

Percepção dos idosos usuários sobre acolhimento nas unidades matriciais de saúde de Uberaba: estudo qualitativo*

Perception of elderly users on user embracement in Uberaba matrix health centers: a qualitative study

Percepción de adultos mayores sobre acogimiento en centros de salud matriciales de Uberaba: estudio cualitativo

Abreu, Manoela de;¹ Assis, Hélia Morais Nomelini de;² Silva, Adhara Magalhães Rodrigues da;³ Melo, Ellen Cristina de Oliveira;⁴ Gomes, Mirele Luíze Pimenta;⁵ Lima, Camila Nascimento de;⁶ Santos, Álvaro da Silva⁷

RESUMO

Objetivo: analisar o conhecimento dos idosos usuários da rede de Atenção Primária à Saúde acerca do acolhimento à pessoa idosa. **Método:** estudo qualitativo, realizado em seis Unidades Matriciais de Uberaba, entre maio e julho de 2024. A coleta de dados ocorreu por meio de questionários semiestruturados e análise de conteúdo. **Resultados:** participaram 27 idosos, na sua maioria mulheres, aposentados, com baixa escolaridade e renda de até dois salários-mínimos. O acolhimento foi compreendido como bom atendimento, atenção e respeito. A enfermagem destacou-se como contato inicial. Muitos relataram conseguir expor suas queixas, mas apontaram atendimentos rápidos, pouca escuta e falhas de comunicação. Apesar de as dúvidas geralmente serem resolvidas, as informações nem sempre são claras. Orientações sobre saúde, doenças e medicamentos foram consideradas relevantes, embora alguns apresentassem dificuldades de compreensão. **Conclusões:** houve limitações na compreensão e prática do acolhimento, reforçando a necessidade de equipes qualificadas para o cuidado integral e humanizado.

Descritores: Acolhimento; Humanização da assistência; Saúde do idoso; Atenção primária à saúde; Centros de saúde

ABSTRACT

Objective: to analyze the knowledge of elderly users of the Primary Health Care network regarding user embracement of elderly people. **Method:** this is a qualitative study conducted in six Health Centers in Uberaba, between May and July 2024. Semi-structured questionnaires and content analysis were conducted. **Results:** twenty-seven elderly people participated, mostly women, retired, with low education levels and income up to two minimum wages. User embracement was understood as good service, attention, and

*Artigo proveniente da tese de doutorado intitulada "Educação permanente em saúde e validação de roteiro de vídeo educativo acerca do acolhimento à pessoa idosa na atenção Primária à saúde", disponível no repositório da UFTM (<http://bdtd.uftm.edu.br/handle/123456789/1962>).

¹ Universidade Federal do Triângulo Mineiro (UFTM). Uberaba, Minas Gerais (MG). Brasil (BR). E-mail: manuh-abreu94@hotmail.com ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-7848-287X>

² Universidade Federal do Triângulo Mineiro (UFTM). Uberaba, Minas Gerais (MG). Brasil (BR). E-mail: helia.assis@uftm.edu.br ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-6103-1973>

³ Universidade Federal do Triângulo Mineiro (UFTM). Uberaba, Minas Gerais (MG). Brasil (BR). E-mail: adharahp2001@hotmail.com ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-7222-8619>

⁴ Universidade Federal do Triângulo Mineiro (UFTM). Uberaba, Minas Gerais (MG). Brasil (BR). E-mail: ellenolivermell@gmail.com ORCID: <https://orcid.org/0009-0005-8297-5665>

⁵ Universidade Federal do Triângulo Mineiro (UFTM). Uberaba, Minas Gerais (MG). Brasil (BR). E-mail: mirelepimenta23@gmail.com ORCID: <https://orcid.org/0009-0005-4232-9554>

⁶ Universidade Federal do Triângulo Mineiro (UFTM). Uberaba, Minas Gerais (MG). Brasil (BR). E-mail: camila.lima2112@gmail.com ORCID: <https://orcid.org/0009-0001-8401-4420>

⁷ Universidade Federal do Triângulo Mineiro (UFTM). Uberaba, Minas Gerais (MG). Brasil (BR). E-mail: alvaroenf@hotmail.com ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8698-5650>

Como citar: Abreu M, Assis HMN, Silva AMR, Melo ECO, Gomes, MLP, Lima CN, Santos AS. Percepção dos idosos usuários sobre acolhimento nas unidades matriciais de saúde de Uberaba: estudo qualitativo. J. nurs. health. 2026;16(1):e1630329. DOI: <https://doi.org/10.15210/jonah.v16i1.30329>

respect. Nursing was the primary contact. Many reported being able to express their complaints, but noted that care was rushed, there was little listening, and communication was lacking. Although doubts were generally resolved, information was not always clear. Guidance on health, diseases, and medications was considered relevant, although some had difficulty in understanding. **Conclusions:** the study highlighted limitations in the understanding and practice of user embracement, reinforcing the need for qualified teams for comprehensive and humanized care.

Descriptors: User embracement; Humanization of assistance; Health of the elderly; Primary health care; Health centers

RESUMEN

Objetivo: analizar conocimiento de usuarios mayores de la red de Atención Primaria de Salud sobre el acogimiento a la persona mayor. **Método:** estudio cualitativo, en seis Unidades en Uberaba, entre mayo y julio de 2024, mediante cuestionarios semiestructurados y análisis de contenido. **Resultados:** participaron 27 personas mayores, la mayoría mujeres, jubiladas, con bajo nivel educativo e ingresos de hasta dos salarios mínimos. El acogimiento se entendió como un buen servicio, atención y respeto. La enfermería fue el contacto inicial. Muchos expresaron sus quejas, aunque señalaron una atención rápida, poca escucha y fallos en la comunicación. Si bien las dudas generalmente se resuelven, la información no siempre es clara. Las orientaciones sobre salud, enfermedades y medicamentos se consideraron relevantes, a pesar de que algunos tuvieron dificultad para comprenderlas. **Conclusiones:** tiene limitaciones en la comprensión y práctica del acogimiento, reforzando la necesidad de equipos capacitados para una atención integral y humanizada.

Descriptores: Acogimiento; Humanización de la atención; Salud del anciano; Atención primaria de salud; Centros de salud

INTRODUÇÃO

O acolhimento por definição é uma ação de aproximação que deve ser feita com uma escuta qualificada em todos os locais e momentos do serviço de saúde, garantindo aproximação dos usuários às tecnologias adequadas as suas necessidades, seja em atividades pontuais ou isoladas como em ações coletivas; e é nesse sentido que o acolhimento é uma das diretrizes de maior relevância da Política Nacional de Humanização (PNH) do Sistema Único de Saúde (SUS).¹

No campo prático da saúde, entretanto, a noção de acolhimento frequentemente é confundida com recepção ou triagem, limitando-se a espaços e momentos específicos do atendimento.² Essa compreensão restrita distancia-se do propósito integral e humanizado proposto pela PNH, que enfatiza o vínculo, a corresponsabilização e a escuta ativa como elementos centrais do cuidado.

A Atenção Primária à Saúde (APS), porta de entrada preferencial do SUS, tem papel essencial no processo de acolhimento, especialmente diante do

crescimento da população idosa. Segundo o IBGE (2024), o Brasil possui 15,6% da população com 60 anos ou mais, proporção que deve dobrar até 2070.³ Esse cenário mostra a necessidade de fortalecer as práticas de acolhimento e humanização capazes de responder às demandas crescentes dessa faixa etária.

O processo de envelhecimento torna o indivíduo mais susceptível a problemas físicos, biológicos, emocionais, sociais, entre outros e com isso, deixa evidente o aumento da demanda pelos serviços de saúde.⁴

No entanto, mesmo que os idosos busquem cada vez mais o acesso à saúde, na maioria das vezes, o acolhimento para esta demanda demonstra-se fragilizado e a compreensão dos idosos sobre o acolhimento ainda é confusa, primária e pouco visível, entendendo-o como cuidado, carinho e respeito, porém, sendo reduzida a consultas médicas e encaminhamentos na prática.⁵

Pesquisas nacionais evidenciam desafios na resolutividade da APS,

especialmente quanto à efetividade do acolhimento e da escuta qualificada dos usuários.⁶ Paralelamente, o acelerado envelhecimento populacional brasileiro impõe novas demandas ao sistema de saúde, exigindo práticas de cuidado mais integradas e centradas na pessoa⁷. Compreender como o acolhimento é percebido por pessoas idosas em determinada região pode colaborar para verificar fragilidades locais e propor melhorias adaptadas às especificidades regionais.

Apesar da existência de estudos sobre acolhimento e humanização, há lacunas quanto à compreensão do que configuram práticas de acolhimento sob a ótica dos idosos usuários em Unidades Matriciais de Saúde (UMS); e se o acolhimento prestado é reproduzido na prática bem como explícita a teoria, portanto, este estudo visa preencher essa lacuna ao analisar as percepções desses usuários.

Sendo assim, este estudo tem como objetivo analisar os conhecimentos dos idosos usuários da rede de Atenção Primária à Saúde acerca do acolhimento a pessoa idosa.

MATERIAIS E MÉTODO

Trata-se de um estudo descritivo com abordagem qualitativa, que fez uso do *checklist Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research (COREQ)*,⁸ na qual foram incluídos idosos com idade igual ou superior a 60 anos, com condições cognitivas preservadas capazes de responderem ao questionário e que tivessem vínculo mínimo de três meses com a UMS de Uberaba. Foram excluídos aqueles com comprometimento cognitivo que impedisse a compreensão das perguntas, bem como os que não completaram integralmente o questionário semiestruturado. O estudo ocorreu no período de maio a julho de 2024.

O município conta com três distritos sanitários e três UMS em cada distrito, no entanto, realizou-se em seis, excluindo aquelas que o gerente não tinha disponibilidade em receber os pesquisadores, que possuía vínculo com outra Universidade e outra foi utilizada

como pré-teste do estudo. A escolha pela unidade matricial ocorreu, pois, elas têm uma amplitude e oferta de ações em saúde maior, diferentemente das Unidades Básicas de Saúde (UBS) que realizam atendimentos de menor complexidade⁹, bem como, por questões operacionais de facilitação, porque representam uma modalidade diferenciada em relação às demais unidades (extensão de horário, médico especialista, oferta diferenciada de procedimentos e outros).

O número de participantes foi definido por conveniência, considerando o acesso e disponibilidade dos idosos nas UMS selecionadas. A coleta foi encerrada quando se observou a saturação teórica dos dados, ou seja, o momento em que novas entrevistas não acrescentavam informações relevantes às categorias emergentes.

A coleta de dados foi realizada a partir da aplicação de um questionário que continha duas partes: primeiro os dados sociodemográficos; e segundo, sete questões relacionadas à humanização nos serviços de saúde orientado pela metodologia Vali-Quali¹⁰ e elaborada de acordo com o letramento da pessoa idosa: Questão 1 (Q1): Quando você chega à unidade e passa pela recepção, quem é o profissional que te atende primeiro?; Q2: O que é acolhimento para você?; Q3: Você consegue falar seus problemas relacionados ao seu estado de saúde durante o atendimento?; Q4: Você sente que suas dúvidas ou queixas são sempre resolvidas na unidade? Q5: Tem alguma dificuldade em falar sobre algum assunto durante a sua permanência na unidade?; Q6: Você entende todas as explicações que são passadas aqui pelos profissionais? e; Q7: Você acha importante receber orientações sobre o atendimento na unidade de saúde?

O roteiro de entrevista foi submetido a um teste piloto na UMS (que foi utilizada como pré-teste do estudo) para ajustes necessários, fazendo parte do processo de validação do instrumento. Após essa etapa, o roteiro foi modificado apenas durante o processo de validação, permanecendo inalterado durante a fase de coleta de dados propriamente dita.

Os questionários semiestruturados foram aplicados individualmente por pesquisadores integrantes da equipe do grupo de pesquisa, em uma média de 30 minutos, em salas reservadas dentro das UMS, garantindo privacidade e conforto. Antes de entrevistar os idosos, a equipe de pesquisa já possuía experiência com a temática do acolhimento aos idosos, embora não tivessem formação específica sobre o tema. Os pesquisadores foram previamente treinados para entrevistar cada pessoa idosa (supervisionados pela pesquisadora principal) e direcioná-la conforme questões apresentadas, para que não houvesse indução de resposta. Durante toda a coleta de dados a pesquisadora principal demonstrou reflexividade, assegurando ao máximo maior transparência e rigor da pesquisa, mantendo uma postura reflexiva e considerando e reconhecendo o impacto de suas experiências pessoais, valores e pressupostos. As entrevistas foram gravadas com o auxílio de um gravador de voz digital e transcritas por meio do programa *Microsoft Word*.

No que diz respeito ao campo das coletas, no caso as UMS, o atendimento acontece de duas formas: com agendamento, na qual o idoso chega à recepção, é direcionado para a triagem e fica aguardando consulta com especialista; e, sem agendamento, na qual o idoso chega à recepção, ocorre uma escuta inicial rápida e será feito agendamento de consulta ou orientação, num segundo caso, a depender da queixa, será encaminhado para a triagem.

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

informações visuais (como placas de identificação e cartazes). A única ferramenta de comunicação não presencial é o telefone e nem sempre supre todas as dúvidas dos idosos.

A análise de dados foi realizada manualmente e utilizou-se a Análise de Conteúdo de Bardin¹¹ respeitando as fases: (1) pré-análise, que consiste na organização do material, escolha dos documentos para análise, formula-se hipóteses e elaboram-se indicadores que nortearão a interpretação final; (2) exploração de material, que é a organização da codificação que compreende a escolha das unidades de registro, presença de elementos ou palavras significativas ou não e escolha das categorias e (3) tratamento dos resultados que é a fase na qual se ocupa em trabalhar com os assuntos relacionados ao tópico inferência, compreendendo e criticando as falas dos participantes. Os dados foram devolvidos à prefeitura e às UMS participantes, não sendo realizada a devolução individual aos idosos entrevistados.

Os participantes abordados nas UMS que aceitaram participar da pesquisa assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, respeitando a Resolução 466, atualizada em 28 de março de 2025, do Conselho Nacional de Saúde (CNS). O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, sob o parecer nº 6.086.204 e Certificado de Apresentação para Apreciação Ética nº 68908623.5.0000.5154.

RESULTADOS

Participaram 27 idosos usuários de seis UMS, na qual frequentavam ou já haviam utilizado algum tipo de atendimento. Foram predominantes o sexo feminino, cor branca (44,4%), casadas (44,4%), com ensino fundamental I incompleto (44,4%), aposentadas (77,8%), morando com o cônjuge ou companheiro, com mais uma pessoa apenas (48,2%) e, com renda de até dois SM, apresentadas na Tabela 1.

Tabela 1. Dados sociodemográficos dos idosos usuários. Uberaba, MG, Brasil, 2025.

Característica sociodemográfica	Porcentagem (%)
Idade	Média 71,9 anos (DP = 6,5)
Sexo	
Feminino	90,5
Masculino	9,5
Raça	
Branco	44,4
Negro	29,6
Pardo	26,0
Situação Civil	
Casado(a)	44,4
Viúvo (a)	29,6
Separado (a)	14,9
Solteiro (a)	11,1
Escolaridade	
Fundamental I incompleto	44,4
Médio incompleto	22,2
Fundamental I completo	18,6
Fundamental II incompleto	11,1
Médio completo	3,7
Ocupação	
Aposentado (a)	77,8
Pensionista	11,1
Outros	7,4
Trabalhador (a) informal	3,7
Arranjo domiciliar	
Cônjuge/Companheiro (a)	48,2
Filho(a) não casado(a)	18,5
Mora sozinho	14,8
Outros	11,1
Filho(a) casado(a)	7,4
Número de pessoas no domicílio	
Uma	48,2
Três	25,9
Duas	14,8
Quatro	7,4
Seis	3,7
Renda (salários-mínimos)	
1 a 2	70,4
2 a 3	11,1
Mais de 3	11,1
Menos de 1	7,4
Convênio particular	
Não	96,3
Sim	3,7

Nota: DP*: desvio-padrão.

Fonte: elaborado pelas autoras, 2025.

A pesquisa permitiu a captação de onze categorias, sendo que, em algumas questões os idosos responderam de maneira objetiva (Sim/Não) contabilizando-as em porcentagem, independentemente de a questão ser qualitativa. No Quadro 1, uma breve síntese, na qual estão apresentadas as

questões do questionário, os temas gerados a partir das questões e as categorias formadas; no Quadro 2 estão apresentadas as categorias de cada tema com as porcentagens indicadas e a algumas falas dos idosos

Quadro 1. Síntese das categorias formadas a partir dos temas gerados do questionário. Uberaba, MG, Brasil, 2025.

Questões	Temas	Categorias
Q1: Quando você chega à unidade e passa pela recepção, quem é o profissional que te atende primeiro?	Primeiro atendimento profissional	Não houve categorias, pois as respostas foram objetivas em relação aos profissionais.
Q2: O que é acolhimento para você?	Significado de acolhimento	Bom atendimento/recepção, atenção e se possível com as queixas resolvidas
		Tem vários tipos, porém, na unidade foi superficial
Q3: Você consegue falar seus problemas relacionados ao seu estado de saúde durante o atendimento?	Capacidade de expor queixas durante o atendimento	Atendimento rápido, sem acolhimento, que deixa em dúvida a interpretação dos problemas por parte do profissional
Q4: Você sente que suas dúvidas ou queixas são sempre resolvidas na unidade?	Resolutividade das dúvidas e queixas	Há resolutividade das queixas e dúvidas
		O atendimento nem sempre é resolutivo, não passam informações adequadas e não tem paciência
Q5: Tem alguma dificuldade em falar sobre algum assunto durante a sua permanência na unidade?	Dificuldade de falar algum assunto	Todas as respostas foram objetivas (NÃO). Sem categorias formadas.
Q6: Você entende todas as explicações que são passadas aqui pelos profissionais?	Entendimento das orientações passadas pelos profissionais	Orientações realizadas e entendidas, se não pedem para explicar novamente
		Os idosos não entendem as explicações ou elas não são passadas
Q7: Você acha importante receber orientações sobre o atendimento na unidade de saúde?	Importância das orientações	Orientações sobre saúde em geral e organização dentro da unidade
		Orientações específicas
		Orientações sobre medicação

Fonte: elaborado pelas autoras, 2025.

Quadro 2. Categorias referentes às perguntas do questionário de idosos usuários. Uberaba, MG, Brasil, 2025.

Primeiro atendimento profissional	
Equipe de enfermagem (triagem) - 44,4%	“a técnica de enfermagem ou a enfermeira” (q*1 p*6)
Recepcionistas - 29,6%	“A sala das meninas que atende, olha a pressão e agenda a consulta, não sei a profissão delas” (q1 p13)
Médicos - 14,8%	“Não sei o nome do profissional, na triagem” (q1 p14)
Agente comunitário de saúde - 7,4%	“As meninas que atendem a gente são muito boas, as enfermeiras” (q1 p19)
	“Passo pela recepção e aguardo o atendimento.” (q1 p1)
	“As meninas da recepção.” (q1 p7)
	“Aline, a ginecologista” (q1 p8)
Significado de acolhimento	
Bom atendimento/recepção, atenção e se possível com as queixas resolvidas -	“chegar nos lugares e ser acolhido, com educação, ser atencioso” (q2 p1)
	“ser bem atendido, sair esclarecido” (q2 p3)
	“tratamento bom, ser boazinha” (q2 p6)
	“é o modo de receber a gente” (q2 p7)
	“Quando precisa de algo e a pessoa tem prontidão em ajudar” (q2 p8)

88,9%	<p>“ser bem atendida” (q2 p9) “Um bom atendimento” (q2 p10) “Atender às necessidades, as dificuldades” (q2 p11) “Ser mais recepcionista, atender melhor” (q2 p12) “A pessoa te tratar bem, te respeitar bem, o carinho, o respeito” (q2 p13) “A pessoa que recebe a pessoa, explica o que precisa” (q2 p14) “É você chegar no posto e ser bem recebido, dar atenção, atender bem” (q2 p15) “É a pessoa tratar bem, receber bem as pessoas, não ficar com cara ruim ou fazer pouco caso” (q2 p16) “É ser atendido” (q2 p17) “Atender, medir a pressão” (q2 p18) “Ser bem acolhida” (q2 p19) “Ser bem atendido” (q2 p20) “É o bom atendimento” (q2 p21) “Ser bem tratado e ter o atendimento bom” (q2 p22) “dedicação com a pessoa” (q2 p23) “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” (q2 p24) “Atendimento bom e bem-feito.” (q2 p25) “Bom atendimento.” (q2 p26) “Apoio, bom atendimento.” (q2 p27)</p>
Tem vários tipos, porém, na unidade foi superficial - 3,7%	<p>“tem vários tipos, como espiritual, físico, moral e de saúde. O acolhimento médico foi muito superficial... Desanima de vir novamente” (q2 p5)</p>
Capacidade de expor queixas durante o atendimento	
Sim - 81,5%	
Atendimento rápido, sem acolhimento, que deixa em dúvida a interpretação dos problemas por parte do profissional - 18,5%	<p>“Não. Não dá tempo. Tem correria, o atendimento é inseguro, não tem acolhimento, é sem confiança. Em geral, falta atenção” (q3 p5) “Às vezes. Eu falo, mas sinto que não sou compreendida” (q3 p12) “Não, eles sempre falam que vai demorar o encaminhamento, aí evito ficar falando os problemas porque não adianta, não pedem encaminhamento com especialista” (q3 p14) “Às vezes, nem todos porque a consulta é rápida” (q3 p15) “Às vezes, porque eles cortam nossa fala, não tem interesse em ouvir” (q3 p18)</p>
Resolutividade das dúvidas e queixas	
Há resolutividade das queixas e dúvidas - 77,8%	<p>“Sim, eles conseguem sanar todas minhas dúvidas.” (q4 p1) “Quando é preciso, sim.” (q4 p4) “Não tenho dúvida nenhuma, são resolvidas.” (q4 p7) “Sim, todas às vezes.” (q4 p8) “Sim, conseguem resolver.” (q4 p15) “Sim, às vezes sou encaminhado para outro lugar.” (q4 p17) “Sim, sempre. Há uma médica muito boa.” (q4 p24)</p>
O atendimento nem sempre é resolutivo, não passam informações adequadas e não tem paciência -22,2%	<p>“Às vezes sim, às vezes não. Tem alguns problemas de comunicação da rede, no repasse de informações.” (q4 p5) “Não, eu me sinto como uma bola que é jogada de um lado pro outro.” (q4 p12) “É muito demorado nem sempre conseguem resolver, não tem paciência com velho.” (q4 p14) “Não, volto com elas embora.” (q4 p18)</p>
Dificuldade de falar algum assunto - Não (27) - 100%	
Entendimento das orientações passadas pelos profissionais	
Sim - 48,1%	
Orientações realizadas e entendidas, se não pedem para explicar novamente- 25,9%	<p>“sim, eles fazem todas as orientações de cuidado” (q6 p1) “Sim. Menos da medicação, eu peço pra escreverem nas caixinhas” (q6 p4) “sim, são bem esclarecidas” (q6 p8) “Entendo, faz muitos anos que trato aqui” (q6 p16)</p>

	<p>“Sim, porque se eu não entender eu pergunto até entender” (q6 p17) “Sim, os médicos são muito bons” (q6 p19) “Sim, e eu sigo direitinho” (q6 p24)</p>
Os idosos não entendem as explicações ou elas não são passadas- 25,9%	<p>“não passam nada” (q6 p2) “Não, eles não explicam” (q6 p5) “às vezes” (q6 p9) “ah, tenho dificuldade em entender o que eles falam” (q6 p11) “Não entendo o motivo das orientações” (q6 p12) “Eu sempre peço para minha irmã me explicar, porque tenho problema de audição” (q6 p14) “Entendo, mas não resolvem meu problema” (q6 p18)</p>
Importância das orientações	
Orientações sobre saúde em geral e organização dentro da unidade - 29,6%	<p>“Sim. Gosto de ser informado sobre o que eu tenho que fazer” (q7 p1) “Sim. É importante receber orientações de saúde em geral, para prevenir doenças, ter cuidado” (q7 p11) “Sim. Acho importante receber orientações sobre todas as questões relacionadas à saúde” (q7 p12) “Sim, sobre tudo que eles orientam aqui” (q7 p16) “Sim, pra eu não ficar perdido, saber em qual sala ir pra não entrar em sala em atendimento” (q7 p18) “Sim. Todas são importantes” (q7 p25) “Sim. Orientação sobre exames” (q7 p26) “Sim. Orientar sobre encaminhamentos, falar o que pode e o que não pode, orientar o que comer e incentivar a prática de atividades físicas” (q7 p27)</p>
Orientações específicas - 22,2%	<p>“Sim. Sobre tudo, principalmente sobre diabetes” (q7 p8) “Sim. Principalmente sobre minhas condições de saúde, tenho hanseníase” (q7 p9) “Sim, quando estou com algum problema de saúde me explicam o que é, me passam para algum profissional” (q7 p13) “Sim, orientações sobre a diabetes, que é o que eu tenho” (q7 p22) “Sim. Assuntos sobre minha doença, para saber como lidar.” (q7 p23) “Sim. Sobre o motivo que me trouxe até aqui na unidade, por exemplo, minha dor na coluna que tive uma vez” (q7 p24)</p>
Orientações sobre medicação - 18,5%	<p>“Sim, sobre os remédios” (q7 p6) “Sim, sobre a receita... o que eu devo fazer... como tomar o remédio... o exame... onde eu tenho que ir” (q7 p14) “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) “Sim, para seguir os horários dos remédios” (q7 p20) “Sim, orientações sobre alimentação e remédios pois não consigo ler a bula” (q7 p21)</p>

Nota: q*: questão, p*: pessoa.

Fonte: elaborado pela autora, 2025.

DISCUSSÃO

Foram identificadas onze categorias a respeito do conhecimento dos idosos usuários da rede de APS acerca do acolhimento à pessoa idosa. Por ser um questionário semiestruturado composto de perguntas qualitativas, esperava-se que os idosos elaborassem mais suas respostas. No entanto, a falta de conhecimento deles, possivelmente acerca do tema proposto, estava de acordo com o que foi respondido.

Do constructo do tema “**Primeiro atendimento profissional**” não emergiu

nenhuma categoria. As respostas foram objetivas ao se tratar do profissional.

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

A equipe de enfermagem é identificada como primeiro contato, sendo na maioria das vezes para realizar a triagem e não o acolhimento. A triagem consiste numa etapa dos procedimentos da

enfermagem que se configura como o processo para identificar as queixas e prosseguir com o atendimento². Espera-se que o resultado da triagem, em conjunto com o acolhimento, possibilite um atendimento efetivo.

Os enfermeiros são, geralmente, os primeiros a prestarem os seus serviços, visto que estão ligados às ações de promoção, prevenção, acolhimento e educação. Eles se apresentam como porta de entrada da atenção à saúde e o primeiro contato qualificado no sistema, tendo em sua prática e competências a melhora da saúde dos seus usuários, principalmente para assegurar o cuidado e a continuidade dele.¹²

No entanto, os recepcionistas também foram citados como primeiro profissional que realiza o atendimento. Para alguns idosos, a recepção é o primeiro local onde têm contato com alguém que prestará algum tipo de serviço. O atendimento dentro da APS passa pela recepção, que é porta de entrada, onde há orientação sobre os atendimentos e esclarecimentos de algumas dúvidas sobre consultas.¹³

Os recepcionistas devem se atentar à necessidade do usuário, sendo ela emergencial ou cabível a espera. Isso também os torna parte do processo de acolhimento e a satisfação do atendimento do usuário, mas não os responsáveis.¹⁴

Os resultados mostraram o médico como o terceiro profissional que promove o primeiro atendimento. Quando o profissional está há mais tempo na comunidade, como os médicos, por exemplo, acaba criando uma relação de confiança e, com isso tem mais acesso às histórias dos usuários, principalmente os idosos; e, essa relação faz com que eles aderem ainda mais à APS e seus acompanhamentos de saúde.^{5,15}

Uma pequena porcentagem ainda citou os agentes comunitários de saúde que realizam o primeiro atendimento. O agente comunitário de saúde é reconhecido como importante elo entre a equipe de saúde e a comunidade, destacando-se pela sua proximidade com os usuários e capacidade de

fortalecimento de vínculo; por ser membro da comunidade em que atua, ele desempenha papel fundamental no acolhimento das necessidades dos idosos, sendo, em muitos casos, o profissional de referência no cuidado e acompanhamento dessa população.¹⁶

No tema "**Significado de acolhimento**" surgiu duas categorias relevantes que abordaram o conceito de acolhimento e como os idosos percebem o acolhimento dentro das unidades. Para eles, basta serem bem atendidos e terem atenção para que já signifique "acolher".

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

A maior parte dos entrevistados respondeu que entende o acolhimento como ser bem tratado e ter um bom atendimento. Ou seja, sentem-se bem recepcionados. Em algumas falas, serem somente atendidos pelos profissionais já é ser acolhido; melhor ainda se saírem das unidades com as queixas resolvidas de alguma forma.

Um bom atendimento pela recepção ou até mesmo pelos profissionais faz com que o idoso sinta que suas necessidades e queixas estão sendo supridas satisfatoriamente; simplesmente o ato de receber para eles já corresponde ao bom acolhimento, porém sabe-se que receber faz somente parte do processo de acolher.⁵

Apesar da maior parte dos entrevistados terem boas experiências com o que julgam ser acolhimento, alguns idosos não souberam responder sobre o que é. Isso pode impactar no relacionamento entre usuário e profissional. A falta de conhecimento dos idosos em relação ao conceito e sobre seus direitos também diz respeito a falta de preparo dos profissionais principalmente na prática do acolhimento.⁵

Tem vários tipos, porém, na unidade foi superficial.

Uma das respostas sobre o significado de acolhimento chamou atenção pela sua perspectiva e

expressividade, tornando-se uma categoria de relevância.

O modelo biomédico ainda é regente nas ações em saúde, na formação dos profissionais, na organização dos dispositivos e na maneira de conceber o que é saúde; a prática desenvolvida nos serviços de saúde é permeada pela fragmentação nos processos de trabalho, centrada na atenção curativa e focada na doença, ou seja, este modelo favorece a construção de uma postura de desconsideração aos aspectos psicossociais, com estratégias reducionistas (ou superficiais) voltadas ao diagnóstico e tratamento¹⁷, sem vistas para outras ações como a promoção da saúde e para o acolhimento.

Sobre a **“Capacidade de expor queixas durante o atendimento”** a maioria dos entrevistados relatou não possuir dificuldades em expor as queixas. Todavia, quando os idosos buscam os serviços de saúde nem sempre é exclusivamente por problemas de saúde, mas também pela necessidade de serem ouvidos e estabelecerem vínculos com os profissionais. A facilidade de expor dificuldades relacionadas à saúde nem sempre está dissociada das necessidades relacionais e afetivas.⁵ Captou-se apenas uma categoria com as falas dos idosos sobre o atendimento ser rápido e sem acolhimento.

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

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

A comunicação deve fazer parte do desempenho do profissional, devendo-se pautar sua intervenção de acordo com a individualidade da pessoa, principalmente as pessoas idosas; a comunicação precisa ser transparente fácil e clara de ser entendida e dentro da perspectiva da humanização para que o cuidado e a

melhora da qualidade de vida sejam alcançados.¹⁸

No tema **“Resolutividade das dúvidas e queixas”**, a maior parte dos idosos disse que há resolutividade das queixas e dúvidas. No entanto, levanta-se uma questão: a lacuna entre a percepção dos idosos sobre resolutividade e o conceito ampliado preconizado pelo SUS. Duas categorias distintas foram interpretadas.

Há resolutividade das queixas e dúvidas.

A maior parte dos idosos entrevistados disse que suas dúvidas e queixas são atendidas, no entanto, há uma compreensão limitada sobre o significado de “ser resolutivo”. Para os idosos, a resolutividade frequentemente se resume a receber uma prescrição médica, conseguir um medicamento ou obter um encaminhamento, ou seja, uma resolução imediata. De fato, o acesso a medicamentos já é percebido como indicador de qualidade e resolutividade do sistema de saúde⁵, porém, resolutividade vai além da medicação e de agendamento de consultas e exames.

Essa percepção restrita pode ser reflexo da própria prática assistencial centrada no modelo biomédico, que historicamente priorizava intervenções medicamentosas, ações puramente curativistas e centradas na prática médica, sem considerar abordagens mais abrangentes e preventivas.¹⁹ A resolutividade, no contexto da APS, possui compreensão mais ampla: refere-se à capacidade ampliada de escuta (e análise) para identificar riscos, um escopo ampliado de ofertas para lidar com a complexidade de sofrimentos, adoecimentos, demandas e necessidades de saúde.⁶ Sendo assim, ultrapassando somente a prescrição de medicamentos ou agendamento de consultas e exames.

A resolutividade na APS está diretamente vinculada aos seus atributos: acesso de primeiro contato, longitudinalidade, integralidade e coordenação do cuidado; quando as ações desenvolvidas pela APS não se orientam por esses princípios, a capacidade resolutiva tende a ser comprometida,

perpetuando um modelo assistencial centrado na doença e afastado dos fundamentos da humanização.⁶

Apesar dos resultados indicarem percepção positiva nessa categoria, algumas características da resolutividade precisam ser consideradas criticamente. A dinâmica da resolutividade pode depender de diversos fatores e variar no tempo e no espaço, como: a qualidade da infraestrutura, os processos de trabalho, os recursos materiais, o suporte diagnóstico-terapêutico, os insumos para procedimentos e a qualificação profissional.⁶

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

Para alguns idosos a falta de paciência profissional, a falha na comunicação de equipe e problemas no encaminhamento dos usuários configuram uma "resolutividade incompleta", ou seja, há tentativa de resposta às demandas, mas sem efetividade real. As falas evidenciaram atendimentos rápidos, falta de paciência, ausência de escuta qualificada e não resolução das dúvidas, gerando um ciclo vicioso de insatisfação e retorno constante à unidade de saúde.

A baixa resolutividade está relacionada à dificuldade de agendamento, demora em serem atendidos, prioridades não respeitadas, encaminhamentos e exames demorados⁶; do mesmo modo, a impaciência profissional, identificada pelos idosos, pode fragilizar as relações de cuidado e consequentemente comprometer a qualidade dos serviços.

O baixo letramento em saúde das pessoas idosas pode também estar relacionado ao cenário da resolutividade incompleta. As consequências podem ser amplas, afetando diretamente a capacidade dos indivíduos de acessar, interpretar e utilizar de forma adequada as informações necessárias para a tomada de decisões relacionadas ao cuidado e à promoção da própria saúde.²⁰

A baixa resolutividade ou "resolutividade incompleta" observada confronta diretamente os pilares da APS e

os princípios da humanização. A APS deve ser a coordenadora do cuidado da Rede de Atenção à Saúde, exercendo papel fundamental na resolução da maioria dos problemas de saúde da população.⁶ Quando essa função não se efetiva, sobrecarrega os demais níveis de atenção, prejudicando a continuidade e integralidade do cuidado.

A humanização, por sua vez, preconiza o acolhimento, a valorização dos diferentes sujeitos, a autonomia e o protagonismo dos usuários¹, no entanto, quando esses aspectos são negligenciados a prática assistencial se reduz a procedimentos técnicos e prescrições, sem considerar as singularidades e necessidades integrais da pessoa idosa.

A Organização Pan-Americana de Saúde publicou um documento Atenção Integrada para a Pessoa Idosa (ICOPE - *Integrated Care for Older People*) que propõe o cuidado centrado nas necessidades, valores e preferências das pessoas idosas para promover um envelhecimento saudável e traçar um planejamento de saúde individualizado²¹. O modelo ICOPE representa um contraponto positivo e uma solução viável para as lacunas identificadas.

O ICOPE baseia-se na avaliação e monitoramento de cinco domínios da capacidade intrínseca (capacidade cognitiva, mobilidade, nutrição, visão e audição) e aspectos psicossociais, propondo intervenções precoces e personalizadas²¹. Ao centrar o cuidado na pessoa e não apenas na doença, o ICOPE favorece a comunicação efetiva, o envolvimento do idoso em seu plano de cuidado e a compreensão das intervenções propostas, elementos essenciais para superar as fragilidades identificadas neste estudo.

Implementar o ICOPE²¹ nas UMS poderia transformar o conceito de resolutividade tanto para profissionais quanto para usuários, pois, os idosos perceberiam a resolutividade além do que relataram e os profissionais teriam ferramentas mais estruturadas para oferecer cuidado integral, coordenado e longitudinal, fortalecendo os atributos da APS.

Nesse contexto, os indicadores tradicionais de resolutividade (número de consultas realizadas, exames solicitados, medicamentos dispensados ou encaminhamentos efetuados) mostram-se insuficientes para avaliar a resolutividade, pois não refletem o que realmente importam para essa população. Para uma avaliação mais condizente com a realidade do idoso, sugere-se incorporar indicadores mais condizentes com a realidade do usuário, como a confiança em manejar a própria saúde, a compreensão da sua condição, medicações e tratamentos, e a sua percepção da qualidade de vida.

Uma avaliação mais focada no conceito amplo da resolutividade, que leve em consideração a assistência ofertada, a população e todas as suas necessidades diante da sua realidade é fundamental para direcionar profissionais, gestores e pesquisadores da área.⁶

O tema **“Dificuldade de Falar Algum Assunto”** revelou que todos os idosos entrevistados relataram não ter dificuldades em discutir qualquer assunto com os profissionais da UMS. Esse dado, embora pareça positivo à primeira vista, apresenta uma contradição importante quando confrontado com outras categorias emergentes do estudo e merece análise crítica aprofundada.

Os mesmos idosos que afirmam não ter dificuldades para falar demonstraram, em suas falas, focar apenas na doença atual e na sua resolução imediata, sem considerar outros aspectos fundamentais do seu bem-estar físico, mental, social e funcional. Além disso, categorias anteriores evidenciaram atendimentos rápidos, falta de paciência profissional e ausência de escuta. Essa visível contradição levanta algumas dúvidas sobre o que realmente limita essa comunicação. Será que a rapidez no atendimento acontece porque muitos idosos focam apenas na queixa do momento? Ou isso pode estar ligado ao baixo letramento em saúde, que faz com que não saibam tudo o que poderiam discutir na consulta? Também é possível que falte preparo dos profissionais para abordar o idoso de forma mais completa, ou que a própria sobrecarga de trabalho impeça consultas mais longas e aprofundadas.

A percepção limitada que muitos idosos têm sobre as suas próprias necessidades de saúde pode resultar de vários fatores ao mesmo tempo. O modelo de atendimento focado apenas na doença e na queixa imediata, típico do modelo biomédico¹⁹, junto ao baixo letramento em saúde²⁰, faz com que muitos não percebam a importância de conversar sobre temas como prevenção de quedas, alimentação, saúde mental, atividade física ou o uso correto das medicações. Essa falta de conhecimento não significa que eles não queiram falar, mas sim que muitas vezes não sabem o que podem e devem abordar na consulta. Além disso, as práticas de saúde dos idosos na APS não dependem só de fatores clínicos, mas também de aspectos sociais, culturais, educacionais e das relações estabelecidas no cuidado.²²

O despreparo dos profissionais somado à sobrecarga de trabalho também pesa muito nesse processo. Para que o cuidado realmente funcione, precisa haver colaboração entre a equipe de saúde, o idoso e a família.²³ Além disso, a ausência de instrumentos de avaliação mais completos, como o ICOPE²¹, reforça essa limitação.

Esse cenário gera uma falsa impressão de que não há dificuldades em falar sobre determinados assuntos, quando, na realidade, há uma lacuna profunda na compreensão e abordagem das necessidades mais amplas dos idosos. Para quebrar esse ciclo, é preciso investir em algumas mudanças: promover ações de educação em saúde que ajudem os idosos a entender melhor sua própria saúde, capacitar os profissionais para um atendimento mais completo e com boa comunicação, usar ferramentas de avaliação mais amplas, ajustar a organização do trabalho para permitir consultas com tempo suficiente, incentivar o cuidado valorizando a integralidade e a humanização.

Do assunto **“Entendimento das Orientações Passadas pelos Profissionais”** a maioria entende as orientações passadas, no entanto emergiram duas categorias significativas que expressam que os profissionais passam as orientações (com baixa frequência) e

que, quando não entendem, pedem nova explicação.

Orientações realizadas e entendidas, se não pedem para explicar novamente.

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

Esses resultados ressaltam a importância de garantir que as orientações sejam compreensíveis, utilizando uma linguagem acessível e informal que os idosos possam facilmente compreender. A clareza na comunicação entre profissionais de saúde e idosos é um fator determinante para a eficácia do tratamento e do cuidado oferecido, fortalecendo os princípios doutrinários do SUS: universalidade, integralidade e equidade.⁴

Os idosos não entendem as explicações ou elas não são passadas.

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

Parte dessa dificuldade de compreensão pode estar relacionada às mudanças cognitivas associadas ao envelhecimento. Uma comunicação clara e adaptada ao nível de letramento em saúde pode garantir que os idosos compreendam as orientações dos profissionais de saúde²⁰; no entanto, as perdas auditiva e visual, por exemplo, emergem como um importante fator de vulnerabilidade entre pessoas idosas, influenciando diretamente sua autonomia e qualidade de vida. Um estudo evidenciou que déficits sensoriais estão relacionados a um maior risco de limitações em atividades de vida diária e instrumental, reduzindo a capacidade funcional e aumentando a dependência.²⁴

Essas condições não apenas dificultam a comunicação e a interação social, mas também podem desencadear sentimentos de isolamento, insegurança e declínio emocional, reforçando a necessidade de intervenções precoces e estratégias de cuidado integral voltadas à preservação da capacidade funcional do idoso.

A prática de protocolos com intervenções personalizadas, como sugere o ICOPE, voltados para as funcionalidades dos idosos, identificando precocemente limitações em áreas como cognição, mobilidade, nutrição e audição; pode mitigar as dificuldades na comunicação entre os profissionais e os idosos, já em momentos de acolhimento.²¹

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

Orientações sobre saúde em geral e organização dentro da unidade.

Nessa categoria, a maioria dos idosos entrevistados destacou a importância das receber orientações sobre saúde em geral e orientações sobre a organização dentro da unidade de saúde, no sentido de entender o fluxo da unidade, os locais corretos para os atendimentos e como acessar os recursos que necessitam.

A orientação clara e eficaz sobre saúde é um elemento essencial no atendimento a idosos, contribuindo não apenas para a prevenção de doenças, mas também para a promoção de um envelhecimento saudável. A preparação para o envelhecimento ativo baseado nas necessidades dos idosos constitui uma prioridade, sendo fundamental identificar essas necessidades para auxiliar o planejamento estratégico (seja de promoção ou prevenção) voltado à saúde e bem-estar dessa população.²⁵

A promoção e a prevenção são muitas vezes tratadas como sinônimos pelos profissionais, mas elas se divergem especialmente na visão de saúde que adotam; a promoção da saúde considera sua natureza multidimensional,

englobando diversos fatores que influenciam o bem-estar, enquanto a prevenção de doenças tende a focar apenas na ausência de enfermidades.²⁶

No caso dos idosos, isso significa fornecer informações e orientações que os ajudem a, melhorar sua qualidade de vida e manterem sua autonomia pelo maior tempo possível.²⁷

Um pequeno número de idosos entrevistados relatou a importância de receber orientações sobre o que ocorre no espaço dentro da unidade, principalmente no direcionamento das salas corretas. As informações e materiais educativos de saúde só são eficazes se forem percebidos, lidos e entendidos pelo paciente, assim, é importante que o conteúdo, o design e a clareza dos materiais de saúde sejam compatíveis com o nível de alfabetização e a capacidade cognitiva do leitor.²⁸

Orientações específicas.

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

De acordo com o MS, a epidemiologia das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) mostra que condições crônicas de saúde são prevalentes entre a população idosa, e a gestão eficaz dessas doenças depende de um entendimento claro por parte dos pacientes sobre como lidar com elas.²⁹ Assim, as orientações específicas também se tornam um elemento fundamental para o autocuidado e para a adesão ao tratamento.

Orientações sobre medicação.

Outros idosos também destacaram a importância das orientações sobre medicação. A polifarmácia em idosos é um desafio complexo que requer atenção especial dos profissionais de saúde devido aos riscos de interações medicamentosas; a adesão ao tratamento é essencial e pode ser fortalecida com educação sobre o uso correto dos medicamentos; além disso, envolver os idosos nas decisões,

respeitando suas necessidades, pode melhorar a compreensão das prescrições; ou seja, quando há uma abordagem holística e colaborativa, a segurança e qualidade de vida das pessoas idosas tendem a progredir.³⁰

Deve-se considerar que o estudo foi realizado na cidade de Uberaba, com características específicas em sua rede de APS. Nossos achados revelam aspectos importantes sobre o conhecimento e as percepções das pessoas idosas acerca do acolhimento, porém, contextos diferentes como áreas rurais ou regiões com diferentes níveis de desenvolvimento socioeconômico podem apresentar realidades distintas quanto à organização dos serviços de saúde. Mas, ainda assim, considerando que as fragilidades identificadas (compreensão limitada, dificuldades na comunicação profissional-usuário e resolutividade parcial das demandas) são desafios recorrentes na APS brasileira, é possível que nossos resultados se assemelhem com outros contextos também.

O significado de acolhimento, quem acolhe e a resolutividade emergiram como marcadores centrais na percepção das pessoas idosas sobre a qualidade do atendimento recebido. Isto aponta para a necessidade de combinação com outros estudos utilizando diferentes desenhos metodológicos. Os temas que se despontaram abordam a realidade vivencial de idosos usuários dos serviços de saúde de uma cidade específica, mas carregam potencial de diálogo com experiências de outras localidades que enfrentam desafios similares na implementação de práticas de acolhimento humanizadas e resolutivas para a população idosa.

As limitações da pesquisa, como o tamanho amostral reduzido e a seleção por conveniência limitam a representatividade dos achados, mesmo dentro do próprio município. A exclusão de três UMS do estudo, por questões operacionais e metodológicas, pode ter deixado de captar variações importantes na prática do acolhimento entre diferentes unidades. Sendo assim, essas limitações apontam para a necessidade de mais estudos que

ampliem o entendimento sobre o acolhimento na APS.

Diante do envelhecimento acelerado da população brasileira, torna-se indispensável que o acolhimento à pessoa idosa seja pauta prioritária nas políticas públicas de saúde, garantindo não apenas acesso, mas qualidade e respeito às especificidades desse grupo.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo evidenciou lacunas significativas entre a percepção dos idosos sobre acolhimento e a prática efetiva desse processo nas UMS. Os resultados revelam a necessidade urgente de qualificação dos profissionais de saúde, especialmente no desenvolvimento de escuta sensível e comunicação acessível, além do envolvimento da equipe multidisciplinar para promover um cuidado mais integral e humanizado.

Embora todas as pessoas idosas relatarem não sentir dificuldades em falar sobre qualquer assunto, manifestaram que, diversas vezes, o atendimento é rápido e impaciente, evidenciando distanciamento entre profissional e usuário que se reflete na comunicação.

A Atenção Primária, como porta de entrada no sistema de saúde, pode, a partir da prática efetiva do acolhimento, mitigar problemas recorrentes dos usuários e promover a saúde e a qualidade de vida das pessoas idosas.

AGRADECIMENTOS

O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (CAPES), por meio de bolsa de doutorado - Código de Financiamento 001.

REFERÊNCIAS

1 Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização. 1ª ed. Brasília: Ministério da Saúde;2013. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_humanizacao_pnh_folheto.pdf

2 Secretaria da Saúde do Estado do Rio Grande do Sul (RS). Divisão de Atenção Primária à Saúde. Acolhimento na Atenção Primária à Saúde. Porto Alegre: Secretaria da Saúde do Rio Grande do Sul;2022. Disponível em: <https://atencao primaria.rs.gov.br/upload/arquivos/202211/23095813-acolhimento-na-aps-3.pdf>

3 Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Brazil's population will stop growing in 2041; from 2000 to 2023 the proportion of elderly persons (60 years and over) rose from 8.7 % to 15.6 %, and by 2070 ~37.8 %. Agência de Notícias IBGE; 2024. Disponível em: <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/en/agencia-news/2184-news-agency/news/41065-populacao-do-pais-vai-parar-de-crescer-em-2042>

4 Bastos VS, Silva MS, Osório MAS, Matias MAA, Santana LM, Sousa FF, et al. Saúde do Idoso: Política de Humanização e Acolhimento na Atenção Básica. Rev. Enferm. Atual In Derme. 2022;96(37):e-021223. Disponível em: <https://mail.revistaenfermagematual.com.br/index.php/revista/article/view/1149>

5 Rocha FCV, Ferreira BR, Silva FP, Oliveira AD da S, Amorim FCM. Elderly Welcoming in Primary Health Care: The user Perspective. Rev. Pesqui. (Univ. Fed. Estado Rio J., Online). 2018;10(3):669-74. DOI: <https://doi.org/10.9789/2175-5361.2018.v10i3.669-674>

6 Pires RCC, Lucena AD, Mantesso JBO, Fortaleza CS. 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. 2023;9(1):47-69. DOI: <https://doi.org/10.51891/rease.v9i1.8137>

7 Weber L, Craveiro I, Colussi CF. Comprehensive and integrated care in healthy aging policies: comparison between Portuguese and Brazilian health systems. Physis. 2024;34:e34042. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0103-7331202434042en>

- 8 Souza VR, Marziale MHP, Silva GTR, Nascimento PL. Translation and validation into Brazilian Portuguese and assessment of the COREQ checklist. *Acta Paul. Enferm.* (Online). 2021;34. DOI: <https://doi.org/10.37689/actaape/2021AO02631>
- 9 Ministério da Saúde (BR). Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Equipe de referência e apoio matricial. Brasília: Ministério da Saúde;2004. Disponível em: https://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/equipe_referencia.pdf
- 10 Torlig E, Junior PR, Fujihara R, Demo G, Montezano L. Validation Proposal for Qualitative Research Scripts (Vali-Quali). *Administração: Ensino e Pesquisa.* 2022;23(1). DOI: <https://doi.org/10.13058/raep.2022.v23n1.2022>
- 11 Bardin L. *Análise de Conteúdo.* 7ª ed. São Paulo: Edições 70;2016.
- 12 Nogueira AJ da S, Pachú CO. The actuation of nursing professionals front Chronic Diseases in Primary Health Care: an integrative review. *Brazilian Journal of Development.* 2022;7(12):121505-17. DOI: <https://doi.org/10.13058/raep.2022.v23n1.2022>
- 13 Carvalho EMP, Oliveira TM, Silva RM, Spadoti KA, Pires DX, Silva SJP. Acesso e acolhimento nas Unidades Básicas de Saúde Rurais: reorganização do processo de trabalho. *Revista JRG de Estudos Acadêmicos.* 2024;7(15):e151270. DOI: <https://doi.org/10.55892/jrg.v7i15.1270>
- 14 Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Acolhimento à demanda espontânea (Cadernos de Atenção Básica; vol. 1). Brasília: Ministério da Saúde;2013. Disponível em: https://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento_demanda_espontanea_ab28v1.pdf
- 15 Oliveira ACD, Giacomini KC, Santos WJ dos, Firmo JOA. The aged user's perception of Primary Health Care access and quality. *Rev Bras Med Fam Comunidade.* 2022;17(44):2363-2363. DOI: [https://doi.org/10.5712/rbmfc17\(44\)2363](https://doi.org/10.5712/rbmfc17(44)2363)
- 16 Brasil CCP, Leal MSC, Oliveira ESF, Silva RM, Capelo MRTF. Community health agents in elderly care: singularities and challenges. *New Trends Qualitative Research.* 2023;18:e907. DOI: <https://doi.org/10.36367/ntqr.18.2023.e907>
- 17 Almeida PJR, Caldeira FID, Gomes C. Do modelo biomédico ao modelo biopsicossocial: a formação de profissionais da saúde no Brasil. *Revista Brasileira de Educação Física, Saúde e Desempenh.* 2022;3(2):e-017. DOI: <https://doi.org/10.33872/rebesde.v3n2.e017>
- 18 Ferreira SSB, Padilha JC. Atuação do enfermeiro frente à humanização do cuidado ao idoso na APS. *Revista de Saúde Dom Alberto.* 2021;8(2):100-50. Disponível em: <https://revista.domalberto.edu.br/index.php/revistadesausedomalberto/article/view/669/650>
- 19 Raimundo JS, Silva RB da. Reflexões acerca do predomínio do modelo biomédico, no contexto da Atenção Primária em Saúde, no Brasil. *Revista Mosaico.* 2020;11(2):109-16. DOI: <https://doi.org/10.21727/rm.v11i2.2184>
- 20 Fitzpatrick PJ. Improving health literacy using the power of digital communications to achieve better health outcomes for patients and practitioners. *Front Digit Health.* 2023;5. DOI: <https://doi.org/10.3389/fdgth.2023.1264780>
- 21 World Health Organization (WHO). Integrated care for older people (ICOPE): guidance for person-centred assessment and pathways in primary care. Geneva: World Health Organization; 2024. Disponível em: <https://iris.who.int/server/api/core/bitsstreams/7516b015-e205-43d1-883f-01f2c31af261/content>
- 22 Gomes AFD da S, Caldas CP. Elements that influence the health practices of the elderly person in Primary Care. *Ciênc. cuid. saúde.* 2021;20. DOI: <https://doi.org/10.4025/ciencuidsaude.v20i0.57437>
- 23 Barbosa AA, Madalena EA, Silva NA, Araujo SMMG, Araujo BG. A importância do

cuidado holístico pela enfermagem. Brazilian Journal of Development. 2023;9(2):8535-9. DOI: <https://doi.org/10.34117/bjdv9n2-150>

24 Zaninotto P, Maharani A, Di Gessa G. Vision and Hearing Difficulties and Life Expectancy Without ADL/IADL Limitations: Evidence From the English Longitudinal Study of Ageing and the Health and Retirement Study. The Journals of Gerontology. 2024;79(2):glad136. DOI: <https://doi.org/10.1093/gerona/glad136>

25 Ayoubi-Mahani M, Eghbali-Babadi M, Farajzadegan Z, Keshvari M, Farokhzadian J. Active aging needs from the perspectives of older adults and geriatric experts: a qualitative study. Front Public Health. 2023;11:1121761. DOI: <https://doi.org/10.3389/fpubh.2023.1121761>

26 Farias JM de, Minghelli LC, Soratto J. Health promotion: discourses and conceptions in primary health care. Cad. saúde coletiva. 2020;28:381-9. DOI: <https://doi.org/10.1590/1414-462X202028030351>

27 Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada e Temática. Coordenação de Saúde da Pessoa Idosa. Diretrizes para o cuidado das pessoas idosas no SUS: proposta de modelo de atenção integral. Brasília: Ministério da Saúde;2014. Disponível em: http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_cuidado_pessoa_idosa_sus.pdf

28 Nakamura MY, Almeida K de. Development of education material for providing orientation to the elderly who are candidates for hearing-aid use. Audiol., Commun. res. 2018;23:e1938. DOI: <https://doi.org/10.1590/2317-6431-2017-1938>

29 Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis. Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas e Agravos não Transmissíveis no Brasil 2021-2030. Brasília: Ministério da Saúde;2021. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt->

[br/centrais-de-conteudo/publicacoes/svsa/doencas-cronicas-nao-transmissiveis-dcnt/09-plano-de-dant-2022_2030.pdf](https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/svsa/doencas-cronicas-nao-transmissiveis-dcnt/09-plano-de-dant-2022_2030.pdf)

30 Ribeiro IP, Paiva GC de, Resende BL, Crespo BB, Santos SL de M, Rezende GS, et al. Desafios e estratégias na gestão da polifarmácia em idosos: impactos na saúde e adesão ao tratamento. Europub Journal of Health Research. 2024;5(2):e5157. DOI: <https://doi.org/10.54747/ejhrv5n2-015>

Recebido em: 07/10/2025
Aceito em: 19/11/2025
Publicado em: 15/04/2026