidas.” (q2 p1)</i> <i>“Quando é preciso, sim.” (q2 p4)</i> <i>“Não tenho dúvida nenhuma, são resolvidas.” (q2 p7)</i> <i>“Sim, todas às vezes.” (q2 p8)</i> <i>“Sim, conseguem resolver.” (q2 q15)</i> <i>“Sim, às vezes sou encaminhado para outro lugar.” (q2 p17)</i> <i>“Sim, sempre. Há uma médica muito boa.” (q2 p24)</i>
O atendimento nem sempre é resolutivo, não passam informações adequadas e não tem paciência (4+1+1)	22,2%	<i>“Às vezes sim, às vezes não. Tem alguns problemas de comunicação da rede, no repasse de informações.” (q2 p5)</i> <i>“Não, eu me sinto como uma bola que é jogada de um lado pro outro.” (q2 p12)</i> <i>“É muito demorado nem sempre conseguem resolver, não tem paciência com velho.” (q2 p14)</i> <i>“Não, volto com elas embora.” (q2 p18)</i>
Entendimento das orientações passadas pelos profissionais		Sim (13) – 48,1% / Não (-) / Às vezes (1) A maioria responde objetivamente Sim.

Orientações realizadas e entendidas, se não pedem para explicar novamente (7) – 25,9%		<i>“sim, eles fazem todas as orientações de cuidado” (q3 p1)</i> <i>“Sim. Menos da medicação, eu peço pra escreverem nas caixinhas” (q3 p4)</i> <i>“sim, são bem esclarecidas” (q3 p8)</i> <i>“Entendo, faz muitos anos que trato aqui” (q3 p16)</i> <i>“Sim, porque se eu não entender eu pergunto até entender” (q3 p17)</i> <i>“Sim, os médicos são muito bons” (q3 p19)</i> <i>“Sim, e eu sigo direitinho” (q3 p24)</i>
Os idosos não entendem as explicações ou elas não são passadas (7) – 25,9%		<i>“não passam nada” (q3 p2)</i> <i>“Não, eles não explicam” (q3 p5)</i> <i>“às vezes” (q3 p9)</i> <i>“ah, tenho dificuldade em entender o que eles falam” (q3 p11)</i> <i>“Não entendo o motivo das orientações” (q3 p12)</i> <i>“Eu sempre peço para minha irmã me explicar, porque tenho problema de audição” (q3 p14)</i> <i>“Entendo, mas não resolvem meu problema” (q3 p18)</i>
Significado de acolhimento		
Bom atendimento/recepção, atenção e se possível com as queixas resolvidas (20+4)	88,9%	<i>“chegar nos lugares e ser acolhido, com educação, ser atencioso” (q4 p1)</i> <i>“ser bem atendido, sair esclarecido” (q4 p3)</i> <i>“tratamento bom, ser boazinha” (q4 p6)</i> <i>“é o modo de receber a gente” (q4 p7)</i> <i>“Quando precisa de algo e a pessoa tem prontidão em ajudar” (q4 p8)</i> <i>“ser bem atendida” (q4 p9)</i> <i>“Um bom atendimento” (q4 p10)</i> <i>“Atender às necessidades, as dificuldades” (q4 p11)</i> <i>“Ser mais recepcionista, atender melhor” (q4 p12)</i> <i>“A pessoa te tratar bem, te respeitar bem, o carinho, o respeito” (q4 p13)</i> <i>“A pessoa que recebe a pessoa, explica o que precisa” (q4 p14)</i> <i>“É você chegar no posto e ser bem recebido, dar atenção, atender bem” (q4 p15)</i>

		<i>“É a pessoa tratar bem, receber bem as pessoas, não ficar com cara ruim ou fazer pouco caso” (q4 p16)</i> <i>“É ser atendido” (q4 p17)</i> <i>“Atender, medir a pressão” (q4 p18)</i> <i>“Ser bem acolhida” (q4 p19)</i> <i>“Ser bem atendido” (q4 p20)</i> <i>“É o bom atendimento” (q4 p21)</i> <i>“Ser bem tratado e ter o atendimento bom” (q4 p22)</i> <i>“dedicação com a pessoa” (q4 p23)</i> <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> <i>“Atendimento bom e bem feito.” (q4 p25)</i> <i>“Bom atendimento.” (q4 p26)</i> <i>“Apoio, bom atendimento.” (q4 p27)</i>
Não sabe o significado de acolhimento (2)	7,4%	<i>“não sei dizer” (q4 p2)</i> <i>“não sei” (q4 p4)</i>
Tem vários tipos, porém, na unidade foi superficial (1)	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 (22) – 81,5% (já traz a discussão que não tiveram dificuldade em expor nada durante o atendimento, mas...)
Atendimento rápido, sem acolhimento, que deixa em dúvida a interpretação dos problemas por parte do profissional (5) – 18,5%		<i>“Não. Não dá tempo. Tem correria, o atendimento é inseguro, não tem acolhimento, é sem confiança. Em geral, falta atenção” (q5 p5)</i> <i>“Às vezes. Eu falo, mas sinto que não sou compreendida” (q5 p12)</i> <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> <i>“Às vezes, nem todos porque a consulta é rápida” (q5 p15)</i> <i>“Às vezes, porque eles cortam nossa fala, não tem interesse em ouvir” (q5 p18)</i>
Dificuldade de falar algum assunto		Não (27) – 100% (Todos os idosos disseram não haver dificuldades em falar algum assunto, podemos emendar essa questão na de cima e complementar que às vezes não tem dificuldade porque não uma “avaliação global” sobre as reais necessidades do idoso e ele só tem conhecimento da sua necessidade a partir da sua doença e da resolatividade dela.)

Importância das orientações	Sim (8) – 29,6%
Orientações sobre saúde em geral e organização dentro da unidade (8) – 29,6%	<i>“Sim. Gosto de ser informado sobre o que eu tenho que fazer” (q7 p1)</i> <i>“Sim. É importante receber orientações de saúde em geral, para prevenir doenças, ter cuidado” (q7 p11)</i> <i>“Sim. Acho importante receber orientações sobre todas as questões relacionadas à saúde” (q7 p12)</i> <i>“Sim, sobre tudo que eles orientam aqui” (q7 p16)</i> <i>“Sim, pra eu não ficar perdido, saber em qual sala ir pra não entrar em sala em atendimento” (q7 p18)</i> <i>“Sim. Todas são importantes” (q7 p25)</i> <i>“Sim. Orientação sobre exames” (q7 p26)</i> <i>“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)</i>
Orientações específicas (6) 22,2%	<i>“Sim. Sobre tudo, principalmente sobre diabetes” (q7 p8)</i> <i>“Sim. Principalmente sobre minhas condições de saúde, tenho hanseníase” (q7 p9)</i> <i>“Sim, quando estou com algum problema de saúde me explicam o que é, me passam para algum profissional” (q7 p13)</i> <i>“Sim, orientações sobre a diabetes, que é o que eu tenho” (q7 p22)</i> <i>“Sim. Assuntos sobre minha doença, para saber como lidar.” (q7 p23)</i> <i>“Sim. Sobre o motivo que me trouxe até aqui na unidade, por exemplo, minha dor na coluna que tive uma vez” (q7 p24)</i>
Orientações sobre medicação (5) 18,5%	<i>“Sim, sobre os remédios” (q7 p6)</i> <i>“Sim, sobre a receita... o que eu devo fazer... como tomar o remédio... o exame... onde eu tenho que ir” (q7 p14)</i> <i>“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)</i> <i>“Sim, para seguir os horários dos remédios” (q7 p20)”</i> <i>“Sim, orientações sobre alimentação e remédios pois não consigo ler a bula” (q7 p21)</i>

APÊNDICE G - ÁRVORES DE PROBLEMAS DE ACORDO COM A TEMÁTICA DE PESQUISA



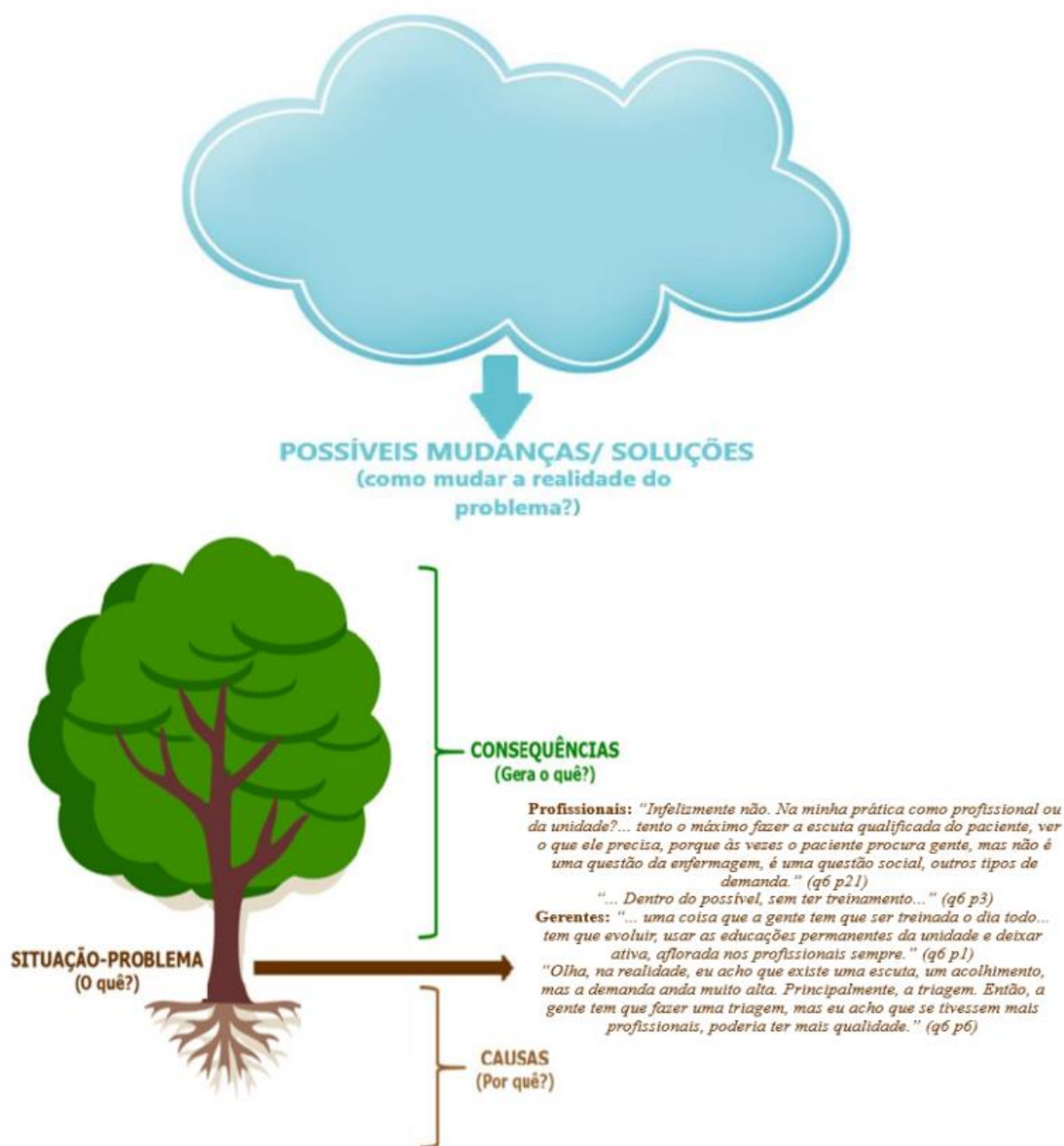
MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO TRIÂNGULO MINEIRO
Programa de Pós-Graduação em Atenção à Saúde
Grupo de Pesquisa: CIFACS

Projeto: Escuta qualificada: acolhimento de idosos na rede de atenção primária à saúde.

Nomes:

Data:

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





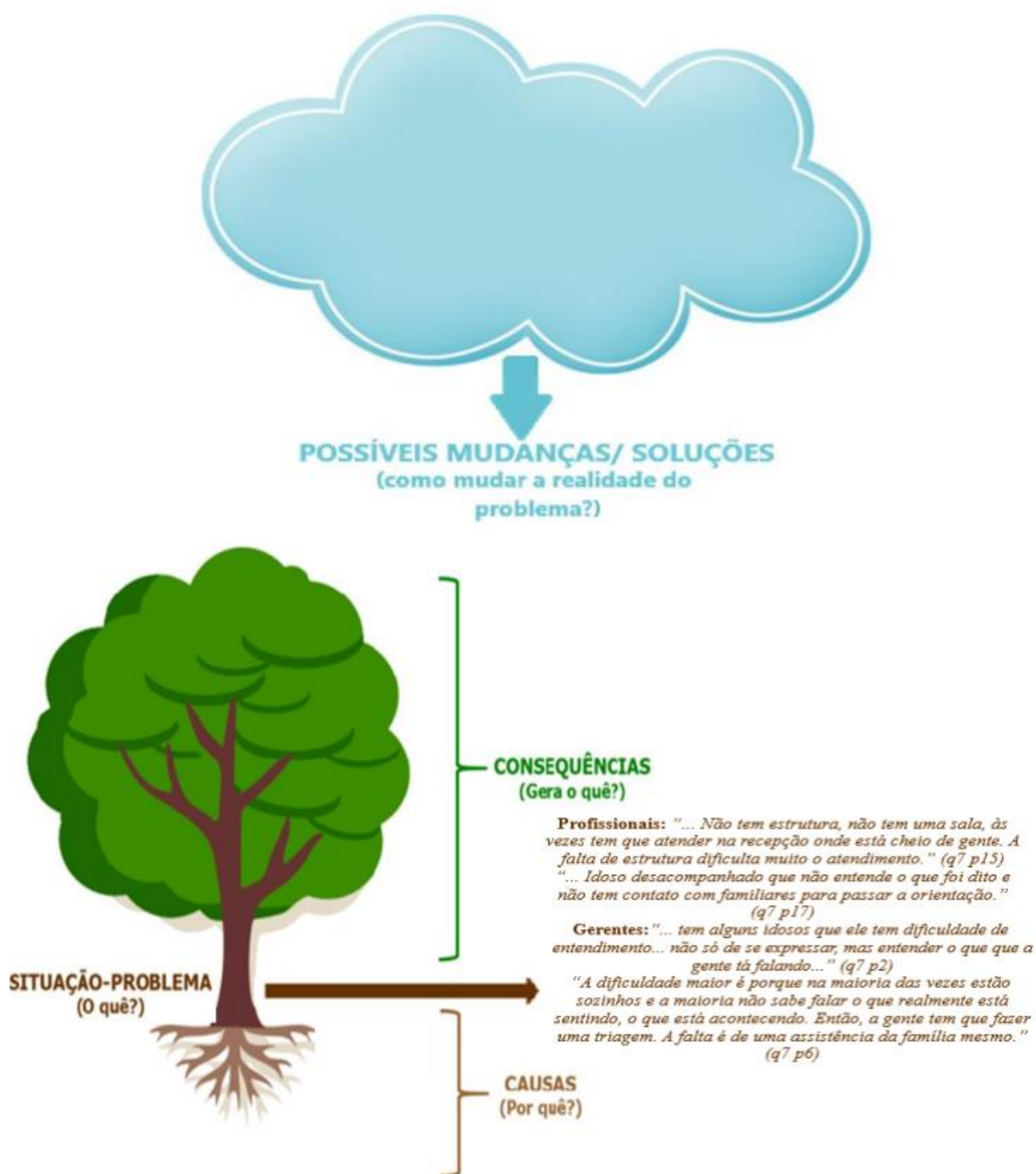
MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO TRIÂNGULO MINEIRO
Programa de Pós-Graduação em Atenção à Saúde
Grupo de Pesquisa: CIFACS

Projeto: Escuta qualificada: acolhimento de idosos na rede de atenção primária à saúde.

Nomes:

Data:

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





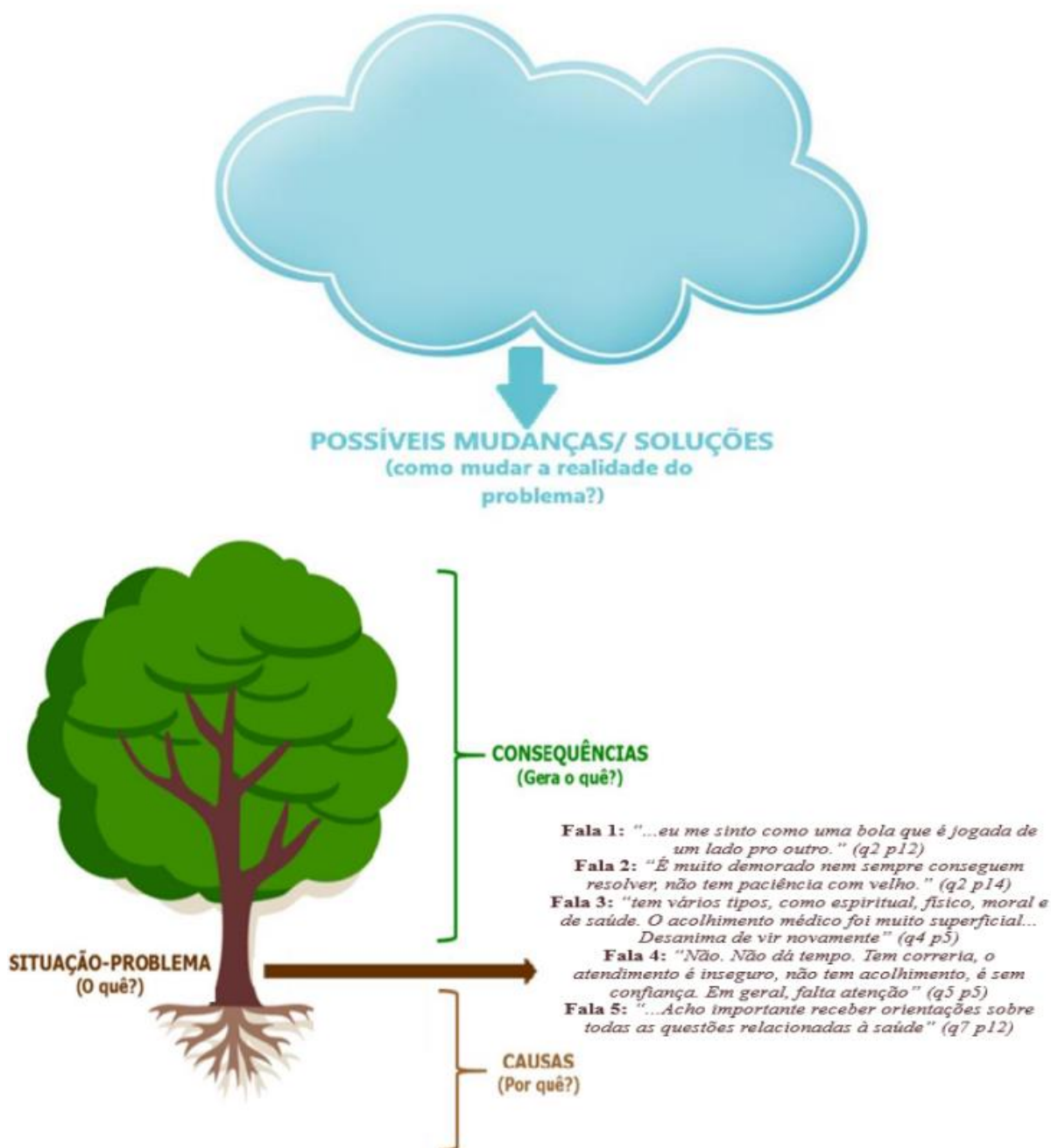
MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO TRIÂNGULO MINEIRO
Programa de Pós-Graduação em Atenção à Saúde
Grupo de Pesquisa: CIFACS

Projeto: Escuta qualificada: acolhimento de idosos na rede de atenção primária à saúde.

Nomes:

Data:

Árvore de problemas com falas dos idosos usuários.



APÊNDICE H - QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DA EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE

Lista de presença: Educação Permanente Atenção Primária à Saúde: Acolhimento e escuta qualificada à pessoa idosa

Esse formulário está destinado a confirmar presença de participação das ações de Educação Permanente propostas pelo grupo de pesquisa responsável pelo projeto intitulado "Escuta qualificada: acolhimento de idosos na rede de atenção primária à saúde" e disponibilizar dados para confecção dos certificados.

projetoescutaquali@gmail.com [Mudar de conta](#)



* Indica uma pergunta obrigatória

E-mail *

Seu e-mail

Nome *

Sua resposta

CPF *

Sua resposta



1/27/25, 2:01 PM

Lista de presença: Educação Permanente Atenção Primária à Saúde: Acolhimento e escuta qualificada à pessoa idosa

Qual dia você participou da ação? *

- ☐ 18/11 (segunda) - anfiteatro Hospital Regional José de Alencar (Rua Dr. Edelweiss Teixeira, nº 101)
- ☐ 22/11 (sexta) - anfiteatro B (HC) (Av Frei Paulino, sem numero, ao lado do laboratorio de analises clinicas)
- ☐ 28/11 (quinta) - sala T04 CE (Av. Getúlio Guaritá, 159)
- ☐ 29/11 (sexta) - anfiteatro B (HC) (Av Frei Paulino, sem numero, ao lado do laboratorio de analises clinicas)

Você considera a possibilidade da mudança na sua prática a partir das reflexões proporcionadas nesse dia de atividade? *

Sua resposta

Você consegue identificar soluções para mudar a realidade do acolhimento na sua unidade de trabalho? *

Sua resposta

Qual a sua satisfação com a atividade que você participou hoje? *

Muito insatisfeito 1 2 3 4 5 Muito satisfeito

☐ ☐ ☐ ☐ ☐

Comentários/sugestões sobre a ação de Educação Permanente

Sua resposta



APÊNDICE I - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - TCLE JUÍZES ESPECIALISTAS

Página 1 de 3



Universidade Federal do Triângulo Mineiro

Unidade: Centro Educacional – CE

Av. Getúlio Guaritá, nº 159– Bairro Nossa Senhora da Abadia – 38.025-440– Uberaba – MG
(34) 3700-6000

APENDICE I. TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

(Para Juízes)

Convidamos você a participar da pesquisa: Construção e Validação de Modelo Lógico para o Acolhimento do Idoso na Rede de Atenção Primária à Saúde. O objetivo desta pesquisa é elaborar e validar um modelo lógico que subsidie a aplicabilidade do acolhimento do idoso na rede de atenção primária à saúde.

Caso você decida participar, você deverá atuar na qualidade de juiz no processo de validação da matriz de critérios de avaliação do acolhimento do idosos na atenção primária. Os riscos envolvidos com sua participação são mínimos, destacando-se a possibilidade de constrangimento em não saber responder as questões formuladas, desconforto, cansaço ou aborrecimento ao responder os instrumentos de coleta de dados. Para minimizar tais riscos os pesquisadores envolvidos estarão disponíveis para esclarecimento de qualquer dúvida em relação ao conteúdo, objetivos, metodologia da pesquisa e instrumentos de coleta de dados. Ademais, é garantido, sem nenhum prejuízo que você se recuse a participar ou retirar seu consentimento, em qualquer fase da pesquisa, bem como de se recusar a responder as perguntas que lhe causem constrangimento de quaisquer naturezas.

Ao participar da pesquisa, você estará cooperando para o conhecimento, sanar as lacunas relacionadas à inserção da escuta qualificada da pessoa idosa nos atendimentos em saúde; assim como contribuir com o enriquecimento da literatura científica já disponibilizada.

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; bastando você dizer ao pesquisador que lhe entregou este documento. Você não será

Este documento deverá ser emitido em duas vias, uma para o participante e outra para o pesquisador.

Rubrica do participante	Data	Rubrica do pesquisador	Data



Universidade Federal do Triângulo Mineiro

Unidade: Centro Educacional – CE

Av. Getúlio Guaritá, nº 159– Bairro Nossa Senhora da Abadia – 38.025-440– Uberaba – MG
(34) 3700-6000

identificado neste estudo, pois a sua identidade será de conhecimento apenas dos pesquisadores da pesquisa, sendo garantido o seu sigilo e privacidade. Os dados serão guardados pelo pesquisador responsável por essa pesquisa em local seguro e por um período de 5 anos. Se você sofrer qualquer dano decorrente desta pesquisa, sendo ele imediato ou tardio, previsto ou não, você será indenizado.

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

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

Este documento deverá ser emitido em duas vias, uma para o participante e outra para o pesquisador.

Rubrica do participante	Data	Rubrica do pesquisador	Data

Página 3 de 3



Universidade Federal do Triângulo Mineiro

Unidade: Centro Educacional – CE

Av. Getúlio Guaritá, n° 159– Bairro Nossa Senhora da Abadia – 38.025-440– Uberaba – MG
(34) 3700-6000

em participar do estudo, Construção e Validação de Modelo Lógico para o Acolhimento do Idoso 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

Telefone de contato dos pesquisadores:

Nome: Álvaro da Silva Santos
Telefone: (34) 99905-2831

Nome: Helia Moraes Nomelini de Assis
Telefone: (034) 99978-4820

Nome: Manoela de Abreu
Telefone: (017) 98124-1209

Este documento deverá ser emitido em duas vias, uma para o participante e outra para o pesquisador.

Rubrica do participante	Data	Rubrica do pesquisador	Data

APÊNDICE J - CATEGORIAS COM TRECHOS DAS ENTREVISTAS COM AS GERENTES.

HUMANIZAÇÃO

Significado de humanização

Atendimento integral com qualidade *“Entendendo a forma como um todo do atendimento ao indivíduo, independente apenas do que ele chega como queixa, mas tudo o que engloba a situação da saúde dele, o mental, não só o físico...” (q1 p1)*

“... ver o paciente como um todo. Não é só a questão de saúde. A questão física, social e emocional... porque às vezes, ele quer conversar apenas.” (q1 p4)

“... Mas sim entender o lado do idoso, compreender o que ele tem passado o que ele tem vivido em casa, na família.” (q1 p5)

“... Entender como um todo qualquer necessidade.” (q1 p6)

“Prestar um serviço com qualidade, com respeito, dignidade, responsabilidade.” (q1 p2)

“É a forma de atender com mais qualidade... atender o paciente de uma forma mais atenciosa, vamos falar assim.” (q1 p3)

“... das minhas unidades... ninguém procura o posto de saúde em vão. Então, se vai lá é porque realmente precisa de uma assistência na saúde...” (q1 p6)

“... porém esse problema de saúde pode ter sido acarretado através de uma violência, tanto uma violência física como uma violência psicológica...” (q1 p5)

Escuta e empatia *“... tentar ouvir melhor o paciente, ter empatia pelo paciente.” (q1 p2)*

“... Que quanto mais acolhedor se colocar no lugar do outro, você vai conseguir sentir a dor dele e entender realmente o que ele quer e tentar visualizar o que ele realmente precisa.” (q1 p2)

“... você fazer um atendimento humanizado, ter empatia... além de resolver o problema dele, você cria aquele vínculo...” (q1 p6)

Existência de ações de humanização

Atividades em grupo *“... é um grupo que a gente tem que são os fisioterapeutas, os residentes da fisioterapia que executam...” (q2 p1)*

“... nos grupos de HIPERDIA, a gente faz o café para eles... faz as salas de espera... faz bingo, rifa...” (q2 p4)

	<i>“... os grupos que são feitos, principalmente o grupo que é uma rotina. O grupo de HIPERDIA semanal. Que não é só ir lá buscar um medicamento. Tem muita coisa envolvida. O grupo de tabagismo. Que é um grupo super humano...” (q2 p6)</i>
Trabalho profissional: para além da formação	<i>“... não é porque eu sou a enfermeira que eu vou fazer só o serviço de enfermagem. Não é porque eu sou a técnica que eu vou fazer só a técnica... Eu tenho muito essa questão de me colocar, vou fazer se tá aqui... vamos fazer juntos...” (q2 p2)</i> <i>“Que eu acho que vai além do profissional. Porque o psicólogo, quando ele faz o grupo, ele faz uma terapia de música... A minha dentista é fotógrafa. Hoje, o projeto tá tão assim que além de fotografar a gestante agora a gente tá com o projeto de fotografar os RN...” (q2 p6)</i>

ACOLHIMENTO

Forma de realização do acolhimento

Receber, direcionar e orientar	<i>“Quando ele vem fazer visita, quando ele vem pra consulta, toda vez que ele vier. Em geral. Ele passa pela recepção, caso necessário, geralmente em consultas, ele já vai pra sala de acolhimento da estratégia dele... Quando ele não vem pra consulta, a gente ainda tá aberto, qualquer eventualidade, qualquer coisa que ele passar mal ou necessitar, tá vindo à unidade pra procurar...” (q3 p2)</i> <i>“... primeiro ele passa pela recepção, a recepção direciona se ele já vai para o atendimento...” (q3 p3)</i> <i>“... chega na recepção e a gente passa todos eles pelo acolhimento... Se ele for marcar uma consulta, ele vai passar pelo atendimento de enfermagem.. depende do que ele vai buscar na unidade, mas ele vai ser acolhido por alguém...” (q3 p4) *</i> <i>“Geralmente, com orientação, tem uma sala, é, aonde... eles reúnem essas pessoas de certas idades para estar orientando.” (q3 p5)</i>
Realizado pela equipe de enfermagem	<i>“... A primeira equipe que o paciente em comum, que chega aqui, é com a enfermagem. A enfermagem é a porta de entrada, é o primeiro profissional que ele tem o contato aqui na unidade.” (q3 p1)</i> <i>“... Tem acompanhamento do técnico, da equipe de enfermagem mesmo, pra passar pra doutora, o que realmente é necessário...” (q3 p2)</i> <i>“O paciente, ele chega na unidade, ele vem primeiramente na enfermagem. É a enfermagem que vai acolher esse paciente... Na enfermagem, ele vai passar pela técnica ou enfermeira que vai orientar.” (q3 p3)</i>

Percepção sobre a resolutividade por meio do acolhimento

Boa adesão, identificação de demandas e capacidade de escuta	<i>“Sim, é resolutivo, porque eu acho que tudo depende da forma como você acolhe o paciente, como você pega a escuta dele, da forma que a gente acolhe...” (q4 p1)</i> <i>“Sim.” (q4 p2)</i> <i>“Sim. Às vezes, o paciente já chega com uma queixa e não é realmente aquilo. Então, quando você conversa com ele, você consegue ver que, às vezes, ele precisa de uma demanda social ou psicológica. Então, a gente consegue, sim, direcionar bem.” (q4 p4)</i> <i>“Sim, eu acredito que seja resolutiva, até porque eles se sentem acolhidos. Muitos, eles não deixam de ir. Eles vão com frequência, é, vão às reuniões, acompanham as palestras, então eu acredito que dê resolução.” (q4 p5)</i>
---	--

Dificuldade em realizar o acolhimento

Falta de acompanhamento familiar	<i>“... A família desse idoso tem que se conscientizar que ele precisa de um acompanhamento... A família desse idoso tem que pensar: Ele tá idoso, ele chegou num ponto que eu preciso ajudar. Por mais que a gente tá disposto a ajudar, tá disposto a acolher, a gente não tá com esse idoso o dia todo. A gente não sabe o que esse idoso realmente tá fazendo. O que esse idoso realmente precisa. A família é o meio, é o elo mais próximo que vai poder ouvir e reproduzir essas orientações em casa... A família do idoso vir, estar mais presente, e saber que ele precisa desse acompanhamento...” (q7 p2)</i> <i>“... a dificuldade que eu encontro é a falta de acompanhamento familiar... Porque os pacientes, a maioria mora sozinhos. Ou quando moram acompanhados, é o esposo ou a esposa... precisa ter uma melhor consciência da família. A gente até tenta sabe. A gente chama a família... Porque eles vão em peso na unidade.” (q7 p4).</i> <i>“A dificuldade maior é porque na maioria das vezes estão sozinhos e a maioria não sabe falar o que realmente está sentindo, o que está acontecendo. Então, a gente tem que fazer uma triagem. A falta é de uma assistência da família mesmo.” (q7 p6)</i>
Dificuldade de entendimento dos idosos	<i>“... Mas tem alguns idosos que ele tem dificuldade de entendimento. Ele tem uma certa dificuldade em entender, não só de se expressar, mas entender o que que a gente tá falando...” (q7 p2)</i> <i>“... Eles não têm, às vezes, um entendimento do que a gente quer explicar para eles... não compreende o que você quer explicar para ele...” (q7 p4)</i>
Acolhimento estrutural reducionista, mas que	<i>“Sim. Eu acho que de uma maneira mais só o acolhimento estrutural, estrutural para poder ter tipo uma acessibilidade nessa questão.” (q7 p1)</i> <i>“... Se você já acolher, dar aquele primeiro passo, perguntar o que está acontecendo, por que ela está triste ou por que tem aquele ferimento, já é um primeiro passo para poder estar</i>

amplia acesso	o	enviando essa pessoa para um sistema ou para quem tem já a prática, o conhecimento, para poder acompanhar essa pessoa”. (q7 p5)
--------------------------	----------	---

ESCUTA QUALIFICADA

Significado de escuta qualificada

A especializada	escuta	“... Todo paciente vai ser ouvido primeiro e o atendimento é mais individualizado para cada situação.” (q5 p3)
----------------------------	---------------	--

“A escuta qualificada já fala logo de cara. Qualificada. Tem que ter aquela pessoa ali para seguir alguns passos. Você tem que seguir um checklist. Então, a gente tenta ter um checklist. Para aquele caso, o que a gente vai poder fazer. Porque todo caso é diferente.” (q5 p4)

“... eu acredito que seja uma entrevista com uma certa pessoa que sofreu algum abuso, alguma situação, e essa pessoa não tem quem acompanhe ela ou ela se sinta intimidada ou até mesmo represada, e essa escuta especializada dá esse suporte...” (q5 p5)

“... então ter a escuta qualificada é fazer aquela triagem, aquela avaliação no geral do paciente, porque muitas das vezes, os sintomas que ele está no momento ali, pode ser algo psicológico, principalmente idoso. Tudo isso é uma escuta inicial no geral mesmo, de acolher o paciente, olhar os sinais vitais e ver qual que é a demanda dele.” (q5 p6)

A do subentendido	identificação	“... Eu acho que a escuta é a gente saber identificar. Ele está com uma queixa física, mas é saber fazer aquela anamnese, aquela pergunta, para ver se tem algo subentendido ali da queixa dele. Acho que é realmente como um todo...” (q5 p1)
----------------------------------	----------------------	--

“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)

“Escutar como um todo, porque na maioria das vezes, é o que eu sempre falei no início, quando procura o posto de saúde, alguma necessidade ele tem...” (q5 p6)

Ocorrência da escuta na prática profissional

Fragilidades desafios atenção primária	e na	Resolver dentro da unidade, encaminhar se necessário. “... Maioria dos pacientes que chega na recepção consegue ser direcionado corretamente pra sala que precisa. Na sala que ele vai ser atendido, ele consegue sair de lá com o problema dele resolvido. Ou foi acolhido, foi orientado a forma correta que ele tem que fazer pra ser resolvido o problema...” (q6 p2)
---	-------------	---

“... Saber também fazer o direcionamento. Porque não é só encaminhar o paciente. A gente tem que saber como que lida com ele. Como que a gente pode conseguir resolver dentro da unidade, sem poder passar para a especializada.” (q6 p4)

Garante-se a triagem, mas a escuta dependerá da presença de profissionais e da demanda de pacientes.

“Olha, na realidade, eu acho que existe uma escuta, um acolhimento, mas a demanda anda muito alta. Principalmente, a triagem. Então, a gente tem que fazer uma triagem, mas eu acho que se tivessem mais profissionais, poderia ter mais qualidade.” (q6 p6)

Singularidade, privacidade.

“Sim. Isso. Você fala dentro do serviço em geral. Eu acho que só no dia-a-dia ali, de atender a pessoa em particular, sem ser juntamente com as outras, eu acredito que sim.” (q6 p5)

Para ocorrer

escuta

qualificada há

necessidade de

educação

permanente

“Sim. Eu acho que sim, mas é uma coisa que a gente tem que ser treinada o dia todo. Tem que ser, tem que evoluir usar as educações permanentes da unidade e deixar ativa, aflorada nos profissionais sempre.” (q6 p1)

“Não. Eu acho que não como deveria.” (q6 p3)

APÊNDICE K - CATEGORIAS COM TRECHOS DAS ENTREVISTAS COM PROFISSIONAIS.

HUMANIZAÇÃO

Significado de Humanização

Compreensão de humanização como acolhimento

“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)

“Entender o que o paciente precisa e acolher da melhor forma possível e tratar da melhor forma possível.” (q1 p4)

“Acolhimento do paciente, como porta de entrada de diagnóstico precoce.” (q1 p6)

“Acolhimento e escuta do paciente, qual a demanda e queixa, não ter medo de tocá-los.” (q1 p7)

“Acolher pessoas que não tem condições.” (q1 p16)

“Bom acolhimento com os pacientes.” (q1 p17)

“Acolher o paciente independente da doença, e sim como pessoa.” (q1 p19)

“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)

Tratamento igualitário e empático

“Tentar atender o que o cliente realmente busca.” (q1 p1)

“Tratar a pessoa de forma igual, perceber as necessidades, olhar como se fosse alguém da família.” (q1 p2)

“Tratar o outro como quer ser tratado, ter paciência, entender o problema e tentar solucionar da melhor forma.” (q1 p5)

“Tratamento ao paciente com dignidade e respeito.” (q1 p8)

“Atendimento Igualitário a população, que atende as necessidades, a demanda.” (q1 p9)

“Um bom relacionamento com a comunidade.” (q1 p11)

“Se colocar no lugar dele, acolher as dores, suas necessidades de forma sistêmica além do que ele traz de demanda.” (q1 p12)

Realizar escuta qualificada direcionada a resolutividade

“Aberto para uma escuta qualificada, saber ouvir o paciente.” (q1 p10)

“Receber bem, dar atenção.” (q1 p13)

Existência de ações de humanização		<i>“Acolher bem o paciente e tentar resolver as necessidades o mais rápido possível” (q1 p14)</i> <i>“Atendimento qualificado, ouvir o usuário, levar em consideração as vivências.” (q1 p15)</i> <i>“Começa na porta quando recebe paciente, ouve necessidades busca onde tem seu atendimento e encaminha.” (q1 p18)</i> <i>“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)</i>
	Ações voltadas para a comunidade: atividades grupais e sociais	<i>“Sim. Atividade física, grupo de tabagismo, hiperdia.” (q2 p6)</i> <i>“Sim. Atividade física, em todos os atendimentos, dentro e fora da comunidade.” (q2 p8)</i> <i>“Sim. Forma de recepção do paciente, atendimento domiciliar.” (q2 p9)</i> <i>“Sim. Eventos junto com as escolas e com a comunidade de acordo com os temas de cada mês.” (q2 p11)</i> <i>“Sim. Profissionais tentam ouvir, busca ativa profissionais oferecem serviços que são oferecidos na unidade.” (q2 q12)</i> <i>“Sim. Educação continuada, acolhimento do paciente, grupos.” (q2 p14)</i> <i>“Sim. Inclusão com a sociedade, busca ativa.” (q2 p16)</i>
	Capacitação do manejo profissional para melhorar o atendimento	<i>“Sim, por parte da minoria de profissionais...” (q2 p3)</i> <i>“Sim. Treinamentos e com profissionais da recepção.” (q2 p7)</i> <i>“Sim. A palestras e cursos para melhor atendimento.” (q2 p13)</i> <i>“Tem, aqui todo mundo acolhe né, tenta resolver, o máximo, assim, dos problemas do paciente.” (q2 p20)</i>
	Nem sempre tem ações de humanização pela alta demanda e falta de recursos humanos	<i>“Sim. Depende da demanda do paciente, se adequa para conseguir resolver o problema.” (q2 p2)</i> <i>“Sim. Dentro do possível profissionais tentam acolher e escutar a grande demanda, atrapalha e faltam recursos humanos” (q2 p15)</i> <i>“Não mais, já teve, é a um tempo atrás, mas infelizmente devido a situação não.” (q2 p21)</i>
	Oferecer acesso à informação com vistas a resolutividade	<i>“Sim. Escuta, agendamento médico e encaminhamento. Informar” (q2 p18)</i> <i>“Sim. Atender, informar para onde deve ir” (q2 p19)</i>
ACOLHIMENTO		
Forma de realização do acolhimento	Recepcionar, direcionar, orientar, encaminhar se necessário a	<i>“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)</i>

	depende da demanda Realizado pela equipe de enfermagem e também por outros profissionais Não é realizado da maneira adequada pela falta de estrutura organizacional da unidade	<i>“Quando chegar pacientes, dentro das possibilidades acolhe, orienta, oferece o que pede.” (q3 p5)</i> <i>“Quando tem a demanda, tem a visita.” (q3 p6)</i> <i>“Recepção e bairros.” (q3 p7)</i> <i>“Recepcionando os pacientes, verificando o caso.” (q3 p11)</i> <i>“Demanda espontânea e uma vez na semana pelo hiperdia.” (q3 p13)</i> <i>“Faz triagem do paciente e avalia o caso, agenda consulta ou encaixes são realizados sinais vitais, avaliação clínica.” (q3 p14)</i> <i>“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)</i> <i>“Divisão de área de abrangência, ele é direcionado para a estratégia de saúde da família, a enfermagem que vai recepcionar o paciente.” (q3 p9)</i> <i>“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)</i> <i>“Enfermagem organiza.” (q3 p15)</i> <i>“Tem dias de agendamento, visitas domiciliares, agente comunitário de saúde nas casas” (q3 p16)</i> <i>“Começa no portão, a técnica vai de um por um, entender o que precisa.” (q3 p17)</i> <i>“Ficam os técnicos e enfermeiros na frente. Sem falar no serviço psicólogo, nutricionista, fisioterapeuta.” (q3 p18)</i> <i>“Paciente chega na recepção, passa pela triagem da enfermagem, depois ficam na sala de espera.” (q3 p19)</i> <i>“Tem sala comum com cadeiras, não tem estrutura adequada, é precária.” (q3 p3)</i> <i>“Nada muito estruturado. Paciente procura e enfermeira informa. Não é bem feito.” (q3 p4)</i> <i>“Escuta inicial não está presente” (q3 p8)</i> <i>“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, aí a gente faz esse acolhimento, aí 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)</i>
Percepção sobre a resolutividade por meio do acolhimento	Há resolutividade apesar de problemas estruturais e a depender do profissional	<i>“Sim. Às vezes os pacientes vêm só para conversar, principalmente no hiperdia.” (q4 p2)</i> <i>“Em partes. Depende do profissional que tá atendendo.” (q4 p3)</i> <i>“Sim. Mas tem coisas que não, por exemplo: medicamentos, SAMU. Ficam de mãos atadas.” (q4 p5)</i> <i>“Não. Falta recursos humanos, sobrecarga profissional.” (q4 p6)</i>
Dificuldade em realizar o acolhimento	Dificuldade de entendimento e falta de acompanhamento	<i>“Sim, dos idosos com esquecimento, senilidade, demência sem acompanhante.” (q7 p7)</i> <i>“Sim. A questão de entendimento deles, fazer com que eles entendam a conduta..” (q7 p9).</i> <i>“Não. Só os confusos, são poucos.” (q7 p14)</i> <i>“Sim. Idoso desacompanhado que não entende o que foi dito e não tem contato com familiares para passar a orientação.” (q7 p17)</i>

	<i>“Sim. Imediatismo do idoso; com acompanhante. Pressão. (q7 p18)”</i>
Falta estrutura na unidade	<i>“Sim, por que não tem estrutura, não tem nem sala.” (q7 p3)</i> <i>“Sim, por falta de estrutura.” (q7 p4)</i> <i>“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)</i>
ESCUTA QUALIFICADA	
Saber escutar com atenção e entender a necessidade do usuário na busca da resolução	<i>“Escutar a necessidade do usuário.” (q5 p1)</i> <i>“Ouvir a queixa, história, com atenção e saber o que é necessidade e o que é carência de atenção do paciente.” (q5 p4)</i> <i>“Dar prioridade à necessidade do paciente, dar um acolhimento precoce.” (q5 p6)</i> <i>“Parar e escutar, dar atenção, resolutividade mesmo não sendo resolvido por hora.” (q5 p7)</i> <i>“Não apenas escutar como entender o problema. Ver como um todo o paciente. Buscar a resolução.” (q5 p8)</i> <i>“Uma escuta que você entenda o que a pessoa quer, e buscar a resolução para aquilo.” (q5 p9)</i> <i>“Ouvir a demanda (queixa) do paciente.” (q5 p10)</i> <i>“Saber escutar e ter uma compreensão, ter paciência para ver a necessidade do paciente.” (q5 p11)</i> <i>“Escutar o problema e tentar dar uma solução, tentar resolver as queixas.” (q5 p13)</i> <i>“Escutar o paciente, verificar os agravos.” (q5 p14)</i> <i>“Escutar a pessoa.” (q5 p16)</i> <i>“Acolhe, ouve a queixa e tenta dar uma resolução, se precisar encaminha pra quem precisa resolver.” (q5 p17)</i> <i>“Escutar as queixas do paciente.” (q5 p19)</i> <i>“Saber ouvir? aí eu sou uma pessoa que tem muita paciência, sou muito paciente.” (q5 p20)</i> <i>“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)</i>
Identificar o subentendido	<i>“Escutar sem julgar.” (q5 p2)</i> <i>“Dar atenção, entender o que quer dizer, entender como indivíduo, atender necessidades. Saber entender.” (q5 p5)</i> <i>“Estar tecnicamente pronto e humanamente disponível” (q5 p12)</i> <i>“Ouvir por inteiro e com empatia e bem querer.” (q5 p18)</i>
Bom acolhimento do profissional a depender do contexto do usuário	<i>“Depende do acolhimento. Da estrutura onde é acolhido. Profissional tem que estar qualificado para isso.” (q5 p3)</i> <i>“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)</i> <i>“Escutar como um todo, porque na maioria das vezes, é o que eu sempre falei no início, quando</i>

Ocorrência da escuta na prática profissional		<i>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>
	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 p16)</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>

APÊNDICE L - RELATÓRIO ATIVIDADE DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE.



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO TRIÂNGULO MINEIRO
Programa de Pós-Graduação em Atenção à Saúde
Grupo de Pesquisa: CIFACS

Projeto: Escuta qualificada: acolhimento de idosos na rede de atenção primária à saúde.

RELATÓRIO DE ATIVIDADE DE EDUCAÇÃO PERMANENTE COM EQUIPES DA ATENÇÃO PRIMÁRIA - SMS - UBERABA MG

EDUCAÇÃO PERMANENTE: "ESCUTA QUALIFICADA: ACOLHIMENTO DE IDOSOS NA REDE DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE"

1. Contextualização

A Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do Sistema Único de Saúde (PNH), implantada pelo Ministério da Saúde em 2003, tem como princípios teóricos metodológicos: a transversalidade, a inseparabilidade entre atenção e gestão e o protagonismo dos sujeitos e coletivos (HECKERT; PASSOS; BARROS, 2009). A humanização deve estar adida às práticas dos serviços de saúde, em busca da construção de propostas capazes de assegurar a gestão da saúde (CAMPOS, 2007).

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 (GEIB, 2012), assim como o combate às desigualdades econômicas, sociais e ambientais. A assistência em saúde ofertada à população idosa ainda está distante de atender às necessidades requeridas.

Para que ocorram mudanças na assistência, é preciso provocar discussões e transformações na capacitação da força de trabalho das equipes de saúde (LIMA et al., 2018). A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) (BRASIL et al., 2018) propõe o desenvolvimento profissional e transformação das práticas de saúde através da educação permanente no trabalho e para o trabalho, envolvendo instituições de ensino, gestores, trabalhadores e usuários (FRANÇA et al., 2017).

A população idosa, por possuir particularidades biopsicossociais decorrentes do processo de envelhecimento carece de cuidado especial e adequado (ONOFRI JÚNIOR; MARTINS; MARIN, 2016); e a formação de profissionais de saúde capacitados para atuar frente a essas demandas é um dos maiores desafios encontrados na atenção ao idoso, visto que para desenvolver indivíduos competentes é preciso reconhecer a importância da qualificação profissional, com uma visão mais humanista e reflexiva (FERREIRA et al., 2021).

As propostas de educação permanente dão lugar ao cotidiano de trabalho valorizado, através das discussões e enfrentamento de situações reais e complexas, segundo padrões definidos previamente pelas diretrizes do SUS e os protocolos de saúde. Através da promoção de capacidades e competências, permite-se a reconstrução da clínica decorrido do processo de problematização da própria prática profissional e da realidade das situações de trabalho (WARMLING; BALDISSEROTTO; ROCHA, 2019).



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO TRIÂNGULO MINEIRO
Programa de Pós-Graduação em Atenção à Saúde
Grupo de Pesquisa: CIFACS

Projeto: Escuta qualificada: acolhimento de idosos na rede de atenção primária à saúde.

Fundamentando nisso, infere-se a exigência de compreender quais são os elementos necessários para uma escuta qualificada, para que as habilidades e competências dos profissionais de saúde possam ser aprimoradas de forma terapêutica e consolidadas. Por meio da melhoria de assistência ao cuidado, a escuta ativa, empática e qualificada irá potencializar a relação interpessoal entre os profissionais e idosos na rede de atenção primária à saúde.

2. Objetivos

Objetivo Geral: Sensibilizar os profissionais da Atenção Primária à Saúde sobre o acolhimento em saúde na atenção ao idoso.

Objetivos Específicos:

- a) Conceituar Humanização, Acolhimento e Escuta Qualificada;
- b) Debater os temas e construir possibilidades de mudanças dos processos de trabalho no atendimento da pessoa idosa na Rede de Atenção Primária à Saúde.

3. Desenvolvimento da ação

A ação foi baseada numa pesquisa anterior, na qual os resultados coletados, por meio de questionários semiestruturados com gerentes, profissionais de saúde e idosos usuários, foram apresentados em todos os encontros.

Foram ofertados quatro encontros presenciais com conteúdos análogos, alinhados às agendas de espaços de capacitação promovidos pela equipe médica da Atenção Primária à Saúde. Os quatro encontros ocorreram na tentativa de possibilitar a inclusão de mais profissionais.

Além dos médicos foram convidados os profissionais de outras categorias para participarem do evento.

Para esta atividade foi utilizada a metodologia “árvore de problemas”. Tal estratégia pretende desenvolver a análise de problemas pela identificação das causas e efeitos relativos a um problema central. Utiliza-se de uma representação gráfica da situação ou problema (tronco), das causas (raízes) e dos efeitos (galhos e folhas) (CAMARGO; DAROS, 2018).

Através da “árvore de problemas” é possível desenvolver as competências de Análise crítica do problema; Associação e desenvolvimento de ideias; Trabalho em equipe; Reflexão e tomada de decisão.



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO TRIÂNGULO MINEIRO
Programa de Pós-Graduação em Atenção à Saúde

Grupo de Pesquisa: CIFACS

Projeto: Escuta qualificada: acolhimento de idosos na rede de atenção primária à saúde.

A atividade foi desenvolvida na sequência descrita abaixo:

1. Três grupos foram formados;
2. O problema central foi colocado no centro do papel (tronco da árvore). Foram utilizados trechos das falas dos participantes do estudo de campo dos diferentes segmentos (gerentes, profissionais e idosos).
3. Acima do problema, são destinados espaços para os efeitos ou consequências derivadas do problema (galhos e folhas – copa da árvore); abaixo do problema central, são colocadas as causas que levaram àquele problema (raízes da árvore). Ambas foram preenchidas pelos participantes da atividade.
4. Acima da árvore, encontra-se uma novem, espaço reservado para as proposições de soluções dos problemas apresentados.

1ª Árvore de problemas com falas sobre a ocorrência da escuta qualificada na prática profissional	2ª Árvore de problemas com falas sobre dificuldade de realizar o acolhimento	3ª Árvore de problemas com falas dos idosos usuários
Profissionais: “Infelizmente não. Na minha prática como profissional ou da unidade?... 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) “... Dentro do possível, sem ter treinamento...” (q6 p3) Gerentes: “... uma coisa que a gente tem que ser treinada o dia todo... tem que evoluir, usar as educações permanentes da unidade e deixar ativa, aflorada nos profissionais sempre.” (q6 p1) “Olha, na realidade, eu acho que existe uma escuta, um acolhimento, mas a demanda anda muito alta. Principalmente, a triagem. Então, a gente tem que fazer uma triagem, mas eu acho que se tivessem mais profissionais, poderia ter mais qualidade.” (q6 p6)	Profissionais: “... 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) “... Idoso desacompanhado que não entende o que foi dito e não tem contato com familiares para passar a orientação.” (q7 p17) Gerentes: “... tem alguns idosos que ele tem dificuldade de entendimento... não só de se expressar, mas entender o que que a gente tá falando...” (q7 p2) “A dificuldade maior é porque na maioria das vezes estão sozinhos e a maioria não sabe falar o que realmente está sentindo, o que está acontecendo. Então, a gente tem que fazer uma triagem. A falta é de uma assistência da família mesmo.” (q7 p6)	“... eu me sinto como uma bola que é jogada de um lado pro outro.” (q2 p12) “É muito demorado nem sempre conseguem resolver, não tem paciência com velho.” (q2 p14) “tem vários tipos, como espiritual, físico, moral e de saúde. O acolhimento médico foi muito superficial... Desanima de vir novamente.” (q4 p5) “Não. Não dá tempo. Tem correria, o atendimento é inseguro, não tem acolhimento, é sem confiança. Em geral, falta atenção.” (q5 p5) “... Acho importante receber orientações sobre todas as questões relacionadas à saúde.” (q7 p12)

Os participantes do evento trabalharam ativamente nos temas propostos, levantando soluções para a problemática entregue. Aconteceu, de forma significativa, a troca de ideias e vivências.



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO TRIÂNGULO MINEIRO
Programa de Pós-Graduação em Atenção à Saúde
Grupo de Pesquisa: CIFACS

Projeto: Escuta qualificada: acolhimento de idosos na rede de atenção primária à saúde.

4. Avaliação das ações pelos participantes:

Das 70 pessoas que participaram dos quatro dias de ação, 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.

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.

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”.

5. Considerações da equipe de trabalho:

Além das questões abordadas pela dinâmica, houve discussões acerca da temática, pois gerou provocações entre os profissionais presentes, seguem abaixo:

A. Sugestão de reunião semanal e/ou mensal, assim como o CAPS, reservando um horário para discussão das dificuldades da unidade, no entanto, há necessidade de melhorar diálogo com os gestores para viabilização das reuniões;

B. Reorganização do grupo HIPERDIA para focar em educação sobre cuidados, medicamentos, monitoramento, humanização com outras oficinas como de chá para controle da pressão arterial e cozinha experimental ou relaxamento;

C. Levantou-se sobre mudança do cadastro das famílias, agora é cadastro individual e domiciliar, porém, há problemas com as famílias que não atualizam as informações de contato e endereço;



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO TRIÂNGULO MINEIRO
Programa de Pós-Graduação em Atenção à Saúde
Grupo de Pesquisa: CIFACS

Projeto: Escuta qualificada: acolhimento de idosos na rede de atenção primária à saúde.

D. Queixas sobre as reformas inadequadas que estão acontecendo atualmente, de acordo com os profissionais de saúde, locais inadequados para cada função, falta de participação dos profissionais de saúde; logo é necessário, planejamento orçamentário, medidas para aumentar as portas para otimizar a passagem de cadeiras de rodas e evitar perdas de salas das equipes de saúde;

E. Uso de tecnologias leves o tempo todo na assistência, principalmente para entender seu uso para o acolhimento;

F. Uso mais eficiente da mídia, redes sociais;

G. Necessidade de planejamento das capacitações, em questão de datas e horários, importância dos encontros como um despertar para os profissionais com maior participação do nível central;

H. Identificar as dificuldades, as diferenças e particularidades da zona rural;

I. Falta acolhimento do profissional, pois também são atores no cenário da APS, não têm *feedback*;

J. Houve reclamações sobre não haver encontros multiprofissionais ou de outras categorias profissionais.

Os encontros foram uma oportunidade para aprimorar a sensibilidade no atendimento e reforçar o trabalho em equipe, garantindo 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.

Para os acadêmicos participar do projeto de extensão sobre acolhimento aos idosos foi uma experiência valiosa para desenvolver habilidades fundamentais, como empatia, escuta ativa e uma visão mais humana do cuidado. É um momento para compreender melhor as necessidades, os desafios e as particularidades dessa fase da vida, principalmente quando se tem profissionais na área engajados em mostrar quais as maiores dificuldades e o que podemos fazer para melhorar, dando atenção integral e respeito.

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.

Documento assinado digitalmente
 **ALVARO DA SILVA SANTOS**
 Data: 11/12/2024 14:14:34-0300
 Verifique em <https://validar.itl.gov.br>

Prof. Dr. Alvaro da Silva Santos

Documento assinado digitalmente
 **HELIA MORAIS NOMEINI DE ASSIS**
 Data: 12/12/2024 15:02:25-0300
 Verifique em <https://validar.itl.gov.br>

Hélia M.N de Assis

Documento assinado digitalmente
 **MANOELA DE ABREU**
 Data: 11/12/2024 14:46:42-0300
 Verifique em <https://validar.itl.gov.br>

Manoela de Abreu

APÊNDICE M - CATEGORIAS POR BINÔMIOS DA ANÁLISE DOCUMENTAL

Categorias	TRECHOS
SAÚDE- ACOLHIMENTO	<i>“Entende o acolhimento como prática intrínseca e inerente ao exercício profissional em saúde. tal medida proporciona, assim, a superação da prática tradicional, centrada na exclusividade da dimensão biológica e na realização de procedimentos a despeito da perspectiva humana na interação e na constituição de vínculos entre profissionais de saúde e usuários.” (Acolhimento nas Práticas de Saúde)</i> <i>“Como valor das práticas de saúde, o acolhimento é construído de forma coletiva, a partir da análise dos processos de trabalho e tem como objetivo a construção de relações de confiança, compromisso e vínculo entre as equipes, serviços, trabalhador, equipes e usuário com sua rede socioafetiva.” (PNH)</i> <i>“O acolhimento no campo da saúde deve ser entendido, ao mesmo tempo, como diretriz ética, estética e política constitutiva dos modos de se produzir saúde e ferramenta tecnológica de intervenção na qualificação de escuta, construção de vínculo, garantia do acesso com responsabilização e resolutividade nos serviços.” (Acolhimento nas Práticas de Saúde)</i> <i>“...não se constitui como uma etapa do processo, mas como ação que deve ocorrer em todos os locais e momentos do serviço de saúde. Colocar em ação o acolhimento, como diretriz operacional, requer uma nova atitude de mudança no fazer em saúde e implica protagonismo dos sujeitos envolvidos no processo de produção de saúde; a valorização e a abertura para o encontro entre o profissional de saúde, o usuário e sua rede social.” (Acolhimento nas Práticas de Saúde)</i> <i>“...aprimoramento da qualidade técnica da atenção à saúde prestada à pessoa idosa.” (PNSPI)</i> <i>“Não podem ser desconsideradas as percepções do usuário e de sua rede social acerca do seu processo de adoecimento.” (Acolhimento nas Práticas de Saúde)</i> <i>“Acolher é reconhecer o que o outro traz como legítima e singular necessidade de saúde.” (Acolhimento nas Práticas de Saúde)</i> <i>“Acolher é dar acolhida, admitir, aceitar, dar ouvidos, dar crédito a, agasalhar, receber, atender, admitir. o acolhimento como ato ou efeito de acolher expressa, em suas várias definições, uma ação de aproximação, um estar com e um estar perto de, ou seja, uma atitude de inclusão.” (Acolhimento nas Práticas de Saúde)</i> <i>“O acolhimento não é um espaço ou um local, mas uma postura ética, não pressupõe hora ou profissional específico para fazê-lo, implica compartilhamento de saberes, angústias e invenções, tomando para si a responsabilidade de abrigar e agasalhar outrem em suas demandas, com responsabilidade e resolutividade sinalizada pelo caso em questão.” (Acolhimento nas Práticas de Saúde)</i> <i>“ (...) acolher com a intenção de resolver os problemas de saúde das pessoas que procuram uma unidade de saúde pressupõe que todas as pessoas que procuram a unidade, por demanda espontânea, deverão ser acolhidas por profissional da equipe técnica.”</i>

“... a proximidade e a capacidade de acolhimento, vinculação, responsabilização e resolutividade são fundamentais para a efetivação da AB como contato e porta de entrada preferencial da rede de atenção.” (PNAB)

“...realizar o acolhimento com escuta qualificada, classificação de risco, avaliação de necessidade de saúde e análise de vulnerabilidade, tendo em vista a responsabilidade da assistência resolutiva à demanda espontânea e o primeiro atendimento às urgências.” (PNAB)

“O acolhimento é uma das diretrizes (...) que incorpora a análise e a revisão cotidiana das práticas de atenção e gestão implementadas nas unidades do SUS.”(Acolhimento nas Práticas de Saúde)

“A noção de acolhimento no campo da saúde tem sido identificada ora como uma dimensão espacial, que se traduz em recepção administrativa e ambiente confortável; ora como uma ação de triagem administrativa e repasse de encaminhamentos para serviços especializados.” (Acolhimento nas Práticas de Saúde)

SAÚDE - SERVIÇO

“O Humaniza_SUS tem como método a aposta na inclusão de trabalhadores, usuários e gestores na produção e gestão do cuidado e dos processos de trabalho; inclusão das diferenças nos processos de gestão e de cuidado. tais mudanças são construídas não por uma pessoa ou grupo isolado, mas de forma coletiva e compartilhada. incluir para estimular a produção de novos modos de cuidar e novas formas de organizar o trabalho. sendo necessário para que eles, no cotidiano, reinventem seus processos de trabalho e sejam agentes ativos das mudanças no serviço de saúde.” (PNH)

“O serviço de saúde deve se organizar para assumir 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 sofrimentos desta.” (PNAB)

“A proposta do acolhimento, articulada com outras propostas de mudança no processo de trabalho e gestão dos serviços, cogestão, ambiência, clínica ampliada, programa de formação em saúde do trabalhador, direitos dos usuários e ações coletivas, é um dos recursos importantes para a humanização dos serviços de saúde.”(Acolhimento nas Práticas de Saúde)

“ O acolhimento é um modo de operar os processos de trabalho em saúde, de forma a atender a todos que procuram os serviços de saúde.”(Acolhimento nas Práticas de Saúde)

“O conceito de acolhimento se concretiza no cotidiano das práticas de saúde por meio da escuta qualificada e da capacidade de pactuação entre a demanda do usuário e a possibilidade de resposta do serviço.”(Acolhimento nas Práticas de Saúde)

“Os serviços podem implementar sistemas de busca ativa de casos para identificar pessoas idosas na comunidade (ou numa zona geográfica definida)-que necessitam de cuidados de saúde e sociais. “ (PNSPI)

“...estratégias de acolhida na comunidade, como visitas domiciliares por agentes comunitários de saúde e auto avaliação com apoio de tecnologias de telefonia móvel, podem ser usadas para busca ativa de casos.” (ICOPE)

“...que sejam encarnados na prática concreta dos serviços de saúde. a educação permanente deve ser constitutiva, portanto, da qualificação das práticas de cuidado, gestão e participação popular.” (PNAB)

“As portas de entrada dos serviços de saúde podem demandar a necessidade de um grupo preparado em promover o primeiro contato do usuário com os serviços de saúde como prontos-socorros, ambulatórios de especialidades, centros de saúde, entre outros, grupo este afeito às tecnologias relacionais, à produção de grupidades, à elaboração e ao manejo de banco de dados com informações sobre a demanda, o serviço e a rede de saúde, de apoio e proteção social.” (Acolhimento nas Práticas de Saúde)

“A disponibilidade de assistência e apoio social é fundamental para garantir uma vida digna e com propósito. a assistência e o apoio social incluem não apenas ajuda em desempenhar atividades de vida diária e cuidados pessoais, mas também facilitar o acesso a instalações e serviços públicos da comunidade, reduzir o isolamento e a solidão, ajudar na segurança financeira, proporcionar um local adequado para se viver livre de assédio e abuso e participação em atividades que dão sentido à vida.” (ICOPE)

“Os serviços devem prestar cuidados de saúde e sociais seguros e eficazes que visem a capacidade funcional e estejam em sintonia com as necessidades, preferências e práticas culturais das pessoas idosas.” (ICOPE)

“A avaliação dos ambientes social e físico e a identificação de quaisquer necessidades de serviços sociais e de apoio são fundamentais para pessoas com perda de capacidade intrínseca. essa é uma parte essencial da avaliação centrada na pessoa do idoso na atenção primária.” (ICOPE)

“...requer prestar um atendimento com resolutividade e responsabilização, orientando, quando for o caso, o paciente e a família em relação a outros serviços de saúde, para a continuidade da assistência, e estabelecendo articulações com esses serviços, para garantir a eficácia desses encaminhamentos.” (PNH)

“(...) serviços totalmente incongruentes com a demanda e acreditam que o seu objeto de trabalho é esta ou aquela doença ou procedimento, atribuindo menor importância à existência dos sujeitos em sua complexidade e sofrimento; atendem pessoas com sérios problemas de saúde sem, por exemplo, acolher elas durante um momento de agravamento do problema, rompendo o vínculo que é alicerce constitutivo dos processos de produção de saúde.” (Acolhimento nas Práticas de Saúde)

“Executar os procedimentos de vigilância à saúde da pessoa idosa, e obedecer a fluxos de encaminhamento para o atendimento do idoso frágil e integrar os serviços da rede pública da macrorregião.” (Programa Mais Vida Secretaria Estadual de Saúde MG)

**SAÚDE – IDOSO -
CUIDADO**

“É assegurada a atenção integral à saúde da pessoa idosa, por intermédio do SUS, garantindo o acesso universal e igualitário,” (Estatuto do idoso)

“...deixar de prestar assistência à pessoa idosa, quando possível fazer sem risco pessoal, em situação de iminente perigo, ou recusar, retardar ou dificultar sua assistência à saúde.” (Estatuto do idoso)

“Identificar os idosos na área de abrangência, estes devem dedicar atenção maior aos idosos frágeis, como também avaliar, classificar segundo o risco e traçar o Plano de Cuidados.” (PNSPI)

“A ampliação da ESF que revela a presença de idosos e famílias frágeis e em situação de grande vulnerabilidade social e a inserção ainda incipiente

	<i>das Rede de Atenção à Saúde do Idoso tornaram imperiosa a readequação da PNSPI.” (PNSPI)</i> <i>“A OMS define cuidados em longo prazo como atividades desenvolvidas por terceiros para garantir que as pessoas com perdas significativas da sua capacidade intrínseca possam manter um nível de habilidade funcional coerente com os seus direitos básicos, liberdades fundamentais e dignidade humana.”(ICOPE)</i> <i>“A participação dos indivíduos, famílias e sociedade civil na prestação de cuidados de saúde e sociais pode ajudar a colmatar lacunas nos cuidados, tais como cuidados pessoais, promover a saúde e o bem estar as pessoas idosas e criar ambientes amigos da terceira idade.” (PNSPI)</i> <i>“Uma avaliação centrada na pessoa idosa começa não apenas com uma anamnese convencional, mas sim com uma compreensão completa da vida, valores, prioridades e preferências da pessoa em relação à sua saúde e ao manejo desta.” (ICOPE)</i> <i>“O diagnóstico de qualquer doença de base, como doença de Alzheimer, depressão, osteoartrite, osteoporose, catarata, diabetes e hipertensão é fundamental para a avaliação centrada na pessoa.” (PNSPI)</i> <i>“Desenvolver e valorizar o atendimento acolhedor e resolutivo à pessoa idosa, baseado em critérios de risco” (PNSPI)</i>
SAÚDE- NECESSIDADE	<i>“A avaliação da necessidade do usuário em função de seu risco e sua vulnerabilidade, proporcionando a priorização da atenção e não o atendimento por ordem de chegada.”(Acolhimento nas Práticas de Saúde)</i> <i>“...a integralidade da atenção, indo ao encontro das diferentes realidades e necessidades de saúde da população e dos indivíduos.”(PNH)</i> <i>“...atenção especial às doenças que afetam preferencialmente as pessoas idosas.”(Estatuto do Idoso)</i> <i>“A principal prioridade de um plano de cuidados personalizado deve ser melhorar a capacidade intrínseca e a Capacidade Funcional, abordando diretamente as necessidades das pessoas idosas em matéria de cuidados de saúde e sociais.”(ICOPE)</i> <i>“As necessidades de saúde e assistência social dos idosos devem ser tratadas de maneira integrada e com a continuidade dos cuidados em longo prazo.” (ICOPE)</i> <i>“A abordagem do envelhecimento ativo se baseia no reconhecimento dos direitos das pessoas idosas e nos princípios de independência, participação, dignidade, assistência e auto_realização.” (PNSPI)</i> <i>“A abordagem do envelhecimento ativo se baseia no reconhecimento dos direitos das pessoas idosas e nos princípios de independência, participação, dignidade, assistência e auto_realização.” (PNSPI)</i>
ACOLHIMENTO- USUÁRIO	<i>“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.” (PNH)</i>

“Atenção Básica acolhedora, resolutiva e que avança na gestão e coordenação do cuidado do usuário nas demais Redes de Atenção à Saúde.” (PNAB)

“O acolhimento deve comparecer e sustentar a relação entre equipes, serviços e usuários/ populações. como valor das práticas de saúde, o acolhimento é construído de forma coletiva, a partir da análise dos processos de trabalho e tem como objetivo a construção de relações de confiança, compromisso e vínculo entre as equipes -serviços, trabalhador - equipes e usuário com sua rede socioafetiva.” (PNH)

“O acolhimento como postura e prática nas ações de atenção e gestão nas unidades de saúde favorece a construção de uma relação de confiança e compromisso dos usuários com as equipes e os serviços, contribuindo para a promoção da cultura de solidariedade e para a legitimação do sistema público de saúde.” (Acolhimento nas Práticas de Saúde)

“(...) postura de escuta e compromisso em dar respostas às necessidades de saúde trazidas pelo usuário, de maneira que inclua sua cultura, seus saberes e sua capacidade de avaliar riscos(...)” (PNAB)

“...importância do acolhimento como estratégia de qualificação da atenção no SUS, de garantia de direitos dos usuários e da utilização adequada e das responsabilidades das unidades de saúde do SUS.” (Acolhimento nas Práticas de Saúde)

“... necessidade de enfrentamento de desafios como a implementação insuficiente ou mesmo a falta de implementação das RASI.” (PNSPI)

“A atenção integral e integrada à saúde da pessoa idosa deverá ser estruturada nos moldes de uma linha de cuidados, com foco no usuário, baseado nos seus direitos, necessidades, preferências e habilidades; estabelecimento de fluxos bidirecionais funcionantes, aumentando e facilitando o acesso a todos os níveis de atenção; providos de condições essenciais; infraestrutura física adequada, insumos e pessoal qualificado para a boa qualidade técnica.” (PNSPI)

“A equipe irá acolher o idoso, bem como encaminhar ele para risco habitual, esquema este que compete o agendamento de consultas, e ações complementares como vacinação, como também educação em saúde.” (Programa Mais Vida - Secretaria Estadual de Saúde MG)

APÊNDICE N - QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DO MODELO LÓGICO.

Verificar no link:

https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLScUX3rVUjbc7_PfogWTEwjm_kFZbHJTJrcbr47pL9xb3wJslA/viewform?usp=sf_link

APÊNDICE O - QUESTIONÁRIO DE VALIDAÇÃO DE CONTEÚDO POR JUÍZES ESPECIALISTAS - 1ª RODADA

Verificar no link:

https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSd016u0qnZKNWNP9ABeImQKQl4XviKtD6frWeOIDyk7idbAAg/viewform?usp=sf_link

APÊNDICE P - QUESTIONÁRIO DE VALIDAÇÃO DE CONTEÚDO POR JUÍZES ESPECIALISTAS - 2ª RODADA

Verificar no link:

https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLScZQbYpoDTIBZyc_V8LAToeiKUjxzTLQ7wV VqKgE7LMocgNbg/viewform?usp=sf_link