

Accessibility and health care delivery: potential strategies for improving health care for the elderly

| Acessibilidade e acolhimento: estratégias potenciais para qualificação da assistência à saúde do idoso

ABSTRACT | Introduction:

*Accessibility and hospitality are two aspects of quality of care in health care, and as the population ages, they have become important tools in delivering an improved service to the elderly. **Objective:** To evaluate the accessibility and health care delivery to a group of elderly in a healthcare facility.*

Methods: *This is an observational, cross-sectional, descriptive study, conducted with a group of elderly (n = 100) enrolled in two health units in the city of Belém - PA. To analyze the data, we used the Statistical Package for Social Sciences (SPSS) version 18.0, and applied the chi-square test of Pearson, with significance level set at $\alpha = 0.05$ (5%) and p -value $\leq 0,05$. **Results:***

*62% of participants reported that they felt immediately welcomed upon entering the health unit, while 53% and 71% were referred respectively to the reception and the doctor's office, 62% had their doubts clarified, 44% rated the care received in the lobby and reception positively, while 71% acknowledged a good interaction between professionals and users, Nurses were found to be the most sought after professionals (39%). Most elderly (84%) reported that they had been well received and cared. **Conclusion:** The positive findings concerning accessibility and humanized health care delivery, as reported by the elderly, demonstrate that despite the so many environmental, structural and economic adversities pervading public health in Brazil, the health care provided for elderly may be said to be highly satisfactory*

Keywords | *Health services accessibility; Health care delivery; Elderly; Geriatric nursing.*

RESUMO | Introdução: Acessibilidade e acolhimento são dois aspectos relacionados com a qualidade da assistência no processo de atenção à saúde e que, diante do processo de envelhecimento populacional, constituem ferramentas importantes para viabilizar o atendimento e torná-lo satisfatório. **Objetivo:** Avaliar a acessibilidade e acolhimento de um grupo de usuários idosos no âmbito de uma unidade de saúde. **Métodos:** Trata-se de um estudo observacional, transversal e descritivo, realizado com um grupo de idosos (n=100) atendidos em duas Unidades de Saúde do município de Belém (PA). Para a análise dos dados, utilizou-se o programa estatístico *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS) versão 18.0, por meio da aplicação do teste Qui-quadrado de Pearson, admitindo-se nível $\alpha=0,05$ (5%) e valor de p -valor $\leq 0,05$. **Resultados:** 62% dos participantes relataram ser acolhidos na porta de entrada da Unidade de Saúde, 53% e 71% foram encaminhados respectivamente à recepção e ao consultório, 62% tiveram suas dúvidas esclarecidas, 44% classificaram o atendimento recebido na portaria e recepção como bom, 71% declararam haver interação entre profissional e usuário, os enfermeiros foram os profissionais mais procurados (39%), a maioria dos idosos (84%) declararam ter sido bem acolhidos e recepcionados. **Conclusão:** A acessibilidade dos idosos ao serviço de saúde, assim como o acolhimento, apontaram em direção a uma assistência que preza pela qualidade, mesmo diante de tantas adversidades ambientais, estruturais e econômicas pelo qual perpassa a saúde pública no Brasil.

Palavras-chave | Acesso aos serviços de saúde; Acolhimento; Idoso; Enfermagem geriátrica.

¹Universidade do Estado do Pará, Belém/PA, Brasil

INTRODUÇÃO |

Acessibilidade e acolhimento são dois aspectos intimamente relacionados com a qualidade da assistência no processo de atenção à saúde. O primeiro refere-se a locais, produtos, serviços ou informações disponíveis ao maior número e variedade possível de pessoas, independentemente de suas capacidades físico-motoras e perceptivas culturais e sociais¹. Em contrapartida, o acolhimento, como diretriz operacional da Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do Sistema Único de Saúde (SUS), é uma ferramenta que possibilita acesso humanizado e resolubilidade às demandas de saúde dos usuários e das comunidades no Brasil, principalmente na perspectiva da atenção primária à saúde².

Quando se refere ao grau de facilidade com que as pessoas obtêm cuidado, os termos acesso e acessibilidade são utilizados como sinônimos³, contudo no presente estudo optou-se pela utilização do termo acessibilidade aos serviços de saúde e conseqüentemente ao cuidado.

No Brasil, o SUS apresenta a atenção primária como porta de entrada. É neste nível em que aproximadamente 80% das necessidades de saúde de uma comunidade devem ser atendidas de maneira resolutiva, incluindo o cuidado aos idosos, o que implica ofertar serviços cuja estrutura apresente características que possibilitem a acessibilidade e o acolhimento de maneira adequada⁴.

Nesse seguimento, o processo de envelhecimento ocorre a passos largos no Brasil, com alterações claras, inequívocas e irreversíveis na dinâmica populacional⁵. Em se tratando desse novo perfil populacional e de novas demandas a serem atendidas nos serviços de saúde, é importante salientar que a qualidade da assistência requerida por esse grupo etário ultrapassa a noção de cuidado restrito ao quadro clínico da doença; diferentemente, pode ser construída a partir de ferramentas, como acessibilidade e acolhimento, à medida que visam fortalecer a relação entre o usuário, o profissional de saúde e o próprio sistema de saúde, contribuindo para viabilizar o atendimento e torná-lo satisfatório⁴.

Dessa maneira, para que a inclusão das pessoas idosas na sociedade se concretize é necessário que essas disponham de garantias de atendimento prioritário e de condições de utilizar de forma plena os ambientes, objetos e serviços necessários à sua existência, com autonomia, independência e segurança⁶. Nos Estados Unidos, por exemplo, embora

haja cuidados de saúde de elevada qualidade, todos os dias idosos americanos morrem por doenças evitáveis em virtude de problemas ligados à acessibilidade ao cuidado de saúde⁷.

O objetivo deste artigo é, portanto, avaliar a acessibilidade e acolhimento de um grupo de usuários idosos no âmbito de uma unidade de saúde.

MÉTODOS |

Trata-se de um estudo observacional, transversal e descritivo, realizado com um grupo de idosos atendidos em duas Unidades de Saúde do município de Belém (PA), a primeira delas vinculada à Universidade do Estado do Pará e a segunda à Secretaria Municipal de Saúde. Ressaltando-se que as duas Unidades de Saúde selecionadas para o estudo, embora ofereçam assistência à população idosa não possuíam no momento da coleta de dados o Programa de Saúde do Idoso implementado, conforme o recomendado pela Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (2006)⁸.

Incluíram-se no estudo usuários do SUS com idade igual ou superior a 60 anos, de ambos os sexos, que procuraram atendimento nas Unidades de Saúde selecionadas no período compreendido entre outubro e novembro de 2013 e que aceitaram participar espontaneamente da pesquisa, mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Foram excluídos os idosos que possuíam algum tipo de alteração cognitiva, como desorientação que pudesse dificultar a compreensão para responder às perguntas, assim como os que se recusaram a participar da pesquisa. Dessa forma, a amostra foi por conveniência conforme os idosos frequentassem as Unidades de Saúde no período estabelecido para a coleta de dados e estimada em (150) idosos, contudo houve uma perda de (50) em atendimento aos critérios de exclusão preestabelecidos, resultando em uma amostra final de (100) idosos.

Para a obtenção dos dados, utilizou-se instrumento elaborado por Assis, Nascimento, Franco e Jorge⁹ com adaptações para a realidade do cenário de pesquisa. Foram contempladas as seguintes variáveis (perfil sociodemográfico, acessibilidade ao serviço/cuidado e acolhimento quanto aos aspectos: recepção na

Tabela 1 - Perfil sociodemográfico dos idosos da amostra que participaram do estudo, por sexo, Belém/PA, Brasil, 2013

Variáveis	Feminino		Masculino		p-valor*
	N	%	N	%	
Sexo	68	68,0	32	32,0	
Faixa de Idade					0,350
60- 69	40	63,5	23	36,5	
70- 79	17	70,8	7	29,2	
80- 89	11	84,6	2	15,4	
Escolaridade					0,781
Analfabeto	11	64,7	6	35,3	
Fundamental	37	71,2	15	28,8	
Médio a superior	20	64,5	11	35,5	
Ocupação					0,308
Trabalha	16	57,1	12	42,9	
Aposentado	37	68,5	17	31,5	
Pensionista	14	82,4	3	17,6	
Sem ocupação/renda	1	100,0	0	0,0	
Renda familiar**					0,300
Sem renda	1	100,00	0	0,0	
<1 salário mínimo	12	80,0	3	20,0	
1 a 2 salários mínimos	28	71,8	11	28,2	
3 a 5 salários mínimos	16	53,3	14	46,7	
>5 salários mínimos	11	73,3	4	26,7	
Tempo que frequenta a unidade					0,353
<1 ano	16	64,0	9	36,0	
De 2 a 3 anos	5	50,0	5	50,0	
De 4 a 5 anos	12	63,2	7	36,8	
>5 anos	35	76,1	11	23,9	

*p-valor ≤0,05. Teste Qui-quadrado de Pearson; **Salário Mínimo em vigor no Brasil (2013) = R\$678,00 (reais).

porta de entrada do serviço, acolhimento segundo à responsabilização e vínculo dos profissionais, e acessibilidade e acolhimento de acordo ambiente do cuidado) o qual foi aplicado pelas pesquisadoras (enfermeiras e acadêmicas de enfermagem) previamente treinadas pela gerontóloga responsável pela pesquisa.

Para a análise dos dados, foi utilizada a estatística descritiva com o apoio do programa eletrônico SPSS (versão 18.0), utilizando-se o teste de Qui-quadrado, de Pearson, admitindo-se nível $\alpha=0,05$ (5%) e valor de $P\leq 0,05$.

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade do Estado do Pará Campus IV, por meio de Parecer nº 410.229. Durante toda a realização da pesquisa, os participantes foram esclarecidos sobre os objetivos e sua operacionalização e atenderam a todos os aspectos éticos relacionados à pesquisa que envolve seres humanos, como preconiza a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde¹⁰.

RESULTADOS |

Observou-se maior proporção do sexo feminino. Não houve diferença estatística por sexo quanto: à faixa etária, ao nível de escolaridade, à ocupação, à renda familiar e ao tempo que frequentavam as Unidades de Saúde (Tabela 1).

A maioria dos idosos recebia orientação quanto ao local para onde se dirigir quando chegavam às Unidades de Saúde, aguardavam por atendimento médico, possuíam consulta pré-agendada, contudo haviam aguardado por mais de uma semana para serem atendidos; foram encaminhados à recepção e ao consultório (Tabela 2).

A maioria dos idosos tiveram suas dúvidas esclarecidas ao chegarem às Unidades de Saúde, classificaram o atendimento oferecido na recepção e portaria como bom. O tempo de espera para ser atendido na maioria dos casos variou de 30 a 60 minutos até o dia todo (Tabela 3).

Tabela 2 - Avaliação da acessibilidade desde a porta de entrada do serviço de saúde dos idosos que participaram do estudo, Belém/PA, 2013

Variáveis	N	%
Orientação ao local para onde se dirigir		
Sim	62	62,0
Não	38	38,0
Atendimento desejado		
Consulta médica/enfermagem	78	78,0
Atendimento do Hiperdia	14	14,0
Marcação de exame e consulta	5	5,0
Consulta odontológica	2	2,0
Vacinação	1	1,0
Como conseguiu o atendimento		
Pré-agendado	70	70,0
Esperou em fila*	18	18,0
Não precisou agendar**	12	12,0
Tempo de espera entre a marcação e o atendimento		
No mesmo dia	29	29,0
Até 3 dias	17	17,0
4 a 7 dias	8	8,0
>1 semana	46	46,0
Encaminhado para a recepção		
Sim	53	53,0
Não	47	47,0
Encaminhado para o cuidado		
Sim	71	71,0
Não	29	29,0

*No caso de atendimento da demanda espontânea (intercorrências); **Apenas para realização de procedimentos (vacinação e curativo).

Tabela 3 - Avaliação do acolhimento segundo a porta de entrada do serviço de saúde dos idosos que participaram do estudo, Belém/PA, 2013

Variáveis	N	%
Esclarecimento de dúvidas		
Sim	62	62,0
Não	38	38,0
Classificação do atendimento*		
Muito bom	17	17,0
Bom	44	44,0
Razoável	34	34,0
Ruim	5	5,0
Tempo de espera para ser atendido**		
<10 minutos	1	1,0
10 a 30 minutos	15	15,0
30 a 60 minutos	23	23,0
1 a 2 horas	19	19,0
>2 horas	18	18,0
Manhã ou a tarde inteira	20	20,0
Dia todo	4	4,0

*Atendimento realizado na recepção e portaria; **Da entrada na unidade ao ambiente do cuidado.

Ao chegar à unidade, existe interação entre os trabalhadores e os idosos. Os enfermeiros são os profissionais mais procurados, a maioria dos idosos sentem-se acolhidos e satisfeitos com o atendimento, são tratados pelo nome, sentem necessidade de falar sobre seus problemas e quem está atendendo demonstra responsabilização e vínculo no processo de atenção à saúde do idoso. A consulta teve, em média, duração de 10 a 20 minutos (Tabela 4).

Os idosos, em sua maioria, consideraram a recepção da unidade, os corredores, os banheiros para os usuários, a sala de consulta e a sinalização da unidade como adequadas, situação diferente da encontrada na sala de espera, tida como inadequada por grande parte dos idosos (Tabela 5).

Tabela 4 - Avaliação do acolhimento segundo a responsabilização e vínculo dos profissionais aos idosos que participaram do estudo, Belém/PA, 2013

Responsabilização e vínculo	f	%
Ao chegar ao ambiente do cuidado		
Há interação profissional-usuário	71	71,0
Não há interação profissional-usuário	24	24,0
Não souberam informar	5	5,0
Responsabilização e vínculo profissional		
Enfermeiro	39	39,0
Médico	20	20,0
Odontólogo	4	4,0
Técnico de enfermagem	8	8,0
ACS	7	7,0
Recepcionista/Porteiro	20	20,0
Outros	2	2,0
Percepção do idoso quanto ao atendimento		
Acolhido/satisfeito	84	84,0
Não acolhido/insatisfeito	9	9,0
Não classifica	7	7,0
Conhece os profissionais que o atenderam*		
Sim	76	81,7
Não	17	18,3
Na consulta de retorno é atendido pelo mesmo profissional*		
Sim	77	82,8
Não	16	17,2
Idoso refere necessidade de falar sobre seus problemas*		
Sim	67	72,0
Às vezes	20	21,5
Não	6	6,5
Duração do atendimento*		
Entre 10 e 30 minutos	56	60,3
Menos de 10 minutos	27	29,0
Mais de 30 minutos	10	10,7
Os profissionais identificam o idoso nominalmente*		
Sim	86	92,5
Não	7	7,5
Durante o atendimento os profissionais de saúde procuram saber as necessidades de cuidado do idoso*		
Sim	83	89,2
Não	10	10,8

*Foram excluídos os pacientes que frequentaram a unidade pela primeira vez.

Tabela 5 - Avaliação da acessibilidade e acolhimento de acordo com o ambiente dos serviços ofertados aos idosos que participaram do estudo, Belém/PA, 2013

Variáveis	f	%
Recepção		
Adequada (aguarda sentado/ possui contato direto com profissional)	62	62,0
Inadequada (aguarda em pé/não possui contato indireto com profissional) *	38	38,0
Sala de espera		
Adequada (clima agradável/cadeiras confortáveis/ambiente tranquilo)	34	34,0
Inadequada (clima quente/cadeiras desconfortáveis/ambiente agitado)	66	66,0
Corredores		
Adequados (largos/sinalizados)	68	68,0
Inadequados (estreitos/sem sinalização)	32	32,0
Banheiro para usuários		
Adequado (higienizados/separados por sexo/com barras de apoio)	35	35,0
Inadequado (não higienizado/ambos os sexos/sem barras de apoio)	34	34,0
Nunca frequentaram	31	31,0
Sala de consulta		
Adequada (climatizada/confortável)	83	83,0
Inadequada (não climatizada/desconfortável)	17	17,0
Sinalização da unidade		
Sim	81	81,0
Não	19	19,0

*Existe um vidro (barreira ambiental) entre profissional e usuário.

DISCUSSÃO |

No presente estudo, a maioria dos participantes pertenciam ao sexo feminino, concernente ao que tem sido evidenciado em outras pesquisas envolvendo idosos atendidos na atenção básica de saúde, tanto no âmbito local¹¹ quanto em outras regiões do País¹²⁻¹⁴. Esse processo tem sido denominado de “feminização” do envelhecimento populacional, que pode ser explicado pelos diferenciais de mortalidade entre homens e mulheres, com tendência de ampliação nos grupos etários mais avançados¹⁵.

Quanto ao perfil etário houve predominância dos idosos jovens, com idade de 60 a 69 anos, em ambos os sexos, como tem sido evidenciado em estudos semelhantes^{11,16}. Em relação à escolaridade, predominou o ensino fundamental, o que tem sido observado em outros estudos brasileiros identificados na literatura^{11,14}. Além disso, o último censo brasileiro, na Região Norte, constatou que a maioria da população com 60 anos de idade ou mais não possuía instrução e tinha menos de um ano de estudo, assim como identificado nas Regiões do Nordeste e Centro-Oeste,

diferentemente do verificado no Sul e Sudeste do País, em que houve predomínio dos idosos com quatro a oito anos de estudo¹⁷.

Nesse contexto, é importante se fazer menção que a baixa escolaridade predominante entre os idosos pode influenciar a acessibilidade aos serviços de saúde, em maiores oportunidades de participação social e no entendimento acerca do seu autocuidado e outros¹¹. Constituindo-se, portanto, um desafio para o setor saúde, tendo em vista a alta complexidade de esquemas terapêuticos atuais e do cuidado¹³.

A maioria dos idosos eram aposentados, situação também identificada em outros estudos^{11,13-14}, com renda variando de 1 a 2 salários mínimos para o sexo feminino e de 3 a 5 salários mínimos para o masculino. Essa desigualdade de renda coloca em desvantagem as idosas com histórico de escassa participação no mercado de trabalho, as quais recebem benefícios mínimos de aposentadoria e são inteiramente dependentes do sistema público de saúde¹⁶.

Quanto ao tempo que frequentam a unidade de saúde, predominou o período superior há cinco anos, o que evidencia a existência de certo vínculo entre o serviço de saúde e o usuário. Tal situação pode ser considerada como um resultado positivo, pois quando existe a identificação do usuário com a atenção básica é indicativo de que realmente ela está cumprindo seu papel como porta de entrada do sistema de saúde¹⁸.

Em relação às ferramentas de acessibilidade desde a porta de entrada, a maioria dos idosos recebeu orientação dos funcionários das Unidades de Saúde quanto ao local aonde se dirigir, foram encaminhados à recepção e ao cuidado desejado, ou seja, foi facilitada aos idosos a acessibilidade aos serviços para os quais desejavam ser atendidos. Reforça-se nesse aspecto a importância de oferecer orientações claras, objetivas, compassadas em voz alta e olhando nos olhos, para facilitar a comunicação, já que o idoso pode apresentar dificuldades de interpretação das informações¹⁹.

Observa-se também que, pelos resultados encontrados neste estudo, entre os tipos de atendimentos mais desejados pelos idosos destacaram-se a consulta médica e a de enfermagem, como identificado em estudo semelhante realizado na Região Nordeste¹⁸. Esse fato também pode ser justificado, pois na maioria dos serviços de saúde ofertados à comunidade e, nos seus diversos cenários, entre profissionais da equipe de saúde esses são os que existem em maior quantitativo de recursos humanos.

A maioria dos idosos relatou que seu atendimento foi pré-agendado, com tempo decorrente entre o agendamento e realização da consulta superior a uma semana, contrapondo-se ao identificado em pesquisa realizada em São Luís (MA), que avaliou acessibilidade e utilização dos serviços na Estratégia Saúde da Família, em que a facilidade na consecução de consultas foi considerada insatisfatória, assim como sua expectativa sobre a possibilidade de conseguir consulta em 24 horas³.

Ainda sobre a acessibilidade aos serviços de saúde, esse aspecto, deve ser visto com cautela, pois a predominância de atendimentos realizados por meio de agendamento prévio com período longo entre marcação e consulta pode demonstrar assistência a uma demanda programada aos grupos e programas específicos¹⁸, e não necessariamente problemas na acessibilidade ao serviço de saúde. Neste estudo, os resultados demonstram que percentual considerável dos idosos conseguiram atendimento para o

mesmo o dia, situações em que provavelmente eram casos de intercorrências.

Quanto ao acolhimento desde a porta de entrada, a maioria dos idosos tiveram suas dúvidas esclarecidas na recepção ou portaria, evidenciando que suas necessidades foram satisfeitas, já que classificaram tal atendimento como sendo bom.

Em relação ao tempo de espera entre a chegada às Unidades de Saúde e o tempo para receber atendimento, predominou o período entre 30 e 60 minutos. Contudo, destaca-se também a frequência elevada de idosos que esperam um turno (manhã ou tarde) ou até mesmo precisaram aguardar o dia todo pelo atendimento.

A legislação claramente assegura às pessoas idosas o atendimento antes de qualquer outra, logo após a conclusão do atendimento que estiver em andamento em estabelecimentos públicos e privados e prestadores de serviço à população, contudo para que isso ocorra são necessários profissionais capacitados para trabalhar nesse atendimento⁶.

Quanto à avaliação do acolhimento, segundo a responsabilização e vínculo dos profissionais, observa-se que a maioria dos idosos referiu que existe interação entre profissional e usuário, com o estabelecimento de vínculo, tanto que o cliente sente a necessidade de conversar com o profissional sobre seus problemas.

O estabelecimento de diálogo é uma das perspectivas do acolhimento, o qual deve ser tratado como um espaço de encontro entre trabalhador e usuário, que se abre para um momento de escuta dos problemas, troca de informações, mútuo reconhecimento de direitos e deveres, e tomadas de decisão²⁰.

A confiança no trabalho acolhedor, associada ao conhecimento científico do profissional durante a consulta, facilita o seguimento adequado das prescrições de saúde pelo usuário²¹. Essa estratégia também foi identificada no presente estudo, em que a maioria dos idosos referiu se sentir acolhido e satisfeito com o atendimento recebido, o qual teve duração de 10 a 20 minutos, em média.

O estudo evidencia que em todo processo de cuidado o enfermeiro foi o profissional mais referido quanto à

postura de responsabilização e vínculo no atendimento. A explicação para esse resultado encontra respaldo na literatura, tendo em vista que o enfermeiro está envolvido na promoção e participação do bem-estar do idoso e da sua família, buscando o cuidado humanizado²².

No que tange ao ambiente como facilitador do acolhimento nos serviços de saúde em que se realizou o estudo, evidenciou-se que a organização da recepção foi considerada como adequada, principalmente devido ao fato de aguardarem sentados e por terem o contato direto com o recepcionista.

Os fatores relacionados ao ambiente e ao conteúdo do trabalho favorecem a satisfação dos trabalhadores de saúde e, conseqüentemente, propiciam melhor atendimento aos clientes. Além disso, o ambiente agradável pode interferir na saúde do usuário que, por diversas vezes, procura a unidade de saúde para reduzir o estresse presente em seu ambiente social ou familiar²³.

Quanto às condições da sala de espera, a maioria dos idosos referiu como sendo inadequada, principalmente devido ao clima quente, cadeiras desconfortáveis e ambiente agitado, situação também evidenciada em estudo semelhante¹⁸.

As unidades de saúde possuíam sinalização e corredores largos, sendo dessa forma considerados adequados. Em relação aos banheiros para usuários, verificou-se que a maioria dos que já utilizaram o local os considerou como adequados.

Em relação ao ambiente, destaca-se que a presença de degraus, a falta de corrimões, rampas, banheiros adaptados para pessoas com deficiência e idosos, salas de espera inadequadas, instalações sem identificação para portadores de limitações visuais ou auditivas constituem barreiras no acesso aos serviços de saúde e na continuidade do cuidado²⁴.

A sala de consulta foi considerada como adequada, devido ser um ambiente climatizado e confortável, tendo em vista que este é um local de troca e compartilhamento de experiências. Além disso, os profissionais precisam de condições de trabalho e instalações adequadas para efetuar um acolher digno e de qualidade¹².

CONCLUSÃO |

Os resultados do estudo demonstraram que os idosos têm suas necessidades, tanto de acessibilidade como de acolhimento, atendidas no processo de atenção à sua saúde nos serviços de saúde com os quais mantém vínculo, mesmo na existência de algumas adversidades ambientais, estruturais e econômicas, que permeiam a saúde pública no Brasil.

Embora o tempo de espera pelo atendimento para uma proporção dos entrevistados tenha sido muito longo, este não impactou negativamente a percepção dos idosos quanto à acessibilidade e acolhimento.

A ambientação como fator que contribui para um acolhimento desejável dos idosos nas unidades de saúde, mostrou-se adequada tanto que os próprios idosos se sentiram acolhidos e satisfeitos, contudo há necessidade de adequação principalmente da estrutura física da unidade, de forma a ofertar salas de espera e banheiros adaptados às pessoas que envelhecem ou que já tenham algum grau de incapacidade.

A qualidade da assistência prestada correspondeu ao índice de satisfação dos participantes da pesquisa, a qual foi tida como satisfatória, uma vez que eles se sentiram bem acolhidos, sobretudo com os atendimentos realizados pelo profissional enfermeiro.

As limitações da pesquisa estão relacionadas ao tipo de estudo que, por ser transversal, não permite generalizações e recusa dos idosos em participarem, o que gerou uma perda de 33,0% da amostra estimada. Contudo, acredita-se que os resultados deste estudo contribuirão para despertar interesse em que novas pesquisas na área da acessibilidade e acolhimento possam ser estratégias de cuidado na enfermagem gerontológica.

REFERÊNCIAS |

1. Reis JB, Santos SMA. Deficiência física em idosos e acessibilidade na atenção básica em saúde: revisão integrativa da literatura. *Rev Gaúch Enferm.* 2011; 32(2):378-84.

2. Mitre SM, Andrade ALG, Cotta RMM. Avanços e desafios do acolhimento na operacionalização e qualificação do Sistema Único de Saúde na Atenção Primária: um resgate da produção bibliográfica do Brasil. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2012; 17(8):2071-85.
3. Reis RS, Coimbra LC, Silva AAM, Santos AM, Alves MTSSB, Lamy ZC, et al. Acesso e utilização dos serviços na Estratégia Saúde da Família na perspectiva dos gestores, profissionais e usuários. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2013; 18(11):3321-31.
4. Cruz MJG, Murai HC. Acessibilidade dos idosos na rede básica de atenção. *Rev Enferm UNISA*. 2009; 10(1):48-52.
5. Küchemann BD. Envelhecimento populacional, cuidado e cidadania: velhos dilemas e novos desafios. *Soc Estado*. 2012; 27(1):165-80.
6. Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ). Universidade aberta da terceira Idade. Cartilha do Idoso: acessibilidade e atendimento prioritário à pessoa Idosa. Rio de Janeiro: UERJ; [s.d].
7. Horton S, Johnson RJ. Improving access to health care for uninsured elderly patients. *Public Health Nurs*. 2010; 27(4):362-70.
8. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.528, de 19 de outubro de 2006. Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. 2006 [acesso em 20 abr 2015]. [acesso em 20 abr 2015]. Disponível em: URL: <<http://www.saudeidoso.icict.fiocruz.br/pdf/PoliticaNacionaldeSaude-da-PessoaIdosa.pdf>>.
9. Assis MMA, Nascimento MAA, Franco TB, Jorge MSB, organizadores. Produção do cuidado no Programa Saúde da Família: olhares analísadores em diferentes cenários. Salvador: EDUFBA; 2010.
10. Brasil. Ministério da Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. 13 de junho de 2013 [acesso em 15 mar 2015]. Seção 1. Disponível em: URL: <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>>.
11. Santos MIPO, Griep RH. Capacidade funcional de idosos atendidos em um programa do SUS em Belém (PA). *Ciênc Saúde Coletiva*. 2013; 18(3):753-61.
12. Medeiros FA, Souza GCA, Barbosa AAA, Costa ICC. Acolhimento em uma unidade básica de saúde: a satisfação do usuário em foco. *Rev Salud Pública*. 2010; 12(3):402-13.
13. Goulart LS, Carvalho AC, Lima JC, Pedrosa JM, Lemos PL, Oliveira RBO. Consumo de medicamentos por idosos de uma unidade básica de saúde de Rondonópolis/MT. *Estud Interdiscipl Envelhec*. 2010; 19(1):79-94.
14. Almeida RT, Ciosak SI. Communication between the elderly person and Family Health Team: is there integrity? *Rev Latino-am Enfermagem*. 2013; 21(4):884-90.
15. Soares C. Envelhecimento populacional e as condições de rendimento das idosas do Brasil. *Gênero*. 2012; 12(2):167-85.
16. Geib LTC. Determinantes sociais da saúde do idoso. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2012; 17(1):123-33.
17. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Síntese dos indicadores sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira. Rio de Janeiro: IBGE; 2010. 317 p.
18. Santiago RF, Mendes ACG, Miranda GMD, Duarte PO, Furtado BMASM, Souza WV. Qualidade no atendimento das unidades de saúde da família no município de Recife: a percepção dos usuários. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2013; 18(1):35-44.
19. Clares JWB, Freitas MC, Almeida PC, Galiza FT, Queiros TA. Perfil de idosos cadastrados numa unidade básica de saúde da família de Fortaleza-CE. *Rev Rene*. 2011; 12(n. esp.):988-94.
20. Neves M, Pretto SM, Ely HC. Percepções de usuários e trabalhadores de saúde sobre a implantação do acolhimento em uma unidade de saúde em Porto Alegre-RS, Brasil. *Rev Odontol UNESP*. 2013; 42(5):364-71.
21. Soares JL, Araújo LFS, Bellato R, Corrêa GHLST. Considerações sobre o vínculo em saúde na trajetória de busca por cuidado de idoso e família. *J Res Fundam Care*. 2013; 5(4):583-90.
22. Silva KM, Santos MA, Souza AIJ. Reflexões sobre a necessidade do cuidado humanizado ao idoso e família. *Sau & Transf Soc*. 2014; 5(3):20-4.

23. Coelho MO, Jorge MSB, Araújo ME. O acesso por meio do acolhimento na atenção básica à saúde. *Rev Baiana Saúde Pública*. 2009; 33(3):440-52.

24. Martins AB, D'Avilla OP, Hilgert JB, Hugo FN. Atenção Primária à Saúde voltada às necessidades dos idosos: da teoria à prática. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2014; 19(8):3403-16.

Correspondência para/ Reprint request to:

Maria Izabel Penha de Oliveira Santos

Rua Municipalidade, 1080/902,

Belém/PA, Brasil

CEP: 66050-350

Tel.: (91) 3222-1281

E-mail: princesa50@hotmail.com

Submetido em: 22/06/2015

Aceito em: 07/03/2016